

*Statencommissiestuk*

---

**Drentse regiovisie voor mensen met een  
lichamelijke functiebeperking 2001-2004**

---

Advies: ter behandeling in de Statencommissie Cultuur en Welzijn op  
28 maart 2001

**C-stuk**

Behandeld door mevrouw A. Bosch, telefoonnummer (0592) 365411  
Portefeuillehouder: mevrouw G. de Vries-Leggedoor

---

## Inleiding

In 1998 heeft de provincie ter voorbereiding van de regiovisie voor mensen met een lichamelijke functiebeperking een startnotitie geschreven en voorgelegd aan diverse partijen in de gehandicaptenzorg. Hierin staat aangegeven aan welke aspecten ten minste aandacht moet worden besteed. Deze startnotitie vormde de basis voor de voorliggende regiovisie met als titel Toekomst komt iedereen toe!

Nadat de regiovisie voor mensen met een lichamelijke functiebeperking door u is vastgesteld, wordt deze als advies verzonden aan de minister van volksgezondheid, welzijn en sport.

De regiovisie is ontwikkeld in nauw overleg met gemeenten, zorgaanbieders, zorgvragers en zorgkantoor. De provincie is enerzijds partij en anderzijds regisseur van het proces. In het verlengde van deze provinciale taak is het voorzitterschap, het inhoudelijk en ambtelijk secretariaat van de regiovisie/werkgroep neergelegd bij het IVOM.

## Advies

1. Instemmen met de Drentse regiovisie voor mensen met een lichamelijke functiebeperking 2001-2004.
2. Instemmen met de voorgestelde uitwerking. Ten behoeve van de sturing overgaan tot het instellen van een Werkgroep Lichamelijk Gehandicapten.

## Meetbaar/Beoogd beleidseffect

Een optimaal aanbod van zorg- en dienstverlening voor mensen met een lichamelijke functiebeperking in Drenthe. De Drentse regiovisie voor mensen met een lichamelijke functiebeperking 2001-2004 is een richtsnoer en toetsingskader voor de ontwikkeling van een samenhangend zorg- en dienstverleningsaanbod voor lichamelijk gehandicapten, waarbij de vraag van de gebruiker centraal staat.

## Argumenten

- 1.1. *De Drentse regiovisie voor mensen met een lichamelijke functiebeperking 2001-2004 heeft een duidelijke visie op de regionale zorg- en dienstverlening en is een beleidskader voor de verdere ontwikkeling van de zorg- en dienstverlening aan mensen met een lichamelijke functiebeperking.*

In de regiovisie staat een heldere visie geformuleerd over zorg- en dienstverlening aan mensen met een lichamelijke functiebeperking in Drenthe. Daarmee is de regiovisie een duidelijk kader om de toekomstige ontwikkelingen in zorg- en dienstverlening te optimaliseren. Verschillende knelpunten, zoals bijvoorbeeld beeldvorming, geschikte huisvesting en afstemmingsproblemen worden gesignaleerd. Door het formuleren van aanbevelingen wordt getracht een oplossingsrichting aan te dragen.

- 2.1. *De geformuleerde aanbevelingen moeten inhoudelijk en procesmatig verder uitgewerkt worden om daadwerkelijk tot oplossing van gesignaleerde knelpunten te komen.*  
In het vervolgtraject is het noodzakelijk dat de gedane aanbevelingen in de regiovisie nader inhoud krijgen in een nog op te stellen convenant. De afspraken in het convenant zijn bindend voor ieder van de participanten en voor een periode van vier jaar. Tussentijds zal er een evaluatie plaatsvinden en indien nodig een bijstelling van de uitwerking van de aanbevelingen.

## **Uitvoering**

### **Tijdsplanning**

- In het najaar 2001 wordt de uitwerking van de aanbevelingen door betrokken partijen vastgelegd in een convenant.
- Ongeveer na twee jaar wordt er op initiatief van de provincie een evaluatie uitgevoerd op grond waarvan bijstelling kan plaatsvinden.

### **Financiën**

N.v.t.

### **Monitoring en evaluatie**

Voorgesteld wordt om in het najaar de aanbevelingen verder uit te werken en deze vast te leggen in een convenant. Hieraan verbindt ieder van de participanten zich voor een periode van vier jaar. Na ongeveer twee jaar zal er op initiatief van de provincie een evaluatie uitgevoerd worden.

### **Extern betrokkenen**

Zorgvragers, zorgaanbieders, zorgkantoor en gemeenten.

### **Communicatie**

N.v.t.

## **Bijlagen**

1. Toelichting op de Drentse regiovisie voor mensen met een lichamelijke functiebeperking 2001-2004: Toekomst komt iedereen toe!
2. Concept van de Drentse regiovisie voor mensen met een lichamelijke functiebeperking 2001-2004: Toekomst komt iedereen toe!

**Ter inzage in de leeskamer**

1. Onderbouwing van de Regiovisie voor mensen met een lichamelijke functiebeperking in Drenthe van het IVOM.

Assen, 6 maart 2001

Kenmerk: 9/6.6/2001001760

Gedeputeerde staten van Drenthe,

A.L. ter Beek, voorzitter

H. Rappa-Velt, griffier

gmraq/coll.

**Toelichting op de Drentse regiovisie voor mensen met een lichamelijke functiebeperking 2001-2004; "Toekomst komt iedereen toe!".**

De regiovisie voor mensen met een lichamelijke functiebeperking is het resultaat van een proces waarbij de verschillende partijen (zorgvragers, zorgaanbieders, zorgkantoor, gemeenten en provincie) ieder vanuit hun eigen verantwoordelijkheid, zich gezamenlijk hebben gebogen over de integrale ontwikkeling van een regionaal zorg- en dienstverleningsaanbod voor de genoemde doelgroep. Dit heeft geleid tot een visie die de basis vormt voor verdere beleidsontwikkeling voor mensen met een lichamelijke functiebeperking in Drenthe.

Om het voorgestelde beleid in de regiovisie uit te voeren zijn 42 aanbevelingen geformuleerd. Deze worden in een later stadium verder uitgewerkt en vastgelegd in een convenant waaraan partijen zich voor vier jaar verbinden. In 7 aanbevelingen speelt de provincie een duidelijke rol. Deze zullen - in het nog op te stellen convenant (en in samenhang met de herijking van het beleid van de Productgroep Cultuur en Welzijn) - nader uitgewerkt worden.

In verschillende andere aanbevelingen kan de provincie een ondersteunende rol spelen door bijvoorbeeld inzet van financiële middelen uit de diverse subsidieregelingen.

Hieronder volgt een weergave van de 7 aanbevelingen: nummering uit de Regiovisie Drenthe voor mensen met een lichamelijke functiebeperking 2001-2004.

**Aanbeveling 4**

*Aan de hand van het eisenpakket van het Regionaal Patiënten-/Consumentenplatform (RPCP) voorziet de provincie, vanuit haar provinciale vervoerstaak, in afstemming met de gemeenten en de vervoersmaatschappijen in kwalitatief goed vervoer.*

Van de kant van de provincie (OV) wordt reeds gewerkt aan het instellen van een consumentenplatform. De huidige Wet Personenvervoer 2000 schrijft dit namelijk voor. Evenals het feit dat OV via openbare aanbesteding moet worden geregeld. Dit betekent dat de provincie binnen het bestek voor openbare aanbesteding kwaliteitseisen moet opnemen. Dit in goed overleg met de gemeenten.

**Aanbeveling 5**

*De provincie en de gemeenten voorzien in een programma van eisen voor de toegankelijkheid van het openbaar vervoer in Drenthe.*

**Aanbeveling 7**

*De beeldvorming over mensen met een beperking zal, door het RPCP samen met alle andere partijen, actief en breed in de Drentse samenleving worden verbeterd.*

**Aanbeveling 30**

*Alle partijen anticiperen bij de uitvoering van de in de regiovisie beschreven aanbevelingen op de toekomstige vraag.*

Deze aanbeveling betekent dat de provincie alert moet zijn op ontwikkelingen zoals bijvoorbeeld vergrijzing, omvang mantelzorg, voorzieningenniveau dorpen etc. die zijn vertaling vindt in de vraag naar zorg-op-maat, dichtbij huis, zelfstandig wonen in je eigen dorp.

**Aanbeveling 34**

*De provincie draagt - in afstemming met het RPCP, de gemeenten, de woningcorporaties, het zorgkantoor en de betrokken zorgaanbieders - zorg voor het doen uitvoeren van een breed onderzoek naar woon- en zorgvragen in Drenthe.*

Uitgaande van de provinciale taak op het gebied van de ruimtelijke ordening (POP) en het vaststellen van bestemmingsplannen wordt hieraan een bijdrage geleverd. Het sluit aan bij inmiddels ingezet beleid, de te ontwikkelen nota Wonen.

### **Aanbeveling 35**

*Alle partijen, zowel afzonderlijk als gezamenlijk, spannen zich er voor in om de belemmeringen die zorg-op-maat ondervindt van wet- en regelgeving te doen verdwijnen.*

De provincie kan door haar overzicht op de diverse zorgsectoren relaties leggen, waardoor er naar gestreefd wordt om de diverse partijen met elkaar in contact te brengen om zorg-op-maat te bewerkstelligen.

### **Aanbeveling 37**

*Alle partijen dragen in gezamenlijkheid zorg voor de totstandkoming van een breed, samenhangend en eenduidig systeem van gegevensregistratie.*

Tijdens de ontwikkeling van de regiovisie bleek registratie veelal niet te gebeuren of zeer divers te zijn. Met name voor toekomstig beleid is informatie en registratie van groot belang. In het kader van de herijking wordt aan dit aspect aandacht besteed. Daarin zullen wij onderscheid moeten maken tussen zorgregistratie oftewel de gegevens van het zorgkantoor en bijvoorbeeld gegevens ten aanzien van woonwensen, vraag en gebruik van voorzieningen.

### **Samenvatting**

De aanbevelingen, waarbij voor de provincie een rol is weggelegd, sluiten aan bij ingezet beleid. Daarnaast is het juist bij deze doelgroep (96% woont thuis) van belang om met name als het gaat om de zogenaamde aanpalende terreinen, zoals wonen, vervoer, arbeid en vrijetijdsbesteding, voldoende samenhang, samenwerking en afstemming te bereiken. De provincie kan hierbij een duidelijke rol spelen, in de zin van betrokken partijen uit te nodigen en daarbij vooral ondersteunend en stimulerend bezig te zijn.

gm/coll.

# Toekomst komt iedereen toe!

*Drentse regiovisie voor mensen met een  
lichamelijke functiebeperking 2001-2004*



**PROVINCIE DRENTHE**

TOEKOMST KOMT IEDEREEN TOE!

*Drentse regiovisie voor mensen met een lichamelijke functiebeperking 2001-2004*

---



*Februari 2001*

Uitgegeven door de provincie Drenthe, onder verantwoordelijkheid van de deelnemers aan het regiovisie-overleg.

*Uitgave*  
Provincie Drenthe  
Westerbrink 1  
9405 BJ Assen

*Redactie en tekst*  
IVOM  
Grote Brink 3  
9451 BP Rolde

---

## INHOUD

<b>1. Inleiding</b>	5
1.1. Regiovisie als instrument	5
1.2. Provincie Drenthe	5
1.3. Het proces van regiovisie-ontwikkeling	5
1.4. Levensduur regiovisie	5
1.5. Opzet van de regiovisie	6
<b>2. Visie</b>	7
2.1. Doelgroep	7
2.2. Visie: uitgangspunten en uitvoeringsaspecten	8
2.3. Uitwerking in de Drentse praktijk	9
<b>3. Huidige en toekomstige vraag</b>	11
3.1. Omvang doelgroep	11
3.2. Vraag in levensfasen	12
3.3. Vraag van bijzondere doelgroepen	15
3.4. Mantelzorgers	16
3.5. Toekomstige vraag	17
<b>4. Huidig aanbod</b>	19
4.1. Landelijke en Drentse beleidsontwikkelingen	19
4.2. Zorg	21
4.3. Wonen	25
4.4. Onderwijs	26
4.5. Arbeid en dagbesteding	29
4.6. Vrijtijdsbesteding	31
4.7. Mobiliteit	32
<b>5. Aanbevelingen; de brug tussen huidige en gewenste situatie</b>	35
5.1. Algemene aanbevelingen	35
5.2. Aanbevelingen per levensfase	36
5.3. Mensen met niet-aangeboren hersenletsel	40
5.4. Jongeren met een zeer intensieve verpleegzorgvraag	40
5.5. Mensen met meervoudige beperkingen	41
5.6. Mantelzorgers	41
5.7. Toekomstige vraag	42
5.8. Knelpunten in het aanbod	42
5.9. Vervolg en uitwerking	44
<b>Bijlage</b>	
Deelnemers Werkgroep Drentse Regiovisie voor Mensen met een Lichamelijke Functiebeperking	46



---

## 1. INLEIDING

### 1.1. Regiovisie als instrument

Deze regiovisie richt zich op mensen met een lichamelijke beperking. Hiermee bedoelen wij: mensen met een langdurige of blijvende lichamelijke functiebeperking.

In de regiovisie geeft de provincie in overleg met patiënten- en consumentenorganisaties, gemeenten, aanbieders en het zorgkantoor richting aan het zorgbeleid voor deze doelgroep. Ook vindt afstemming plaats op de terreinen wonen, onderwijs, arbeid, vrijetijdsbesteding en mobiliteit. De regiovisie vormt daarmee het instrument voor het afstemmen van de zorg op regionaal niveau.

De regiovisie kent geen wettelijke basis, maar vormt wel het uitgangspunt voor het beleid in Drenthe.

Daarom sluiten de vijf partijen een convenant af waarin concrete afspraken staan over het uitvoeren van de aanbevelingen die in de regiovisie zijn vastgelegd.

### 1.2. Provincie Drenthe

De provincie Drenthe is verantwoordelijk voor het ontwikkelen van regiovisies op diverse terreinen.

De regiovisie voor mensen met een lichamelijke beperking is voorbereid door een werkgroep waaraan bij de gehandicaptenzorg betrokken partijen deelnamen (zorgaanbieders, zorgvragers, zorgkantoor, gemeenten en provincie). De provincie heeft als eindverantwoordelijke deze werkgroep samengesteld. In bijlage 1 zijn de instellingen en organisaties beschreven die hiervan deel uitmaakten.

Op verzoek van de provincie Drenthe heeft het IVOM het proces van de regiovisie begeleid. Daarnaast trad het IVOM op als voorzitter van de werkgroep en verzorgde ook de redactie en het secretariaat.

### 1.3. Het proces van de regiovisie-ontwikkeling

Ter voorbereiding van deze regiovisie heeft de provincie Drenthe een startnotitie geschreven en voorgelegd aan diverse partijen in de gehandicaptenzorg. Opmerkingen zijn in de definitieve startnotitie meegenomen. Deze verscheen in het najaar van 1998. Vervolgens heeft de provincie de betrokken partijen gevraagd mee te werken aan de ontwikkeling van de regiovisie. Het IVOM heeft de vertegenwoordigers van deze partijen in maart 1999 voor de eerste werkgroepvergadering bijeen geroepen. Bijna maandelijks heeft de werkgroep vergaderd en vooral gediscussieerd over belangrijke onderwerpen voor de regiovisie. Over de onderwerpen wonen, onderwijs, arbeid, vrijetijdsbesteding en mobiliteit zijn interviews gehouden met sleutelfiguren. De informatie die dit opleverde, is verwerkt in de tekst.

In het voorjaar van 2001 is de ontwikkeling van de regiovisie afgerond. In de zomer van 2001 wordt gestart met het opstellen van het convenant.

### 1.4. Levensduur regiovisie

Het afsluiten van het convenant betekent niet het einde van het proces van de regiovisie, maar is eerder het begin. De regiovisie zal voor vier jaar de koers bepalen voor het Drentse gehandicaptenbeleid. Daarna zal de visie bijgesteld worden. De concrete acties die zijn vastgelegd in het convenant gelden voor twee jaar. Steeds na twee jaar, of eerder als dat nodig is, worden deze bijgesteld en vernieuwd.

### 1.5. Opzet van de regiovisie

Het fundament van de regiovisie is de visie zoals die in het volgende hoofdstuk wordt beschreven. Vanuit de visie is eerst in kaart gebracht wat de vraag is van mensen met een beperking. Vervolgens is het aanbod beschreven waarvan de doelgroep gebruikmaakt. Dat leidt tot een vergelijking van vraag en aanbod. De belangrijkste knelpunten die hieruit naar voren komen, krijgen een vertaling in aanbevelingen. Deze worden later bij het convenant uitgewerkt in actiepunten en worden dan op volgorde van belangrijkheid gezet.

De volledige beschrijving van de knelpunten staat in de Onderbouwing van de Drentse regiovisie voor mensen met een lichamelijke beperking. Om de leesbaarheid te vergroten is ervoor gekozen geen bronnen te vermelden. Deze en alle verzamelde cijfers staan in de onderbouwing.

---

## 2. VISIE

*In dit hoofdstuk staat beschreven wie de doelgroep vormt van deze regiovisie, wat centraal staat en wat belangrijk is voor deelname aan de samenleving.*

### 2.1. Doelgroep

In deze regiovisie gaat het om mensen met lichamelijke beperkingen die in het leven van alledag belemmeringen ervaren. Zij kunnen daardoor niet als volwaardig burger deelnemen aan de samenleving, ook wel maatschappelijke participatie genoemd.

Nederland heeft (nog) geen wet aangenomen die discriminatie op grond van een beperking verbiedt of gelijke behandeling verplicht. Volwaardige participatie is wel een centraal doel, ook internationaal. De Verenigde Naties hebben dat doel vertaald in de Standaard Regels. Nederland heeft deze regels ondertekend. De lokale platforms van gehandicaptenorganisaties pleiten voor uitvoering hiervan in de Drentse gemeenten.

Het gaat om vragen van mensen met langdurige en blijvende beperkingen die veroorzaakt worden door stoornissen of ziekten. Mensen met een lichamelijke functiebeperking of een chronische ziekte vormen een hele gevarieerde doelgroep met verschillende vragen en behoeften. Er is voor gekozen ook mensen met een chronische ziekte in de doelgroep op te nemen en indien mogelijk niet afzonderlijk te beschrijven, ondanks het feit dat zij wel verschillen ervaren ten opzichte van mensen met een beperking. Zo is een chronische ziekte vaak minder zichtbaar, is de ziekte vaak progressief en heeft een wisselend verloop met een onzekere prognose. Bovendien maken mensen met een chronische ziekte vaak meer gebruik van gezondheidsvoorzieningen. Toch zijn er ook veel overeenkomsten die de basis vormen van deze regiovisie.

De brede doelgroep is te onderscheiden in mensen met:

- motorische beperkingen (bewegen)
  - visuele beperkingen (zien)
  - auditieve beperkingen (horen)
  - taal- en spraakbeperkingen
  - niet-aangeboren hersenletsel met primair lichamelijke beperkingen
  - meervoudige beperkingen
  - chronisch, somatische ziekte (langdurig en lichamelijk)
- of met een combinatie van deze beperkingen.

Het betreft vooral mensen in de leeftijd tussen 25 en 64 jaar. Zij vormen bijna de helft van de groep mensen met een lichamelijke functiebeperking.

Deze regiovisie richt zich niettemin op alle leeftijden: van zeer jonge kinderen waarbij nog niet duidelijk is vastgesteld welke beperkingen aanwezig zijn, tot ouderen die vaak met meerdere beperkingen en ziektes te maken krijgen.

De medische zorg valt buiten het bereik van deze regiovisie, behalve als het om revalidatie gaat. Revalidatie is onder meer gericht op herstel en op het leren leven met blijvende beperkingen, waardoor raakvlakken bestaan met het maatschappelijk participeren.

### 2.2. Visie: uitgangspunten en uitvoeringsaspecten

De kern van de regiovisie is als volwaardig burger meedoen in de samenleving. Voorstellen worden daarom gedaan voor het opheffen of verminderen van belemmeringen in het dagelijks

leven. Dit moet leiden tot gelijkwaardigheid<sup>1</sup> en maatschappelijke participatie<sup>2</sup>. De nadruk ligt op de mogelijkheden van mensen in plaats van op de beperkingen.

*"Een paar jaar geleden heb ik een hersenbloeding gehad, zomaar opeens. Ik ben daar gelukkig aardig van hersteld, alleen met mijn spraak wil het nog niet zo erg.*

*Langzamerhand ben ik daardoor wel veel van mijn contacten kwijt geraakt. Het lijkt wel of mensen denken dat ik ze niet meer helemaal op een rijtje heb, alsof ik opeens niks meer kan.*

#### *Uitgangspunten voor volwaardig burgerschap*

1. De zorgvrager staat centraal. Daarvoor is het nodig dat de zorg vraaggericht is. Dit houdt in dat vrager en aanbieder samen kijken welke zorg tegemoet komt aan de wensen en verwachtingen van de vrager en of die ook voldoet aan professionele standaarden. De zorgvrager krijgt, als hij of zij dat wil, de middelen in handen om - binnen de mogelijkheden van de gezondheidszorg - het aanbod te sturen.
2. Pas als de reguliere zorg niet toereikend is om aan de zorgvraag te voldoen, wordt specifieke zorg geboden.
3. Mensen moeten zo zelfstandig mogelijk kunnen functioneren. Dat wil zeggen dat zij waar mogelijk thuis wonen en zo dicht mogelijk bij huis zorg kunnen krijgen. Dit geldt nog sterker voor kinderen en jongeren.

De indruk mag niet ontstaan dat specifieke zorg een soort tweede keus is. Het meest belangrijke uitgangspunt is immers de vraag van de burger. Wanneer de burger het best geholpen is met specifieke zorg, heeft dat prioriteit.

#### *Realisering van volwaardig burgerschap*

Wat is nodig om volwaardig burgerschap in de praktijk te realiseren?

1. *Respectvolle bejegening*: mensen serieus nemen, hun keuzes respecteren en waarborgen van de privacy.
2. *Toegankelijkheid*: het aanbod is bereikbaar, beschikbaar en betaalbaar.
3. *Informatie en communicatie*: mensen krijgen informatie om een keuze te maken. Tussen zorgvrager en instellingen vindt heldere communicatie plaats. De informatie is toegankelijk voor iedereen, ook voor doven, blinden en anderstaligen.
4. *Continuïteit*: de overgangen in de zorg verlopen soepel (ketenzorg). Waar mogelijk wordt zorg door dezelfde mensen geboden, op afgesproken tijdstippen.
5. *Capaciteit*: voldoende zorg is voorhanden.
6. *Spreiding*: de zorgvrager wordt zo dicht mogelijk bij huis geholpen, zonder verlies van kwaliteit en deskundigheid.
7. *Samenhang en samenwerking*: afstemming van het aanbod in meerdere zorgketens.
8. *Flexibiliteit en variatie*: het bieden van een keuzemogelijkheid aan de zorgvrager, zodat het aanbod aansluit op de individuele vraag.
9. *Kwaliteit*: structureel overleg in de regio van alle betrokken partijen, beoordeling van kwaliteit door cliënten, cliëntenparticipatie en rekening houden met specifieke kenmerken van de zorgvrager, zoals leeftijd, etniciteit, religie en geslacht.

### 2.3. Uitwerking in de Drentse praktijk

*Voor een volwaardig burgerschap is, zoals eerder vermeld, niet alleen de zorg belangrijk, maar ook andere genoemde terreinen. Hieronder is aangegeven hoe deze kunnen bijdragen aan deelname aan de samenleving.*

---

<sup>1</sup> *Gelijkwaardigheid*: gelijke rechten en plichten en gelijke kansen voor alle burgers, ongeacht hun mogelijkheden en beperkingen.

<sup>2</sup> *Participatie*: keuzevrijheid om deel te kunnen nemen aan het maatschappelijk leven (integratie waar mogelijk en categoriaal waar nodig), waarbij de burger de kans krijgt zich te ontplooiën.

### *Zorg*

De zorgvrager kan kiezen en bepaalt samen met de mantelzorger(s), voorzover aanwezig, tot hoever de informele zorg gaat. Er is sprake van onafhankelijke, objectieve en geïntegreerde indicatiestelling, rekening houdend met wat de mantelzorger aankan. Het aanbod is flexibel, op maat en gericht op zorgketens. Nieuwe vormen van zorg worden niet belemmerd door de huidige wet- en regelgeving en financiële stromen.

### *Wonen*

De zorgvrager kan kiezen waar en met wie hij of zij wil wonen. Er worden faciliteiten geboden om zo lang mogelijk zelfstandig te wonen, zoals woningaanpassingen, zorg aan huis en ondersteuning van de mantelzorger. Vooral kinderen en jongeren krijgen de mogelijkheden thuis (in gezinsverband) te wonen en dicht bij huis zorg en onderwijs te ontvangen. Woonvoorzieningen zijn kleinschalig, bieden privacy en zijn afgestemd op de levensfase van de zorgvrager. Bij het maken van zorg- en beleidsplannen worden zowel de wensen van zelfstandig wonenden als van zorgvragers in woonvoorzieningen meegenomen.

### *Onderwijs*

Jeugdigen volgen waar mogelijk regulier onderwijs (van basis- tot en met academisch onderwijs) dat hiervoor wordt opengesteld en toegankelijk gemaakt. Expertise wordt ingeschakeld door samenwerking met bijvoorbeeld het speciaal onderwijs. Deze onderwijsvorm krijgt voor deze doelgroep waar mogelijk een betere spreiding over de regio.

### *Arbeid en dagbesteding*

Werken is voor veel mensen een belangrijke manier om volwaardig deel te nemen aan de samenleving. Daarom worden diverse mogelijkheden geboden voor bemiddeling en begeleiding. Een persoonsgebonden budget biedt daarvoor extra mogelijkheden. Doorstromen vanuit de sociale werkvoorziening en het activiteitencentrum naar de arbeidsmarkt wordt gestimuleerd. Hierbij is het informeren van werkgevers over wet- en regelgeving en over de mogelijkheden van mensen met een beperking belangrijk. Zinnvolle dagbesteding is beschikbaar voor wie niet kan werken.

### *Vrijtijdsbesteding*

Activiteiten in de vrije tijd dragen ook bij aan het volwaardig meedoen in de maatschappij. Het gaat om ontspanning, sociaal contact en persoonlijke ontwikkeling. Belemmeringen worden verminderd door goede beeldvorming, begeleiding en aanvullende middelen. Bovendien is de toegankelijkheid van bijvoorbeeld theaters, verenigingsgebouwen en clubhuizen noodzakelijk.

### *Mobiliteit*

Deelnemen aan het maatschappelijk leven vereist dat iedereen zich kan verplaatsen. Dit vraagt om onder andere toegankelijk openbaar vervoer. Zolang dat niet is gerealiseerd, zijn aanvullende vervoersvoorzieningen nodig. Kinderen en jongeren krijgen de mogelijkheid met het gezin te reizen.





### 3. HUIDIGE EN TOEKOMSTIGE VRAAG

*In deze regiovisie staat de zorgvrager centraal en daarom is het belangrijk te weten hoeveel mensen een zorgvraag hebben en waaraan zij behoefte hebben.*

#### 3.1. Omvang doelgroep

Van alle inwoners in Drenthe boven de 5 jaar heeft 3,4% een zeer ernstige beperking en 7,6% een ernstige beperking. Daarnaast heeft 23,6% van de inwoners een minder ernstige of lichte beperking. Deze regiovisie richt zich in eerste instantie op mensen met zeer ernstige beperkingen, omdat zij zeker zorgvragen zullen hebben in het leven van alledag. In 2000 behoorden minimaal 15.000 mensen tot deze doelgroep in Drenthe. Van de mensen met een ernstige beperking, ruim 33.500 Drenten, heeft een groot deel ook zorgvragen. Waar nodig vallen zij daarom ook onder de reikwijdte van de regiovisie.

Motorische beperkingen komen het meest voor onder mensen met een zeer ernstige beperking. Veel mensen hebben verder beperkingen op het terrein van zien, spreken en horen.

In tabel 1 wordt per categorie van beperking aangegeven hoeveel Drenten tot die categorie behoren. Hierbij zijn de meest belangrijke beperkingen in de tabel opgenomen. Deze cijfers zijn geen exacte telling, maar een raming op grond van landelijke cijfers.

Tabel 1. Aantal personen met zeer ernstige beperkingen naar aard van de lichamelijke beperking, Drenthe, 2000<sup>3</sup>.

<i>Beperking</i>	<i>Percentage</i>	<i>Aantal</i>
Totaalaantal inwoners, 5 jaar en ouder, 1994		441.121
Motorisch (lopen, zitten/staan, arm-/handfunctie)	1,7	7.499
Visueel	0,4	1.764
Auditief	0,1	441
Spreken	0,2	882
Overig	2,5	11.028
Gesommeerd over alle zeer ernstige beperkingen*	3,4	15.000

\* Belangrijke kanttekening is dat de percentages niet opgeteld kunnen worden, omdat dan dubbeltellingen ontstaan van mensen die meerdere beperkingen hebben.

Kinderen en jongeren vormen een belangrijke doelgroep van de regiovisie. Zij maken 9% uit van de totale groep mensen met zeer ernstige beperkingen. Het gaat in Drenthe om ongeveer 1.350 jeugdigen in de leeftijd van 5 tot 25 jaar. Daarvan hebben ongeveer 650 kinderen en jongeren een motorische beperking, 160 een visuele en 40 een auditieve beperking. Verder zijn er jeugdigen met onder meer beperkingen in spreken en uithoudingsvermogen.

Het aantal mensen met een lichamelijke chronische ziekte wordt geschat op 10% van de bevolking, dat wil zeggen 45.000 chronisch zieken in Drenthe, waarvan naar schatting 5.000 kinderen.

Jaarlijks worden in Drenthe ongeveer 3.000 mensen met niet-aangeboren hersenletsel in een ziekenhuis opgenomen, waarvan 600 mensen tussen de 12 en 45 jaar. Van deze groep jonge mensen gaat de overgrote meerderheid uiteindelijk naar huis. Ongeveer 50 mensen maken

<sup>3</sup> Bron: percentages op basis van Drentse raming van IZMD/POG, 1994 op basis van BS/NIMAWO-onderzoek 1986/1988. Deze gegevens zijn berekend naar de meest recente bevolkingsaantallen in Drenthe, op basis van veronderstelling dat de percentages van beperkingscategorieën ongewijzigd zijn. Deze gegevens zijn indicatief.

blijvend gebruik van voorzieningen, zoals het verpleeghuis of woon- en dagbestedingsvoorzieningen.

Naar schatting zijn er in Drenthe 900 mensen met een meervoudige beperking. Het gaat om verschillende combinaties, zoals motorisch verstandelijke beperkingen, doofblinden, verstandelijk auditieve beperkingen, verstandelijk visuele beperkingen.

Relatief jonge mensen in een verpleeghuis vormen een bijzondere doelgroep; jong in vergelijking met de gemiddeld zeer hoge leeftijd van de overige verpleeghuisbewoners. Hun zorgvragen zijn anders dan van de overwegend 80-plussers in het verpleeghuis.

Ruim 25 personen tussen de 20 en 49 jaar verblijven in een Drents verpleeghuis, ruim 50 mensen zijn tussen de 50 en 64 jaar. In Drenthe verblijven geen jongeren onder de 20 jaar in een verpleeghuis.

Tot slot: van de groep mensen met een (zeer) ernstige lichamelijke beperking in Drenthe en jonger dan 70 jaar woont 96% thuis. Dat is voor een belangrijk deel te danken aan mantelzorg en thuiszorg.

Naast deze zorgvragen heeft juist deze grote groep ook behoefte aan maatregelen en middelen op het gebied van wonen, onderwijs en dergelijke.

### 3.2. Vraag in levensfasen

#### *Algemene vragen*

In deze paragraaf komen vragen van mensen met verschillende beperkingen aan de orde. Specifieke vragen noemen wij afzonderlijk. Deze paragraaf gaat verder uit van de levensfase van de doelgroep. Zo ontstaat een beeld van wat in Drenthe nodig is om volwaardig mee te kunnen doen in de samenleving.

Naast vragen om gewoon te kunnen wonen in de eigen omgeving, naar school gaan en werken, je gewoon te kunnen vermaken en verplaatsen, zijn er twee wezenlijke vragen.

Ten eerste de vraag naar toegankelijkheid: zoals gewoon naar binnen kunnen waar je dat wilt, naar de wc kunnen als dat nodig is. Ten tweede de vraag om op een normale wijze te worden benaderd. Toegankelijkheid en beeldvorming krijgen daarom een belangrijke plaats in de regiovisie.

#### *Fase 0 tot en met 4 jaar*

In de eerste levensjaren hebben kinderen vooral goede medische zorg nodig. Ouders kampen met twijfels en zorgen. Zij hebben daarom behoefte aan laagdrempelige voorlichting en ondersteuning.

Bij zeer jonge kinderen bestaat behoefte aan vroege onderkenning en behandeling. Dit vereist goede screening, diagnostiek en vroege hulp waarvoor samenhang tussen reguliere en specifieke zorg nodig is. Kinderrevalidatie is daarbij van groot belang. Vooral revalidatie in groepsverband stimuleert de ontwikkeling van jonge kinderen.

Ouders hebben behoefte aan ondersteuning van gespecialiseerde instellingen bij de omgang en opvoeding, zoals het leren communiceren met hun kind. Dit is vooral belangrijk als hun kind doof of blind is of niet kan spreken.

*"In het begin moest ik vreselijk huilen toen bleek dat onze Maarten doof en blind geboren was. Waarom moest dat nou juist hem overkomen? Op dat moment stortte onze wereld in. Maar je moet toch verder. We kregen begeleiding. Ik leerde om contact met hem te krijgen. Ik merk dat we elkaar nodig hebben, zoals moeder en kind. En weet je wat het allerbelangrijkste is? Hij is verder een gewoon kind. Soms vergeet ik zelfs dat hij een beperking heeft."*

Ouders krijgen ook te maken met de keuze voor dagopvang en later de schoolkeuze. Kiezen tussen regulier of speciaal is vaak lastig. Zij hebben daarbij steun nodig en goede voorlichting over wat scholen kunnen bieden.

Daarnaast hebben ouders behoefte aan uiteenlopende vormen van gezinsondersteuning: hulp tijdens het "spitsuur", logeeropvang dicht bij huis, steun bij het aanvragen van hulpmiddelen en

---

oppas. Ondersteuning bij het verdelen van de aandacht over eventueel andere kinderen is ook belangrijk. Deze lopen namelijk het risico "onder te sneeuwen", omdat ouders veel zorg en aandacht moeten hebben voor dat ene broertje of zusje.

#### *Fase 5 tot en met 12 jaar*

In deze levensfase hebben kinderen met een beperking en hun ouders behoefte aan behandeling en begeleiding voor een optimale ontwikkeling. Daarvoor hebben ouders informatie nodig om een goede keuze te maken. Ook is er vaak behoefte aan (sociaal-juridische) ondersteuning bij het aanvragen van hulp- en vervoermiddelen en woningaanpassingen. De ontwikkelingsgroei van jonge kinderen maakt korte procedures noodzakelijk.

Kinderen in deze leeftijdsfase gaan naar school, meestal naar het regulier onderwijs, eventueel ondersteund met deskundigheid (ambulante begeleiding) vanuit het speciaal onderwijs. Dove kinderen en kinderen met taal- en spraakproblemen volgen vaker speciaal dan regulier onderwijs. Zij moeten zich eerst leren uitdrukken en ontwikkelen in hun eigen taal (voor doven is dat de Nederlandse gebarentaal). Wel volgen jonge kinderen soms één ochtend in de week onderwijs op de reguliere basisschool in hun eigen buurt. Na de basisschoolperiode kiezen ouders en kind een school voor het voortgezet onderwijs. Ook hierbij willen ouders graag ondersteuning.

Kinderen die aangewezen zijn op revalidatie hebben baat bij een goede afstemming tussen zorg en onderwijs.

Kinderen die niet in staat zijn onderwijs te volgen, gaan naar een kinderdagverblijf dat aansluit bij hun ontwikkelingsvragen.

Kinderen met beperkingen wonen steeds vaker thuis. Veel ouders willen daarom gezinsondersteuning: weekendopvang of buitenschoolse opvang, logeermogelijkheden en begeleiding bij de vrijetijdsbesteding. Bij hulp in het gezin, bijvoorbeeld tijdens de "ochtendspits", vinden ouders het belangrijk dat de hulpverlener inspeelt op het kind en het gezin in plaats van snel en efficiënt het huishouden te regelen. Dit vraagt een andere werkhouding van hulpverleners.

Ouders zijn veel tijd kwijt aan het halen en brengen van hun kind naar bijvoorbeeld zorg of therapie. Soms willen zij daarbij worden ontlast om tijd te hebben voor andere dingen zoals vrijetijdsbesteding.

Kinderen in deze leeftijdsfase gaan vriendjes of vriendinnetjes belangrijk vinden. Soms is begeleiding nodig bij het meedoen in een vereniging of club. Ouders kunnen dat niet altijd zelf. Voor verstandelijk gehandicapten kan met het persoonsgebonden budget een begeleider worden ingekocht. Voor kinderen met een lichamelijke handicap of chronische ziekte zijn die mogelijkheden er niet in Drenthe. Ouders zijn dan aangewezen op vrijwilligers.

Kinderen in deze levensfase worden zelfstandiger en langzamerhand krijgen ouders vragen over hun toekomst.

#### *Fase 13 tot en met 19 jaar*

In deze fase staat het contact met leeftijdgenoten centraal: vrienden maken, verliefd worden, teleurstellingen verwerken. Voor jongeren met een beperking beginnen in deze fase vaak de sociale belemmeringen. Met name in de vroege puberteit speelt het vergelijken en "je meten aan een ander" een belangrijke rol in het contact met leeftijdgenoten. Hierdoor merken deze jongeren dat ze anders zijn. Reacties van buitenstaanders op hun beperking gaan ze als "rottig" ervaren.

Sommige jongeren hebben juist in deze fase gedragsproblemen, vooral thuis. Aandacht voor hun vragen, bijvoorbeeld rondom fysieke en seksuele ontwikkeling is noodzakelijk.

*"Ja, ik ben spastisch en wat dan nog? Ik trek me er niks van aan als ze me nawijzen of uitlachen. Hoe dat kan? Door Anne, ze is gewoon en toch verliefd op mij. Ik denk dat de anderen jaloers zijn. Ze is toevallig wel het mooiste meisje van de klas."*

Jongeren die speciaal onderwijs volgen, kennen lotgenoten waarmee ze ervaringen delen. Voor jongeren die regulier onderwijs volgen is dat minder vanzelfsprekend. Daarom is het belangrijk aandacht te schenken aan hun behoeften aan sociale contacten.

Voor dove jongeren is de praatcultuur van leeftijdgenoten de grootste belemmering om erbij te horen. Zij kiezen op 12- of 13-jarige leeftijd vaak voor het wonen met dove leeftijdgenoten in Groningen. Ook blinde of zeer slechtziende jongeren hebben op deze leeftijd meer moeite met het onderhouden van contacten, soms ook door gebrek aan eigen sociale vaardigheden.

De meeste jongeren gaan zich bezighouden met een beroepskeuze en vervolgonderwijs. Dan is onder meer belangrijk: goede ondersteuning, leren van sociale vaardigheden, weerbaarheid en leren omgaan met beperkingen.

Veel jongeren hebben ondersteuning nodig bij het zoeken van geschikte vrijetijdsbesteding. Dit geldt ook voor het kiezen van een vorm van wonen. Zij zijn vaak niet op de hoogte van de mogelijkheden.

Daarnaast kampen jongeren die afhankelijk zijn van verzorging met een dilemma: enerzijds willen zij meer loskomen van hun ouders, anderzijds moeten zij door diezelfde ouder geholpen worden bij hun persoonlijke verzorging. Dit is voor ouders ook moeilijk.

Bijzonder aan deze levensfase is dat jongeren wel met veel vragen zitten, maar ze liever niet kenbaar maken aan volwassenen.

#### *Fase 20 tot en met 64 jaar*

Jongvolwassenen hebben op weg naar zelfstandig wonen soms nog ondersteuning nodig bij financiën beheren, huishouden en sociale contacten leggen. Ze zijn de permanente zorg van ouders gewend. Daarnaast hebben (jong)volwassenen vaak behoefte aan ondersteuning bij het volgen van een studie, het vinden of behouden van werk of bij het zoeken van dagbesteding en vrijwilligerswerk. Vaak zijn er vragen over het aanvragen van aanpassingen en hulpmiddelen, zoals Wet voorzieningen gehandicapten(WVG)-voorzieningen. Hierdoor zijn ze minder afhankelijk van (mantel)zorg. Ook willen zij meer weten over de benodigde zorg als ze in gezinsverband blijven wonen. Mensen met een persoonsgebonden budget willen graag weten waar goede zorg ingekocht kan worden, een soort postordercatalogus voor zorg.

Vragen over erfelijkheid en het zelf kunnen grootbrengen van kinderen komen naar boven. Bij het ouder worden ontstaat behoefte aan informatie over het verloop van de aandoening of chronische ziekte, het verwerken van het functieverlies en de veranderende rol van de partner. Volwassenen met een niet-aangeboren beperking, vooral hersenletsel, hebben vragen over deze inbreuk op hun leven.

Revalidatie dicht bij huis leert mensen omgaan met verworven beperkingen. Informatie en ondersteuning voor partners of andere gezinsleden is belangrijk. Ook voor hen is het dagelijks leven sterk veranderd. Ondersteuning bij (weer) zelfstandig wonen, afronden van de studie of terugkeer naar de oude werkgever wordt vaak gevraagd, ook al is intensieve verzorging nodig. Veel van deze volwassenen doen een beroep op mantelzorgers. Bij intensieve zorgvraag waar de mantelzorger alleen voor staat, kan ondersteuning van de mantelzorger noodzakelijk worden.

### *Fase 65+*

Deze levensfase kenmerkt zich door het afscheid nemen van het arbeidsproces. Het betekent voor velen een nieuwe fase. Zij moeten een andere invulling geven aan het dagelijks leven. Ook mensen die dagbesteding hebben in een activiteitencentrum moeten dit inruilen voor een onzekere toekomst. Velen zijn niet gewend zelf hun dag in te delen of een zinvolle invulling te geven. Het wegvallen van georganiseerde dagbesteding kan soms leiden tot isolement. Een groot deel krijgt te maken met één of meerdere lichamelijke beperkingen of chronische ziektes. Zij zoeken vaak informatie en advies over de ziekte of stoornis en over bijbehorende leefregels, afgestemd op hun persoonlijke situatie. De vraag naar zorg is vooral gericht op het instandhouden van de bestaande situatie, zoals het samenleven met een partner. Ondersteuning van de mantelzorger is ook in deze fase van belang, net als ondersteuning bij het behoud van het sociale netwerk in de eigen omgeving. Wanneer mensen overgaan naar een woonvoorziening is aandacht voor specifieke beperkingen belangrijk. Zo willen dove ouderen soms graag samen met andere dove ouderen wonen.

### 3.3. Vraag van bijzondere doelgroepen

#### *Mensen met niet-aangeboren hersenletsel*

Mensen met niet-aangeboren hersenletsel zien hun leven vaak overhoop gehaald. Toekomstplannen vallen in duigen na een ernstig verkeersongeval, hersenbloeding en dergelijke. Ook in minder ernstige gevallen komen karakterverandering, geheugenstoornissen en gedragsproblemen voor, met alle gevolgen voor het gezin en relaties. Ondersteuning bij het weer oppakken van het gewone leven is nodig. Mensen uit hun directe omgeving hebben vaak behoefte aan (psychosociale) begeleiding wanneer hij of zij uit het ziekenhuis komt en weer thuis gaat wonen. Vaak zijn de omringende personen niet goed geïnformeerd over de gevolgen van hersenletsel. Het ondersteunen van de mantelzorger van deze zorgvragers is zeer belangrijk. Een bijzondere groep vormen ouders met niet-aangeboren hersenletsel die opgroeiende kinderen verzorgen. Ondersteuning bij opvoeding en verzorging van de kinderen moet soms een permanent karakter krijgen, omdat verbetering van de situatie er niet in zit.

#### *Jongeren met een intensieve verpleegvraag*

Jonge mensen met een intensieve verpleegbehoefte zijn in Drenthe aangewezen op zorg in een verpleeghuis wanneer andere zorg niet toereikend is. Maar het verpleeghuis is ingericht op de levensfase van de gemiddelde bewoner: rond de 80 jaar of ouder. Jonge mensen, tussen 20 en 50 jaar, hebben hele andere vragen op het gebied van dagbesteding, wonen en welzijn dan de oudere bewoners. Deze jonge mensen willen vaak in de buurt blijven wonen van familie en vrienden.

De kamers in verpleeghuizen bieden over het algemeen weinig privacy. Juist voor jonge verpleeghuisbewoners is dat moeilijk, omdat zij wellicht de rest van hun leven daar doorbrengen. Drenthe heeft maar één verpleeghuis met een afdeling speciaal voor jonge mensen.

Voor thuiswonende jonge mensen met een intensieve zorgbehoefte, is een snelle zorg op afroep noodzakelijk (binnen 10 minuten). Ontlasting van mantelzorgers, zoals door vervangende mantelzorg, is ook nodig. Sommige mantelzorgers willen dat niet uit verantwoordelijkheidsgevoel of het schuldgevoel dat ze dan een ander met hun zorgen opzadelen. Langer thuiswonen wordt bevorderd als overdracht van specifieke kennis naar hulpverleners en mantelzorgers in de thuissituatie plaatsvindt. Belangrijk is ook dat optimaal gebruik wordt gemaakt van hulpmiddelen en thuiszorg. Er zijn zorgvragers in Drenthe die dit aanbod onbenut laten. Verder bevorderen kortdurende revalidatiebehandelingen in de thuissituatie zelfstandig wonen. Ondersteuning bij het leren zelf de dag te structureren is daarbij van belang.

#### *Mensen met meervoudige beperkingen*

De zorg die is gericht op de ene beperking, is niet altijd bruikbaar voor een andere beperking. Mensen met meervoudige beperkingen vallen daardoor nogal eens tussen wal en schip. Een kind bijvoorbeeld dat zowel ernstig motorisch, visueel en verstandelijk beperkt is, kan niet echt

terecht op de mytylschool. Deze school is namelijk wel ingericht op kinderen met motorische beperkingen, maar minder op visuele beperkingen en omgekeerd. Voor deze mensen is een individuele vraaggerichte benadering essentieel.

Specifieke deskundigheid is onontbeerlijk, niet alleen bij het bieden van zorg, onderwijs en dagbesteding, maar ook al bij het in kaart brengen van de vraag. De indicatiestelling voor zowel de zorg, het onderwijs als de WVG vergt ook specifieke deskundigheid. Verder is bundeling van deskundigheid door intersectorale samenwerking en opheffing van belemmeringen in wet- en regelgeving.

Voor jeugdigen is ondersteuning van ouders als mantelzorgers van belang, naast de vraaggerichte gezinsondersteuning.

### 3.4. Mantelzorgers

#### *Bijzondere plaats*

Mantelzorgers hebben een bijzondere plaats in het systeem rond de zorgvrager. Aan de ene kant staan zij aan de kant van de zorgvrager en hebben zijzelf ook vragen voor ondersteuning. Aan de andere kant zijn ze aanbieders van zorg. Dat werkt soms verwarrend. Samen met de vrijwilligers vormen zij de informele zorg.

Bij indicatiestelling voor thuiszorg wordt nog steeds eerst gekeken naar de mogelijkheden van de mantelzorg, voordat de aanvullende inzet van professionele hulp wordt bepaald. Dat is een knelpunt.

De mantelzorger heeft meestal een emotionele band met de zorgvrager. Dat leidt er vaak toe dat zij een soort 24-uurszorg bieden. De mantelzorger voelt zich door die band erg verantwoordelijk voor de zorg en heeft soms moeite deze zorg tijdelijk over te dragen. Zoals al eerder aangegeven is het een probleem dat sommige mantelzorgers geen gebruik willen maken van ondersteuning of vervangende mantelzorg.

Het is belangrijk specifieke kennis van hulpverleners over te dragen naar mantelzorgers in de thuissituatie, zodat zij goed geïnformeerd en voorbereid zijn op hun taak.

#### *Ouders als mantelzorgers*

Kinderen met beperkingen wonen in toenemende mate thuis. Dat vergt van ouders meer zorg dan in de gemiddelde ouder-kind relatie. Ouders zijn daarmee ook mantelzorgers, ook al voelen ze dat vaak niet zo. Veel ouders willen gezinsondersteuning die tijdelijk de zorg voor het kind overneemt: weekendopvang, buitenschoolse opvang, vakantieopvang, logeermogelijkheden en begeleiding bij de vrijetijdsbesteding. Bij hulp in het gezin vinden ouders het belangrijk, zoals eerdergenoemd dat de hulpverlener goed kan inspelen op het kind en het gezin.

Al eerder werd ook aangegeven dat ouders soms te maken hebben met het dilemma dat de jongere enerzijds wil loskomen van zijn ouders, maar anderzijds door diezelfde ouder weer geholpen moet worden bij zijn persoonlijke verzorging. De rol van ouder en mantelzorger loopt dan door elkaar.

#### *Kinderen en jongeren als mantelzorgers*

Bijzonder is ook de groep kinderen en jongeren die mantelzorg bieden aan hun (alleenstaande) ouder. Sommigen hebben zware taken thuis of durven niet over hun zorgen te spreken met leeftijdgenoten. Aandacht voor de vragen van deze mantelzorgers is van groot belang.

*"Als ik mijn vader niet help, moet hij het huis uit. Dat is het ergste wat kan gebeuren. Niet alleen voor hem, maar ook voor mij. Dan maar niet voetballen na schooltijd."*

### 3.5. Toekomstige vraag

*De vraag van mensen met een lichamelijke beperking zal in de toekomst veranderen. Over de gevolgen hiervan voor het beleid gaat deze paragraaf.*

Het aantal ouderen in Nederland neemt toe. In Drenthe is de vergrijzing nog sterker. Daar groeit de groep 75-plussers in de komende 10 jaar met 40%.

Vooraf door de toename van de groep ouderen zal het aantal mensen met (meerdere) chronische ziekten toenemen. Door bijvoorbeeld betere behandelmethoden hoeft deze toename niet te leiden tot een even grote toename van zorg en voorzieningen. Wel valt te verwachten dat de vraag naar vormen van zorg aan huis, revalidatie, geschikte woningen, hulpmiddelen en dergelijke toeneemt. Bovendien worden de huidige bewoners van woonvormen ouder, waardoor intensievere zorg nodig is.

Maar liefst 11,2% van de bevolking biedt mantelzorg. Ondanks dat mantelzorgers in de toekomst waarschijnlijk minder vanzelfsprekend langdurig hulp gaan verlenen, wordt verwacht dat het aanbod van mantelzorg gelijk zal blijven. Het aantal zorgvragers zal wel toenemen. Dat leidt waarschijnlijk tot een tekort aan mantelzorgers in de toekomst.

De vergrijzing heeft ook gevolgen voor de revalidatie. De vraag naar revalidatie zal de komende jaren vooral toenemen in de Drentse ziekenhuizen en in mindere mate in de revalidatiecentra. In de algemene ziekenhuizen worden namelijk relatief meer oudere mensen behandeld en mensen met veelvoorkomende aandoeningen, zoals pijnklachten, hersenbloeding en dergelijke. Deze aandoeningen ontstaan veelal op hogere leeftijd.

Vervolgens zal ook de vraag naar reactivering en verblijf in het verpleeghuis toenemen. Het huidige tekort aan revalidatieartsen zal bij toenemende vraag alleen maar nijpender worden. Dit probleem krijgt ook aandacht van de landelijke revalidatiekoepels.





---

#### 4. HUIDIG AANBOD

*In dit hoofdstuk komen eerst de beleidsontwikkelingen in de zorg aan bod, die van belang zijn voor de regiovisie. Vervolgens wordt het huidige aanbod beschreven van zorg, wonen, onderwijs, arbeid, vrijetijdsbesteding en mobiliteit, waar mensen met een lichamelijke functiebeperking gebruik van maken. Ook de beleidsontwikkelingen op deze gebieden komen aan de orde.*

##### 4.1. Landelijke en Drentse beleidsontwikkelingen

###### *Leven in de samenleving*

De laatste jaren hebben beleidsmakers veel aandacht voor het deelnemen van burgers aan de maatschappij. In de zorg is groeiende aandacht voor het zoeken van aansluiting bij het gewone leven in de omgeving van de zorgvoorziening. Integratie en participatie zijn centrale begrippen geworden.

Zo krijgt bijvoorbeeld bouwen met aanpassingen meer aandacht. In het onderwijs wordt de leerlinggebonden financiering ingevoerd. Op de arbeidsmarkt zijn nieuwe maatregelen voor reïntegratie van kracht om mensen met een arbeidsbeperking weer aan het werk helpen. Voor het stimuleren van vrijetijdsbesteding bestaat er onder meer lokaal sociaal beleid en beleid gericht op breedtesport.

###### *Indicatiestelling nieuwe stijl*

De indicatiestelling is het formeel vaststellen van de individuele zorgbehoefte en de daarvoor benodigde zorg. Deze indicatiestelling is in Nederland volop in ontwikkeling. Tot voor kort had elke aanbieder, of een aantal aanbieders samen, een eigen indicatiecommissie. Deze verzorgde alle fasen van de indicatiestelling: van aanmelding en intake tot aan de zorgverlening.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft enkele jaren geleden besloten de indicatiestelling te wijzigen. Doel is een objectieve, onafhankelijke en geïntegreerde indicatiestelling door middel van een protocol. Hierdoor kan meer uniform en transparant gewerkt worden. Vragen bijvoorbeeld naar zowel verzorging, als ook naar hulpmiddelen en vervoersvoorzieningen worden in één keer in kaart gebracht. Deze vorm van indiceren geeft inzicht in de werkelijke vragen.

Voor alle vragen naar verpleging, verzorging en thuiszorg kan men inmiddels terecht bij het Regionaal Indicatieorgaan. Voor de gehandicaptenzorg is het streven om in 2001 de verschillende vragen van mensen met motorische, zintuiglijke of verstandelijke beperkingen volgens de nieuwe werkwijze te indiceren. Het is de vraag of deze nieuwe werkwijze voor de gehandicaptenzorg per 2001 kan worden ingevoerd voor alle doelgroepen. Wel is het indicatieorgaan, het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg Noord, in Drachten gevestigd en zal voor enkele doelgroepen de indicatie verzorgen. Voorlopig zal Drenthe nog verschillende indicatieorganen houden. De zorgvrager moet vooraf goed bedenken waar de vraag wordt neergelegd.

Uiteindelijk moeten in 2002 de indicaties van de afzonderlijke zorgsectoren onder één dak komen van het Regionaal Indicatieorgaan. Hier kan men dan terecht voor verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg, bepaalde vragen naar geestelijke gezondheidszorg en bepaalde vragen voor de WVG.

Geïntegreerde indicatie kan moeilijk van de grond komen, zolang de huidige gescheiden regelgeving en financiële stromen blijven bestaan. Iemand kan wel alle zorgvragen aan het indicatieteam voorleggen, maar zolang bijvoorbeeld praktische pedagogische gezinsbegeleiding

---

alleen vergoed wordt voor kinderen met verstandelijke beperkingen en niet voor kinderen met lichamelijke beperkingen, is de zorgvrager nog niet geholpen.

#### *Nieuwe, vraaggerichte initiatieven*

Zowel landelijk als in Drenthe bestaan allerlei initiatieven voor het vernieuwen van de zorg. Deze versterken de positie van ouders en zorgvragers, ontlasten ouders en mantelzorgers en bevorderen de vraagsturing. Belangrijke vernieuwingen zijn:

#### *Integrale vroeghulp*

Deze biedt ondersteuning aan ouders bij het zoeken naar diagnostiek en hulp voor hun kind van 0 tot 7 jaar met een (vermoeden van) motorische of verstandelijke ontwikkelingsachterstand. Integrale vroeghulp is vraaggericht, ouders hebben een centrale positie in dit hulptraject. In de loop van 2001 zal in Drenthe integrale vroeghulp samen met de huidige, vroegtijdige onderkenning (vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen(VTO)-Drenthe) één organisatie vormen. Afstemming met jeugdzorg vindt plaats. De VTO-Drenthe wil zo vroeg mogelijk en dicht bij huis advies bieden aan ouders met jonge kinderen met ontwikkelingsstoornissen. In 1999 kwamen 48 hulpvragen binnen bij VTO-Drenthe.

#### *Tijdelijke opvang*

Deze ontlast ouders en mantelzorgers. Het bevordert langer zelfstandig wonen en functioneren in de samenleving. In Drenthe wordt deze zorg geboden onder de naam Uit en Thuis.

#### *Scheiden van wonen en zorg*

Dit richt zich op het versterken van de positie van de zorgvrager door huisvesting los te koppelen van zorg. Dit betekent dat iemand zelfstandig een huis koopt of huurt en zorg of begeleiding aan huis krijgt. Een voorbeeld hiervan in Drenthe is een kleinschalig woonproject in Hoogeveen en ambulante woonbegeleiding van De Noorderbrug. Daarnaast bieden zij ook woonsteunpunten voor mensen die ondersteuning willen bij sociale contacten. Een ander voorbeeld zijn de partnerwoningen van verpleeghuis de Horst. Hier huren mensen met behoefte aan verpleeghuiszorg samen met hun partner een woning aan de rand van het terrein. Zij kunnen gebruikmaken van 24-uursverpleegzorg op afroep.

#### *Het persoonsgebonden budget*

Dat is een alternatief voor zorg in natura, bedoeld om de vrager zelf de middelen in handen te geven om zorg in te kopen. Daarmee draagt het budget daadwerkelijk bij aan vraagsturing. Mensen met een lichamelijke beperking kunnen gebruikmaken van het budget Verpleging en Verzorging. Wanneer mensen intensieve thuiszorg (ITZ) nodig hebben, kunnen zij een aanvulling krijgen op hun budget.

#### *Versterking van de positie van de zorgvrager*

Sinds in 1996 de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen is ingevoerd, hebben instellingen waar mensen met een beperking langdurig verblijven cliëntenraden ingesteld. Ook in Drenthe zijn zulke raden ingesteld bij woon- en dagbestedingsvoorzieningen, de Sociaal Pedagogische Dienst (SPD) Drenthe, verpleeghuizen, thuiszorg en ziekenhuizen. Een andere belangrijke ontwikkeling is dat sinds april 2000 ook gemeenten moeten zorgen voor cliëntenparticipatie in het lokaal integraal gehandicaptenbeleid.

De positie van zorgvragers krijgt versterking door meer aandacht en middelen voor belangenbehartiging. In Drenthe is het RPCP ingesteld als koepel voor alle afzonderlijke belangengroepen. Dit platform is actief in overlegvormen, initieert projecten en behartigt belangen van vragers.

Tot slot heeft de SPD Drenthe sinds 2000 consultants lichamelijk gehandicapten in dienst. Zij bieden advies en ondersteuning aan mensen met een lichamelijke beperking.

#### *Wachlijstaanpak*

De jarenlange discussie over de lange wachtlijsten in de zorg heeft in de zomer van 2000 geleid tot een landelijke aanpak. Hierin spelen de zorgkantoren een belangrijke rol. Van elke

wachtende moest de zorgvraag in kaart worden gebracht. Dat maakte duidelijk dat mensen op meerdere wachtlijsten stonden ingeschreven. Bovendien bleken er mensen te zijn die met minder intensieve, flexibele zorg toekunnen dan waarvoor ze ingeschreven stonden. Vervolgens is gekeken of de gevraagde zorg direct leverbaar is. Waar dat niet kon, is een alternatief geboden. Dit blijkt voor zorgvragers niet altijd afdoende. Wel is de capaciteit in de gehandicaptenzorg in 2000 toegenomen door de wachtlijstaanpak.

#### 4.2. Zorg

*Mensen met een lichamelijke beperking gebruiken uiteenlopende vormen van zorg. Deze paragraaf gaat in op de meest gebruikte vormen.*

##### **Mantelzorg en vrijwilligerszorg**

Uit onderzoek blijkt dat 15% van de huishoudens met een gezinslid met (zeer) ernstige beperkingen bij de persoonlijke verzorging een beroep doet op thuiszorg, 8% doet een beroep op vrijwillige zorg en 8% van de huishoudens maakt gebruik van beide vormen. Bij dit onderzoek wordt opgemerkt dat zorgvragers de hulp die ze ontvangen van de partner of andere gezinsleden niet als informele hulp opvatten, maar als vanzelfsprekend beschouwen. Over de omvang van deze mantelzorg aan gezinsleden is alleen bekend dat 11% van Nederlanders mantelzorg biedt.

Uit het onderzoek kan wel worden afgeleid dat ongeveer 70% van deze gezinnen geen beroep doet op hulp van buiten het gezin bij de persoonlijke verzorging. Ongeveer 35% van deze gezinnen vraagt ook geen hulp bij het huishouden. Deze gezinnen zijn erg kwetsbaar. Wanneer iemand uitvalt is soms acute verpleeghuisopname noodzakelijk. In Drenthe zijn drie steunpunten en vijf contactgroepen om mantelzorgers te ondersteunen. Toch blijkt het moeilijk om met hen in contact te komen. Geschat wordt dat 3.000 jeugdigen mantelzorg bieden in Drenthe, waarvan 600 kinderen met alleenstaande ouders.

SamSam is de verzamelnaam van plaatselijke hulporganisaties die vrijwillig aanvullende zorg bieden aan vooral ouderen en in mindere mate aan mensen met een beperking in Drenthe.

##### **Persoonsgebonden budget**

Het persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging wordt ook gebruikt door mensen met een lichamelijke beperking. In Drenthe maken ruim 600 ouderen en mensen met een beperking gebruik van dit budget om zelf hun eigen zorg in te kopen. Voor mensen met een intensieve zorgvraag is dit budget niet toereikend. In de zomer van 2000 is daarom voor deze groep een nieuw persoonsgebonden budget Intensieve thuiszorg in het leven geroepen. Het budget voor verpleging en verzorging voorziet niet in het inkopen van logeermogelijkheden of begeleiding bij bijvoorbeeld vrijetijdsactiviteiten. In 2001 start in Groningen wel een proef met een budget voor begeleiding en ondersteuning van mensen met een lichamelijke beperking.

**Thuiszorg**

Vooral ouderen maken gebruik van thuiszorg. Het aantal mensen dat in Drenthe in 1998 thuiszorg gebruikt of wacht op thuiszorg is ruim 12.400. Hiervan zijn ruim 2.400 mensen jonger dan 65 jaar. Zij vormen 20% van het cliëntenbestand van Icare (Thuiszorg Drenthe).

**Gehandicaptenzorg***Mensen met motorische beperkingen*

De gespecialiseerde gehandicaptenzorg is vooral bedoeld voor mensen die intensieve zorg of psychosociale begeleiding nodig hebben.

In Drenthe is geen intramurale woonvorm (24-uurszorg) beschikbaar voor mensen onder de 65 jaar. Zij zijn aangewezen op het verpleeghuis (zie bladzijde 23, Verpleeghuiszorg) of op één van de vier intramurale woonvormen elders in Nederland, zoals het Dorp in Arnhem of Amstelrade in Amstelveen.

Stichting de Noorderbrug biedt gespecialiseerde zorg aan mensen met motorische beperkingen. Zij kunnen zorgvragers een plaats bieden in een woonvorm in Emmen, Hoogeveen of Assen of ambulante woonbegeleiding thuis. Zij beschikken over 60 plaatsen. Hiermee kunnen zij aan ruim 150 zorgvragers zorg bieden. Woonbegeleiding biedt ondersteuning bij praktische zaken, zoals de administratie of het leggen van sociale contacten. De meeste mensen die bij de Noorderbrug wonen krijgen ook psychosociale begeleiding. De Noorderbrug biedt ook dagbesteding in drie activiteitencentra in Emmen, Hoogeveen en Assen.

De vraag naar "volle" dagbesteding neemt af ten gunste van de vraag naar begeleid werken en ambulante begeleiding.

Voor kinderen en jongeren is in Drenthe geen voorziening of ambulante begeleiding beschikbaar. Wel is een proef gestart met vakantieactiviteiten voor kinderen in Emmen. De woon- en logeervoorziening voor deze groep bevindt zich in Groningen en is van de Noorderbrug.

Focuswoningen zijn aangepaste huurwoningen van een woningcorporatie. Stichting Fokus Exploitatie helpt bij de persoonlijke verzorging. Deze hulp is 24 uur per dag op afroep beschikbaar. Als voorwaarde geldt dat er sprake moet zijn van een lichamelijke beperking waarbij meer dan 5 en minder dan 30 uur per week assistentie nodig is. Bovendien moet men zichzelf verder voldoende kunnen redden. Zorgvragers die op den duur meer zorg nodig hebben, moeten verhuizen. In Drenthe bestaat één Focusproject. Het gaat om 12 woningen in Assen, maar er bestaat vraag naar meer woningen.

*Mensen met auditieve beperkingen*

In Drenthe zijn geen voorzieningen voor doven. Het Koninklijk Instituut voor Doven, H.D. Guyot biedt in Haren zorg en onderwijs aan doven in de noordelijke provincies en Noord-Holland. In 1998 maakten ongeveer 36 Drentse kinderen en jongeren gebruik van de Guyot-school of de woonvorm. Daarnaast maakten 8 gezinnen gebruik van gezinsbegeleiding, Guyot biedt begeleiding aan jongeren die zelfstandig willen gaan wonen. Ook biedt Guyot ambulante woonbegeleiding aan zelfstandig wonende doven in Drenthe.

Guyot gaat samenwerken met Effatha uit Voorburg. Hierdoor komt in het Noorden meer zorg beschikbaar, ook voor andere doelgroepen, zoals slechthorenden en oudere doven. Guyot wil ook samenwerken met het Academisch Ziekenhuis Groningen rond een nieuwe behandelmethode.

Zorgen baart het grote tekort aan doventolken, waardoor gewoon meedoen van doven in de samenleving wordt belemmerd.

*Mensen met visuele beperkingen*

In Drenthe zijn geen voorzieningen voor mensen met een visuele beperking. Visio Noord-Nederland biedt zorg aan blinden en slechtzienenden in de drie noordelijke provincies, zoals diagnostiek, advies en (thuis)revalidatie. In 1998 maakten 211 mensen uit Drenthe gebruik van deze zorg.

Op het gebied van zorg biedt Visio jongeren een woontraining en ambulante woonbegeleiding. Daarnaast hebben zij ook een woonvorm in Haren met 24 plaatsen. De laatste jaren is de vraag verschoven van zorg in de instelling naar zorg aan huis.

Sommige mensen uit Zuidwest-Drenthe maken gebruik van Bartiméus in Zwolle.

*Mensen met meervoudige beperkingen*

Mensen met ernstige verstandelijke en motorische beperkingen maken gebruik van de zorg aan verstandelijk gehandicapten in Drenthe.

Doven met verstandelijke beperkingen maken gebruik van Guyot en als ze volwassen zijn van de zorg aan verstandelijk gehandicapten of de Nederlandse Stichting Voorzieningen Auditief Gehandicapten. Deze laatstgenoemde stichting biedt woonzorg aan doven met motorische beperkingen in Groningen en ambulante begeleiding in Drenthe. De Noorderbrug biedt dagbesteding voor deze groep.

In Drenthe zijn wel woon- en dagbestedingsvoorzieningen voor mensen met visueel-verstandelijke beperkingen. Deze worden geboden door Visio/Huis te Echten in Echten (aan 25 Drenten) en De Brink in Vries. Drentse kinderen met visueel-verstandelijke beperkingen maken gebruik van De Brink in Vries of Visio/De Heukelom. Deze laatste biedt zowel onderwijs als zorg aan mensen tot 25 jaar, waarvan 13 kinderen uit Drenthe.

Doofblinde kinderen kunnen sinds het najaar van 2000 gebruikmaken van onderwijs en zorg van Guyot en Visio in Haren.

*Tijdelijke opvang*

Tijdelijke opvang is bedoeld voor het ontlasten van mantelzorgers en ouders en bestaat in vele varianten. Van één dag tot twee weken: thuis, in een woonvorm of in een gastgezin. Het is een relatief nieuw zorgproduct.

In 2000 maakten ruim 30 mensen gebruik van tijdelijke opvang van de Noorderbrug, 24 volwassenen verbleven op locaties in Drenthe, zeven kinderen en jongeren verbleven in Groningen. Vier jeugdigen logeren bij Guyot en acht jeugdigen bij Visio/de Heukelom. Vrijwillige Thuiszorg biedt tijdelijke opvang thuis. Kinderen en jongeren kunnen voornamelijk in Groningen en Haren logeren. Een probleem is dat er geen vervoer is van het logeershuis naar school, omdat het logeershuis vaak in een andere plaats ligt dan de woonplaats.

De vraag naar tijdelijke opvang is sterk gegroeid en zal naar verwachting nog verder groeien in de komende jaren.

**Verpleeghuiszorg**

Alleen verpleeghuis De Horst in Emmen richt zich specifiek op jongere mensen. Van de 26 Drentse verpleeghuisjongeren onder de 50 jaar verblijven er 20 in Emmen. In de nabije toekomst zal de Horst samen met de Noorderbrug appartementen bouwen in Emmen waar 12 jongeren zelfstandig kunnen wonen. Zij kunnen gebruikmaken van de 24-uursverpleeg- zorg op afroep. Voor een deel van de Drentse jongeren is dat te ver weg van familie. Zij blijven daardoor aangewezen op de algemene verpleeghuizen. Aandacht voor hun zorgvragen en -wensen is van belang.

Daarnaast bieden de vier somatische verpleeghuizen reactivering aan mensen die na bijvoorbeeld een hersenbloeding tijdelijk in het ziekenhuis verbleven, maar daar uitgerevalideerd zijn.

**Revalidatie**

Revalidatiegeneeskunde biedt multidisciplinaire zorg aan mensen met een beperking. Deze is gericht op herstel, op opheffen van de (gevolgen van) beperkingen en op het leren leven met een blijvende beperking. Revalidatie kan klinisch gebeuren. Dat houdt in dat de zorgvrager opgenomen wordt in een revalidatiecentrum. Deze bevinden zich onder meer in Haren, Beetsterzwaag en Zwolle. Klinische revalidatie wordt vooral gebruikt door mensen met ernstige beperkingen, zoals verkeersslachtoffers.

Naast klinische revalidatie is er ook poliklinische revalidatiebehandeling. Deze vorm van revalidatiebehandeling wordt in Drenthe geboden in de vier ziekenhuizen van Emmen, Assen, Hoogeveen en Meppel. De revalidatieartsen uit deze ziekenhuizen bieden ook consultatie aan het plaatselijke, somatische verpleeghuis waar reactivering plaatsvindt.

De vraag naar klinische revalidatie neemt af ten gunste van poliklinische revalidatie. Mensen willen zoveel mogelijk dicht bij huis revalideren.

De laatste jaren is de vraag verschoven van de revalidatiecentra naar de ziekenhuizen. De capaciteit die daarbij hoort is niet meegegroeid, waardoor wachttijden ontstaan van soms 2 tot 6 maanden.

Mogelijkheden voor thuisrevalidatie zijn er nog niet. Voor mensen die bijvoorbeeld ontslagen worden uit het ziekenhuis is een vloeiende overgang naar thuis belangrijk.

Een andere verandering in de revalidatievraag is de groei van mensen met chronische pijnklachten. De behandelcapaciteit voor deze groep is onvoldoende en leidt tot wachttijden.

*Kinderrevalidatie*

Kinderen van 0 tot en met 19 jaar vormen een relatief kleine groep in de revalidatie. Naar verhouding maken veel 0- tot 3-jarigen gebruik van poliklinische kinderrevalidatie. Ongeveer de helft van hen krijgt dagrevalidatie in een therapeutische peutergroep. In Drenthe bestaan deze peutergroepen niet. Zij moeten daarvoor naar Haren of Zwolle.

Het ziekenhuis in Emmen is gestart met kinderrevalidatie, in combinatie met de start van een mytylschoolklas. De overige ziekenhuizen bieden ook wel revalidatie aan kinderen, maar bij meer complexere vragen wordt doorverwezen naar revalidatiecentra in de omgeving.

Klinische kinderrevalidatie wordt geboden door Revalidatie Fryslân in Beetsterzwaag. Zij constateren dat de vraag naar klinische kinderrevalidatie de laatste jaren sterk is afgenomen. Vooral kinderen met een chronisch pijnsyndroom maken hiervan gebruik. De verblijfsduur is wel langer geworden. Ongeveer 10% tot 15% van deze kinderen komt uit Drenthe.

**Wachten op zorg**

In de zomer van 2000 zijn, zoals genoemd, de wachtlijsten opgeschoond en de zorgvragen opnieuw in kaart gebracht. Daaruit blijkt dat per 1 oktober 2000 35 mensen met een motorische beperking in Drenthe ingeschreven staan voor een 24-uurswoonvoorziening en 23 mensen zelfstandig willen wonen met begeleiding. Daarnaast willen 32 mensen met een motorische beperking een vorm van dagbesteding en staan 10 mensen ingeschreven voor begeleiding. In het voorjaar van 2000 stonden 19 mensen ingeschreven voor een persoonsgebonden budget. Sinds 1 maart 2000 lopen de aanvragen via het Regionaal Indicatieorgaan. Sindsdien worden wachttijden niet veroorzaakt door het tekort aan budget, maar door de wachttijd voor de indicatiestelling.

Gegevens over 1998 schetsen een globaal beeld van de wachtsituatie van de andere doelgroepen. Zo staan 3 mensen jonger dan 50 jaar op de wachtlijst voor een verpleeghuis, 13 mensen voor een Focuswoning en 7 mensen voor een dagbestedingsplaats in Huis te Echten. Daarnaast wachten ruim 1.000 mensen op thuiszorg. Mensen die gespecialiseerde verzorging en verpleegkundige zorg nodig hebben, worden niet op de wachtlijst gezet. Zij krijgen zo snel mogelijk hulp. Guyot en Visio Noord-Nederland hebben geen wachtenden voor hun woonzorg.

Er zijn mensen die langer dan een jaar wachten op dagbesteding of op een plaats in een woonvorm voor mensen met motorische beperkingen

---

De wachttijden voor revalidatie in Drenthe komen zowel voor bij de revalidatiearts als bij de revalidatiebehandeling. Gemiddeld bedraagt de wachttijd in het eerste geval 2 maanden, maar het wachten op de start van de behandeling kan 2 tot 6 maanden duren. Mensen met urgente klachten en mensen die in het ziekenhuis liggen, hoeven minder lang of niet te wachten. Kinderen hoeven niet of nauwelijks te wachten bij de revalidatiecentra buiten Drenthe. Wel moet gewacht worden op een plaats in de therapeutische peutergroep. In de Drentse ziekenhuizen zijn wel wachttijden voor behandeling. Deze variëren van 1,5 tot 3 maanden.

#### 4.3. Wonen

Wonen is belangrijk voor de kwaliteit van het leven. Mensen willen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen, gewoon kiezen waar ze willen wonen, met wie en op welke wijze. Mensen met een intensieve zorgvraag hebben minder keuzevrijheid. Voor hen betekent de zorglocatie ook de plaats van wonen. Deze groep vormt 4% van de doelgroep onder de 70 jaar. Voor deze groep is een onderzoek naar woonwensen belangrijk.

De Noorderbrug heeft woonwensen onder haar cliënten onderzocht. Hieruit blijkt dat zij de voorkeur geven aan een volwaardige woning. Voor wie niet zelfstandig kan wonen, is het belangrijk zelf invulling te kunnen geven aan het eigen bestaan. Voor het maken van toekomstplannen is het belangrijk te weten welke woonwensen jeugdigen hebben. Dit geldt ook voor jonge bewoners van verpleeghuizen en thuiswonenden met een zeer intensieve zorgvraag.

De overige 96% van de mensen met een lichamelijke beperking woont zelfstandig, al dan niet met zorg en hulp. Zij hebben baat bij beleid dat gericht is op zelfstandig wonen en functioneren in de samenleving. Daarvoor zijn de volgende voorwaarden van belang.

##### *Aanpasbaar bouwen*

De huidige maten bij het bouwen en inrichten van woningen en gebouwen, zoals de breedte van deuren, en de hoogte van sanitair, zijn niet geschikt voor mensen met een beperking. Hierdoor zijn ingrijpende aanpassingen nodig om een woning geschikt te maken. Aangezien dit vaak kostbaar is, is het principe van aanpasbaar bouwen ontwikkeld. Aanpasbaar bouwen betekent voorbereidingen treffen om de woning tot op zekere hoogte toegankelijk te maken voor mensen met lichamelijke beperkingen. Bijvoorbeeld door deuren standaard breed genoeg te maken. Dit speelt al een rol bij het maken van nieuwbouwplannen. In een aanpasbaar gebouwde woning kunnen relatief snel en goedkoop individuele aanpassingen worden aangebracht. Sinds 1997 moeten gemeenten in Drenthe nieuwbouwplannen toetsen op de eisen van aanpasbaar bouwen. Maar in veel gevallen gebeurt dat niet. Er is één gemeente die zelf een aanvullend pakket van eisen heeft ontwikkeld in overleg met diverse partijen. Het zal nog lange tijd duren voor in Drenthe de woningvoorraad met geschikte woningen op peil is, zeker als de vraag naar dergelijke woningen verder stijgt.

Naast aanpasbaar bouwen is het wenselijk dat de standaardmaten van bijvoorbeeld keukens en sanitair aangepast worden.

##### *Woningaanpassingen en hulpmiddelen*

Mensen met een lichamelijke beperking gebruiken hulpmiddelen en (woning)aanpassingen om hun zelfredzaamheid te vergroten. Eenderde van de mensen die hiervan gebruikmaakt, vanuit de WVG, geeft aan langer zelfstandig te kunnen wonen en minder afhankelijk te zijn van anderen. Een kwart van de gebruikers geeft aan dankzij de hulpmiddelen volledig onafhankelijk te zijn geworden. In de jaren voor en rond de invoering van de WVG bleek dat nog 60% van de mensen met een beperking woonde in een woning zonder aanpassingen.

In Drenthe wordt het gebruik van de WVG niet eenduidig geïnterpreteerd en geregistreerd door gemeenten. Hierdoor zijn geen betrouwbare cijfers beschikbaar over onder meer het aantal vragers en de looptijd. Wel is duidelijk dat de vraag in Drenthe inmiddels stabiliseert.

De praktijk wijst uit dat de doorlooptijd tussen aanvraag en levering soms meer dan een jaar duurt. De gebrekkige samenwerking tussen de gemeente, de keuringsinstantie, de huiseigenaar en de aannemer werkt belemmerend. Ook worden aangepaste woningen niet effectief geregistreerd. Hierdoor kan het gebeuren dat een aangepaste woning weer verhuurd wordt aan



iemand die de aanpassingen niet gebruikt, terwijl er mensen zijn die zo'n woning zoeken. Sommige gemeenten kennen in het kader van de WVG een "verhuisplicht". Het is daarbij van belang dat een keuzemogelijkheid geboden wordt.

Voor zelfstandig wonenden is het belangrijk dat nieuwe technologische mogelijkheden benut worden. Deze dragen bij aan volwaardig wonen. Zo kan bijvoorbeeld met een afstandsbediening de gordijnen en het licht worden bediend.

#### *Wonen in combinatie met zorg en welzijn*

Mensen met een intensieve verpleegzorgvraag die zelfstandig willen blijven wonen, hebben baat bij samenhang tussen wonen, zorg en welzijn. In Drenthe nemen deze combinaties toe, zoals woonbegeleiding, hulp op afroep en woonsteunpunten van de Noorderbrug en de partnerwoningen in het verpleeghuis in Emmen. Daarnaast valt te denken aan woonzorgprojecten die bijvoorbeeld woningen clusteren. Mensen kunnen zo een beroep doen op verpleegzorg op afroep en op aanvullende diensten, zoals de warme maaltijd of een boodschappendienst. De provincie Drenthe wil dit stimuleren via zogenaamde Multifunctionele zorg- en dienstencentra.

In de praktijk blijkt dat bij het clusteren van woningen de financiering van aanpassingen alleen aan individuen verstrekt wordt. Collectieve ruimten vallen dan buiten de financieringsmogelijkheden van bijvoorbeeld de WVG. Dit belemmert bijvoorbeeld ouderinitiatieven om met persoonsgebonden budgetten een eigen woonvorm te realiseren voor hun veelal meervoudig gehandicapte kind.

De afzonderlijke financiële stromen in de zorg staan creatieve oplossingen in de weg voor complexe zorgvragen van mensen die zelfstandig wonen. Zeker voor mensen die vanuit een zorgvoorziening de stap willen maken naar zelfstandig wonen zijn deze gescheiden geldstromen soms onoverbrugbaar.

De Woonzorgstimuleringsregeling is een gezamenlijk initiatief van het Ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. De regeling is bedoeld om mensen zo gewoon en zelfstandig mogelijk te laten wonen. Daarvoor wordt subsidie verstrekt aan de meest vernieuwende plannen die zorg, wonen en allerlei vormen van dienstverlening in combinatie aanbieden.

#### 4.4. Onderwijs

*Onderwijs vergroot de mogelijkheden van jeugdigen, zoals de kans op werk en daarmee op het verwerven van eigen inkomen. Regulier onderwijs bevordert integratie en participatie van jeugdigen met een lichamelijke beperking. Het uitgangspunt "regulier waar kan en speciaal waar nodig" geldt ook voor het onderwijs.*

*Kinderopvang en peuterspeelzalen*

Het is niet bekend hoeveel kinderen met een lichamelijke beperking in Drenthe gebruikmaken van reguliere speelzalen of kinderopvang. Wel is bekend dat juist jonge kinderen makkelijker integreren, omdat zij bij het spelen relatief weinig hinder ondervinden van beperkingen. Bij kinderen vanaf 10-12 jaar is integreren al moeilijker.

Ambulante begeleiding in speelzalen en kinderopvang is niet voor alle doelgroepen beschikbaar. Gespecialiseerde kinderopvang is er alleen voor doven, doofblinden en meervoudig gehandicapte kinderen (Haren). Kinderen kunnen zo nodig gebruikmaken van het medisch kinderdagverblijf in Emmen en Hoogeveen.

*Basis- en voortgezet onderwijs*

Kinderen met een lichamelijke beperking die regulier onderwijs volgen, kunnen ambulante begeleiding krijgen vanuit het speciaal onderwijs. Ruim 130 leerlingen maken daarvan gebruik. Ruim 225 Drentse jeugdigen maken gebruik van speciaal onderwijs. Daarvoor moeten ze elke dag naar locaties buiten de provincie reizen. Het spreiden van speciaal onderwijs is namelijk een probleem. Het gaat om kleine aantallen en het behouden en versterken van expertise is noodzakelijk.

In de volgende tabel staan de aantallen leerlingen die speciaal onderwijs volgen of regulier onderwijs met ambulante begeleiding. Een enkele school leverde gegevens over 1998 in plaats van 2000.

Tabel 2. Aantal Drentse leerlingen in het speciaal basis- en voortgezet onderwijs en aantal Drentse leerlingen met ambulante begeleiding in het regulier onderwijs, oktober 2000

School	Doelgroep	Locatie	Drentse schoolleerlingen	Begeleidingsleerlingen in Drenthe
Mytyschool Prins Johan Friso	Motorisch/meervoudig	Haren	43	59
Mytyschool Lyndensteyn	Motorisch/meervoudig	Emmen	12	n.v.t.
Mytyschool Lyndensteyn	Motorisch/meervoudig	Beetsterzwaag	9	9
Mytyschool De Driemaster 1998	Motorisch/meervoudig	Zwolle	21	7
Guyot	Doof/meervoudig	Haren	30 (zonder VSO)	1
Visio Onderwijsinstelling Noord	Slechtziend/blind/meervoudig	Haren	18	33
Bartiméus	Slechtziend/blind/meervoudig	Zwolle	Geen school	4 (waarvan 1 leerling in ander speciaal onderwijs)
Tine Marcus 1998	Ernstige spraak-/taalstoornis, 3-12 jaar	Groningen	44	
Dr. De Graaffschool	Ernstige spraak-/taalstoornis, 13-20 jaar	Groningen	15	5
De Enkschool 1998	Ernstige spraak-/taalstoornis, 3-12 jaar	Zwolle	14	14
Groninger Buitenschool	Chronische ziekte, gezondheidsproblemen, 4-13 jaar	Glimmen	21	Geen begeleiding
Totaalaantal Drentse leerlingen			>227 leerlingen waarvan 12 in Drenthe	>133 leerlingen waarvan 1 in speciaal voortgezet onderwijs

Alleen kinderen met primair motorische beperkingen kunnen terecht op het ziekenhuisterrein in Emmen (vestiging van de Harense mytyschool). Voortgezet speciaal onderwijs wordt daar niet geboden. Kinderen met verstandelijk-motorische beperkingen maken gebruik van het onderwijs aan zeer moeilijk lerenden, (de ZML-school). In Drenthe zijn drie van deze scholen. Deze scholen zijn niet allemaal toegankelijk voor rolstoelen. Dit leidt ertoe dat enkele kinderen de

ZML-school in Drachten bezoeken. Deze school is toegerust voor kinderen met meervoudige beperkingen.

In het onderwijs aan doven staat het leren van gebarentaal centraal. Aangezien dat de ontwikkeling van kinderen bevordert, is dit onderwijs juist niet gericht op integreren in het regulier onderwijs.

Voor blinde en slechtzijnde kinderen geldt dat de meesten regulier onderwijs volgen. Kinderen die toch speciaal onderwijs nodig hebben, stappen na een paar jaar alsnog over naar een gewone school met ambulante begeleiding. Normaal begaafde jongeren die voortgezet speciaal onderwijs nodig hebben, moeten naar Huizen verhuizen, maar dit gebeurt zelden.

Alle scholen voor speciaal onderwijs geven aan dat de vraag verandert. Steeds meer kinderen hebben te maken met complexe beperkingen, soms in combinatie met gedragsproblemen. Bovendien worden steeds vaker kinderen met een laag ontwikkelingsniveau aangemeld voor onderwijs in plaats van een kinderdagcentrum. Langzaam verschuift het onderwijs naar praktijkonderwijs.

Chronisch zieke kinderen en kinderen met lichamelijke beperkingen krijgen vaker te maken met ziekenhuisopnames. Voortzetting van onderwijs in het ziekenhuis of thuis is erg belangrijk. Dit verzorgt de eigen school van het kind. Alleen het Academisch Ziekenhuis heeft nog een ziekenhuisschool. Ook is het belangrijk dat klasgenoten goede uitleg krijgen over de ziekte of stoornis. Kinderen die langdurig speciaal basisonderwijs nodig hebben vanwege hun chronische ziekte, kunnen naar de Buitenschool in Glimmen.

*"Het was goed dat we hoorden waarom Sandra zo lang in het ziekenhuis heeft gelegen. Haar moeder kwam dat in de klas uitleggen.*

*Nu snap ik het ook beter als ze te moe is om aan een spelletje mee te doen of als ze een rot bui heeft. Morgen komt ze weer op school, gelukkig."*

In het speciaal onderwijs is de participatie van ouders van kinderen met lichamelijke beperkingen van groot belang, zeker als de reisafstanden groot zijn en ouders niet zomaar even de school kunnen binnenlopen.

#### *Beroepsonderwijs*

De regionale opleidingscentra en de agrarische opleidingscentra verzorgen het middelbaar beroepsonderwijs en volwasseneneducatie. In Drenthe zijn dat het Drenthe College, het Alfa College, Noorderpoortcollege en het Terra College. Sinds 1996 hebben deze scholen de opdracht ook leerlingen met beperkingen op te leiden. Ambulante begeleiding vanuit het speciaal onderwijs helpt deze jongeren op weg. Leerlingen met een beperking hebben vooral te kampen met dyslexie, cara, doofheid of rolstoelgebruik.

In het beroepsonderwijs is een tekort aan doventolken. Schoolgebouwen en stageplekken zijn ontoegankelijk. De inspectie is niet erg soepel met de gestelde eisen aan een diploma. Buiten Drenthe bieden een aantal gespecialiseerde scholen beroepsonderwijs aan jongeren met een motorische beperking. De dichtstbijzijnde school ligt in Noord-Holland of Gelderland.

*Hoger beroepsonderwijs en wetenschappelijk onderwijs*

Slechts 39% van de jongeren met een matige of ernstige lichamelijke beperking neemt deel aan hoger beroeps- of wetenschappelijk onderwijs. Voor jongeren zonder beperking is dat 61%.

*Onderwijsbeleid*

Binnenkort verandert de wetgeving voor het speciaal onderwijs. Ouders krijgen met de leerlinggebonden financiering meer vrijheid om te kiezen voor regulier of speciaal onderwijs. Ze kunnen een budget aanvragen voor het regulier onderwijs waarvoor extra onderwijsondersteuning ingekocht kan worden bij het speciaal onderwijs.

Op grond van de Wet op de expertisecentra gaan scholen voor speciaal onderwijs een regionaal samenwerkingsverband vormen om onderwijs te bieden aan een bredere doelgroep, bijvoorbeeld aan leerlingen met complexe vragen. Zo gaan in Groningen en Drenthe scholen voor kinderen met motorische beperkingen, met verstandelijke beperkingen of een combinatie van beide samen een regionaal expertisecentrum vormen.

Het ministerie verwacht dat door dit onderwijsbeleid een kwart van de huidige leerlingen in het speciaal onderwijs naar de gewone basisschool zal verschuiven. In het Noorden zijn door de mogelijkheden van ambulante begeleiding al veel kinderen naar de gewone school verhuisd.

*Toegankelijkheid*

Alle scholen moeten bereid zijn toegankelijk te worden voor bijvoorbeeld kinderen die in een rolstoel zitten, blind zijn of astma hebben. Alleen de allernieuwste scholen voldoen hieraan. Bovendien bestaat er geen informatie over de toegankelijkheid van scholen, waardoor het voor ouders lastig kiezen is.

## 4.5. Arbeid en dagbesteding

*Het verrichten van arbeid betekent voor mensen met een beperking dat ze kunnen functioneren in de samenleving. Voor hen is ook het verwerven van een eigen inkomen van belang. Dagbesteding is belangrijk voor mensen die geen arbeid verrichten.*

*Arbeidsdeelname*

Vooral mensen met een lichamelijke beperking, maar ook chronisch zieken werken veel minder vaak dan anderen. Van chronisch zieken blijken vooral mensen met hart- en vaatziekten of een beroerte minder te werken. Onder jongeren is het verschil minder groot dan bij ouderen, die vaker niet (meer) werken. Ook vrouwen met een beperking of ziekte werken minder vaak dan mannen met een beperking of ziekte. Dit komt vooral door de hogere leeftijd en een lager opleidingsniveau.

Meer hoger opgeleiden hebben een baan, omdat dit werk vaak fysiek minder zwaar is en er meer vrijheid bestaat om de werktijden zelf in te delen.

*Terugkeer naar werk*

Wanneer zieke of arbeidsongeschikte werknemers weer aan het werk willen, blijkt de kans daarop voor mannen groter te zijn dan voor vrouwen. Dat heeft ook met de opstelling van bedrijfsartsen te maken. Bij het terugkeren naar de arbeidsmarkt is het belangrijk in het eerste ziektejaar al te beginnen met bemiddeling of werkherleving. De kans op het vinden van geschikt werk is dan groter.

*Regelgeving en instanties*

Tot voor kort waren in Nederland 9 wetten, 40 reïntegratie-instrumenten, 100 arbeidsprojecten en 14 soorten instanties betrokken bij arbeidsreïntegratie. De Wet reïntegratie arbeidsgehandicapten (REA) moet de versnipperde regelgeving stroomlijnen. De bedoeling is om het aantal geslaagde reïntegraties te verhogen van 10.000 naar 15.000 per jaar. Uit evaluaties blijkt dat er wel verbeteringen zijn, maar dat nog geen vlotte dienstverlening is ontstaan.

Ook zou de nieuwe regelgeving de werkgever meer moeten aanzetten om mensen met een beperking aan te nemen. Maar in de praktijk zijn werkgevers vaak terughoudend, bijvoorbeeld

uit angst voor hoge ziektekosten of aanpassingskosten of uit onwetendheid over capaciteiten van mensen. Die beeldvorming verander je niet met regelgeving.

Het nadeel van de REA is dat de bemiddelaars en werkgevers de middelen in handen krijgen en niet de arbeidszoekende zelf. Deze heeft formeel nauwelijks een stem in de aanvraag en het traject.

Meerdere instanties zijn betrokken bij arbeidsbemiddeling voor mensen met een lichamelijke beperking of chronische ziekte. Hierdoor is meer keuzevrijheid voor werkgevers ontstaan, maar ook meer kans op versnippering en verwarring. Werkgevers en arbeidszoekenden vinden dit een knelpunt.

#### *Onderzoek naar arbeidsmogelijkheden*

Voor mensen met een beperking is het belangrijk te weten welke beroepen haalbaar zijn en welke niet. Revalidatie Fryslân en Beatrixoord hebben gezamenlijk een Centrum voor Arbeidsonderzoek. De kosten voor onderzoek worden niet vergoed en dat verhoogt de drempel.

#### *Jongeren*

Jongeren met een beperking hebben niet of nauwelijks werkervaring. Een bijbaantje bijvoorbeeld is moeilijk, omdat het vaak fysiek werk is. Een reëel beeld van de eigen beroepsmogelijkheden voorkomt teleurstellingen. Daarom is het begeleiden van jongeren naar werk belangrijk. In Drenthe betreft de arbeidsintegratie vaak verschillende instanties bij deze begeleiding, zoals de school voor voortgezet speciaal onderwijs, Sociaal Pedagogische Diensten, Start Kans en de zorginstellingen. De jongeren kunnen een traject volgen, waarin ook nazorg wordt geboden. Het is de vraag of deze expertise en werkwijze in de toekomst behouden blijft als meerdere aanbieders meedoen op de bemiddelingsmarkt. Voor blinde en dove jongeren zijn andere bemiddelaars actief, zoals Stichting Integraal. Bovendien heeft Visio een voorziening, waar jongeren met meervoudige beperkingen voorbereid worden op arbeid of dagbesteding.

Jongeren die al van jongs af aan beperkingen hebben en niet kunnen werken, hebben recht op een uitkering van de Wet arbeidsongeschiktheid jonggehandicapten.

#### *Sociale werkvoorziening*

De sociale werkvoorziening is bedoeld voor mensen die niet op de reguliere arbeidsmarkt aan de slag kunnen, maar wel minimaal 10% van de normale prestatie kunnen leveren zonder al te veel aanpassingen of begeleiding. Omdat productieafspraken gehaald moeten worden, komt het voor dat goede werknemers niet doorstromen. Voor jongeren, maar ook voor volwassenen die wat meer begeleiding of verzorging nodig hebben, is het daarom moeilijk om aan de slag te komen in een werkvoorziening.

De doorstroming is al jaren erg klein, een half procent van de werknemers. Bijna de helft van de werknemers heeft een lichamelijke beperking en het merendeel van de werknemers is man. In Drenthe bestaan zes locaties van werkvoorzieningen.

#### *Onbetaald werk*

Voor mensen die niet kunnen werken op de arbeidsmarkt of in de werkvoorziening is er dagbesteding in activiteitencentra. Deze dagbesteding kan gericht zijn op begeleid werken, vaak onbetaald, bij een externe organisatie. Soms groeit het uit tot een betaalde baan. Onbetaald werken is voor mensen met ernstige beperkingen een belangrijk alternatief voor betaald werk. Een aantal is bijvoorbeeld actief in patiëntenorganisaties. Er zijn weinig voorzieningen die het vrijwilligerswerk ondersteunen, zoals aangepaste computers of meubilair en extra vervoersvoorzieningen. Er kan soms gebruikgemaakt worden van eenmalige vergoedingen, zoals via de Afdeling Sociale Zaken van gemeenten, maar deze voorzieningen zijn niet algemeen bekend.

#### 4.6. Vrijtijdsbesteding

Vrijtijdsbesteding kan bestaan uit de meest uiteenlopende activiteiten. Bij het kiezen van vrijtijdsbesteding spelen leeftijd, opleiding, geslacht, maar ook beperkingen een rol. Mensen met een matige of ernstige beperking gaan minder op vakantie en minder naar theater, musea of een café.

Bij activiteiten die men thuis kan doen zijn de verschillen klein tussen mensen met en zonder beperkingen. Dit geldt ook voor maatschappelijke activiteiten, zoals deelnemen aan een patiëntenorganisatie.

Mensen met een beperking hebben vooral goede randvoorwaarden nodig om mee te kunnen doen, zoals:

- goed vervoer
- toegankelijkheid van reguliere activiteiten
- vrijtijdsbesteding dicht bij huis
- adequate informatie, bijvoorbeeld over mogelijke activiteiten
- aangepaste materialen voor bijvoorbeeld muziekinstrumenten of schilderbenodigdheden
- compensatie van de meerkosten, zoals bij sporten en vakanties

Kinderen en jongeren met een beperking doen minder mee aan vrijetijdsactiviteiten dan leeftijdgenoten zonder beperking. Een mogelijke verklaring is dat ouders al overbelast zijn met de zorg en geen ruimte hebben om hun kind te halen en te brengen. Zeker wanneer kinderen willen meedoen in een clubje voor kinderen met beperkingen zijn de reisafstanden vaak groter. De laatste jaren is meer aandacht gekomen voor het laten meedoen van kinderen in reguliere clubs, zoals in het buurthuis, bij jeugd- of in sportverenigingen. Toch is het gebrek aan adequate beeldvorming, begeleiding en ondersteuning door vrijwilligers een belemmering om mee te doen. Er is ook geen goed zicht op de deelname aan deze activiteiten. Wel is bekend dat jeugdigen met een beperking internet gebruiken voor onder andere sociale contacten. Hier spelen lichamelijke beperkingen veel minder een rol dan op straat.

#### *Sport*

Het belang van sport wordt algemeen onderkend. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stimuleert breedtesport, zodat meer mensen gaan sporten en zo meedoen in de samenleving. Hiervoor is een toegankelijk en laagdrempelig sportaanbod nodig. Het ministerie ziet hierin een taak voor gemeenten. Zij zitten het dichtst bij de sportclubs en de sporters. Zeker in de kleine dorpen in Drenthe kan sport een bindmiddel vormen voor sociale contacten.

Mensen met een beperking doen veel minder aan sport dan mensen zonder beperking. Van de mensen zonder beperking sport 36% tegen 6% van de mensen met een beperking. In Drenthe sport 8%, dat wil zeggen ruim 2.300 mensen met een beperking in clubs verspreid over Drenthe. Jeugdigen sporten erg weinig.

Sport Drenthe werkt samen met de Nederlandse Bond voor Aangepast Sporten (NEBAS) in een centraal loket. Het doel is sportdeelname te vergroten van mensen met een beperking en om hen persoonlijk te ondersteunen bij het zoeken naar een geschikte sport(vereniging). De samenwerking met revalidatiecentra is belangrijk om mensen tijdens het revalideren al te laten wennen aan het sporten. Daarna maken zij makkelijker de overstap naar een sportvereniging. De meesten die de overstap maken sporten in een team met andere mensen met een beperking en enkelen doen zelfs aan wedstrijdsport.

In de praktijk blijkt dat de doorverwijzing vanuit de (para)medische zorg naar sport niet optimaal is. De revalidatieafdelingen van de ziekenhuizen zijn hierbij beperkt betrokken. Sport Drenthe en de NEBAS willen dat wel intensiveren.

In de praktijk is het lastig om groepen te vormen die op gelijk niveau kunnen sporten. Voor kinderen en jongeren speelt dit nog sterker. Als een team te klein is, moet soms gestopt

worden, kleine teams zijn ook duur voor verenigingen. De doelgroep is lastig te benaderen en heeft soms zelf het idee dat zij niet kunnen sporten of dat het gevaarlijk is.

Bijna alle verenigingen kennen een tekort aan vrijwilligers, vooral vrijwilligers die specifieke teams willen begeleiden. Het ondersteunen van vrijwilligers is daarom van belang.

Tot slot zijn er sporters die vervoersproblemen hebben.

#### 4.7. Mobiliteit

*Mobiliteit is meer dan vervoer alleen. Het gaat erom dat mensen zich vrij kunnen verplaatsen. Dat vraagt om voorzieningen als vrije doorgangsroutes, geleidelijnen, geschikt straatmeubilair en voldoende parkeerplaatsen voor mensen met een mobiliteitsprobleem. Ook in Drenthe is de toegankelijkheid nog onvoldoende om volwaardig deel te kunnen nemen aan het dagelijks leven.*

##### *Openbaar vervoer*

In Drenthe zijn ongeveer 12.000 mensen aangewezen op een vorm van aangepast vervoer. De meeste stads- en lijnbussen zijn niet toegankelijk voor rolstoelgebruikers. Verbetering van deze situatie is nog niet in zicht. Treinen zijn wel toegankelijk op het traject Emmen-Zwolle, op de overige lijnen moet de rolstoelreiziger zich ruim van tevoren aanmelden. De assistentie op stations is onvoldoende en de communicatie op het station zijn niet geschikt voor doven en blinden, zoals de omroepberichten bij een gewijzigd vertrekperron.

##### *Wet voorzieningen gehandicapten*

Op basis van de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) worden onder meer rolstoelen en uiteenlopende vervoersvoorzieningen verstrekt voor het opheffen of verminderen van beperkingen bij het verplaatsen binnens- en buitenshuis. Het doel hiervan is deelname aan het maatschappelijk verkeer. Reizen met een groep of het gezin is hooguit in het collectief vervoer mogelijk. Voor kinderen die onderweg verzorging nodig hebben of om andere redenen niet met het collectief vervoer kunnen reizen is een auto in bruikleen een oplossing. Echter, gemeenten verstrekken zo'n voorziening nog zeer zelden. Bovendien zijn de verschillen tussen verstrekkingen van de Drentse gemeenten onderling erg groot.

Dankzij de grotere bekendheid van de WVG worden meer vervoersvoorzieningen toegekend. De meest verstrekte voorzieningen aan ouderen zijn de financiële vergoedingen en het collectief vervoer. Aan jongeren wordt iets vaker een kilometervergoeding of een aangepast vervoermiddel verstrekt.

##### *Bovenregionaal vervoer*

TRAXX verzorgt het vervoer buiten de eigen regio via de bestaande openbaarvervoerslijnen, maar het lijnennet in Drenthe is beperkt. Het is noodzakelijk vooraf te reserveren. De dienstverlening wordt niet als optimaal ervaren.

*Leerlingenvervoer*

Alle kinderen en jongeren in het speciaal onderwijs hebben recht op leerlingenvervoer. De gemeente is daarvoor verantwoordelijk. Drentse kinderen hebben te maken met lange reistijden naar scholen buiten de provincie. De kwaliteit, zoals veiligheid en bejegening door de chauffeur blijft wisselend, ondanks meer aandacht voor de veiligheid van dit vervoer. Ook biedt het leerlingenvervoer geen mogelijkheden voor het vervoer naar het regulier onderwijs en naar naschoolse opvang die om 19.00 uur eindigt.





---

## 5. AANBEVELINGEN; DE BRUG TUSSEN HUIDIGE EN GEWENSTE SITUATIE

*In dit hoofdstuk worden de verschillen tussen de vraag en het bestaande aanbod benoemd als concrete knelpunten. Vanuit de visie op volwaardig burgerschap (hoofdstuk 2) krijgen deze knelpunten een vertaling in aanbevelingen. Gerangschikt naar levensfase vormen deze de brug tussen de huidige en de gewenste situatie. Bij het opstellen van het convenant worden de aanbevelingen uitgewerkt in concrete actiepunten en op volgorde van belangrijkheid gezet.*

Tot slot nog een toelichting

Ten eerste worden in de aanbeveling soms de zorgaanbieders genoemd als partij. Hiermee wordt ook de Sociaal Pedagogische Dienst (SPD) Drenthe bedoeld, ook al is dit op zich geen zorgaanbieder. De SPD biedt aan mensen met een lichamelijke beperking alleen de diensten van de consulent lichamelijk gehandicapten.

Ten tweede: de aanbevelingen die onderling een nauwe relatie vertonen staan in één kader bij elkaar.

### 5.1. Algemene aanbevelingen

#### *Toegankelijkheid*

Mensen met een lichamelijke beperking willen zelf bepalen waar zij kunnen gaan en staan. Maar veel gebouwen, woningen en het openbaar vervoer zijn onvoldoende toegankelijk. Dit geldt ook voor scholen. Het belemmert kinderen om regulier onderwijs te volgen. In de toekomst zal dit een steeds groter probleem worden.

#### **Aanbeveling 1**

In samenwerking met de lokale gehandicaptenplatforms en het Regionaal Patiënten-/ Consumentenplatform (RPCP), dragen de gemeenten, bij voorkeur gezamenlijk, zorg voor de totstandkoming van een integraal gehandicaptenbeleid waarin recht wordt gedaan aan de specifieke vraag in elke levensfase.

#### **Aanbeveling 2**

De gemeenten voorzien in informatie over en vergroting van de toegankelijkheid van het openbare leven in Drenthe voor mensen met een beperking.

#### **Aanbeveling 3**

Het RPCP draagt zorg voor een concreet pakket van eisen waaraan kwalitatief goed vervoer behoort te voldoen.

#### **Aanbeveling 4**

Aan de hand van het eisenpakket van het RPCP voorziet de provincie, vanuit haar provinciale vervoerstaak, in afstemming met de gemeenten en de vervoersmaatschappijen in kwalitatief goed vervoer.

#### **Aanbeveling 5**

De provincie en de gemeenten voorzien in een programma van eisen voor de toegankelijkheid van het openbaar vervoer in Drenthe.

**Aanbeveling 6**

De gemeenten dragen, samen met de woningcorporaties, zorg voor het op peil brengen van de woningvoorraad voor mensen met een beperking en verbinden aan de verkoop van bouwgrond de voorwaarde dat de bebouwing zal voldoen aan eisen van bereikbaarheid, toegankelijkheid en bruikbaarheid voor mensen met een beperking.

*"Sinds ik in zo'n elektrische rolstoel zit, kom ik nooit meer in De Baander. Ik mis het wel; een kaartje leggen met de jongens, een borreltje drinken, een beetje ouwehoeren over vroeger. Het was altijd hartstikke gezellig, maar ja, ik kom er niet meer in met dat ding. De jongens willen me wel helpen, daar niet van. Maar dat wil ik zelf niet. Ik wil niemand tot last zijn, hè?"*

*Beeldvorming*

Mensen met een lichamelijke beperking willen op een normale wijze behandeld en benaderd worden. Maar vaak worden ze niet serieus genomen, worden hun mogelijkheden niet goed ingeschat of worden ze onheus bejegend. Kortom: de beeldvorming laat te wensen over. Dit belemmert hen in hun functioneren, bijvoorbeeld doordat zij niet aan het werk komen.

**Aanbeveling 7**

De beeldvorming over mensen met een beperking zal, door het RPCP samen met alle andere partijen, actief en breed in de Drentse samenleving worden verbeterd.

## 5.2. Aanbevelingen per levensfase

*Aanbevelingen voor alle levensfasen*

Mensen met een beperking, maar ook ouders en mantelzorgers hebben behoefte aan voorlichting en informatie over stoornissen, de betekenis daarvan voor het dagelijks leven en het hulpaanbod. Vooral ouders van kinderen met motorische beperkingen ervaren verder dat er weinig informatie en keuze is voor bepaalde behandelmethoden. Ook bestaat er geen overzicht van het aanbod, waardoor zij afhankelijk zijn van verwijzers.

Vervolgens is er behoefte aan ondersteuning bij het maken van keuzes, zoals voor reguliere of gespecialiseerde opvang en onderwijs, vervolgopleiding en beroepskeuze, woon- en zorgvoorzieningen en vrijetijdsbesteding. Dit geldt ook voor persoonsgebonden budgethouders die informatie zoeken over zorgleveranciers en prijzen bij het inkopen van zorg.

Voorlichting en informatie is veelal wel beschikbaar in de gespecialiseerde centra voor mensen met een specifieke beperking. Het nadeel hiervan is dat lang niet iedereen daar terecht komt of dat informatie bij de afzonderlijke instellingen gehaald moet worden. Bovendien kan deze informatie gekleurd zijn.

**Aanbeveling 8**

De zorgaanbieders en het RPCP zorgen er gezamenlijk voor dat mensen met een beperking, afgestemd op hun levensfase, ongehinderd voorlichting en informatie krijgen, waarbij prioriteit wordt gegeven aan ouders van jonge kinderen

In het verlengde hiervan bestaat behoefte aan (vroegtijdige) ondersteuning en begeleiding bij de verzorging, opvoeding en communicatie. Ondersteuning van ouders bij de verzorging en de opvoeding van hun kinderen met een motorische beperking ontbreekt of is alleen via de revalidatiecentra te verkrijgen. Een persoonsgebonden budget om begeleiding in te kopen voor kinderen met een lichamelijke functiebeperking ontbreekt in Drenthe.

**Aanbeveling 9**

De zorgaanbieders zorgen voor meer en flexibele begeleiding en ondersteuning van mensen met een beperking, afgestemd op hun levensfase, waarbij prioriteit wordt gegeven aan begeleiding en (opvoedings)ondersteuning van jonge kinderen en hun ouders.

**Aanbeveling 10**

Het zorgkantoor zorgt, met gebruikmaking van de bevindingen in de provincies Groningen en Noord-Brabant, voor invoering van een persoonsgebonden budget dat aansluit bij de vraag van mensen met een lichamelijke beperking.

Mensen die niet op een vanzelfsprekende wijze anderen ontmoeten, hebben behoefte aan ondersteuning bij het leggen van sociale contacten. Jeugdigen willen graag contact met leeftijdgenoten zonder een beperking. Dit geldt zeker ook voor leerlingen in het (voortgezet) speciaal onderwijs.

Maar contact met lotgenoten blijft ook belangrijk. In de zorgvoorzieningen is daar aandacht voor, maar in de thuissituatie ligt dat moeilijker. Ondersteuning is nodig. Voor mensen met motorische beperkingen ontstaan steeds meer mogelijkheden voor ambulante ondersteuning.

**Aanbeveling 11**

Het RPCP bevordert, in afstemming met de gemeenten, dat desgevraagd en met name aan jongeren ondersteuning wordt geboden bij het leggen en onderhouden van sociale contacten.

Doven hebben vanaf het moment dat ze gebarentaal gebruiken, behoefte aan doventolken. Zeker in het regulier onderwijs, op het werk en bij contact met hulpverleners. Het tekort aan doventolken is erg groot.

**Aanbeveling 12**

Guyot spant zich, in afstemming met de NSVAG, in voor een snelle groei van het aantal doventolken, waarbij de landelijke overheid wordt gevraagd daaraan bij te dragen.

*Fase 0 tot en met 4 jaar*

Ouders willen laagdrempelige toegang tot: screening, diagnostiek, behandeling en begeleiding in een zo vroeg mogelijk stadium. Dit moet ook goed gecoördineerd worden. Helaas zijn te weinig vormen van vroege zorg beschikbaar. Wel wordt gewerkt aan het ontwikkelen van teams in de drie Drentse regio's die deze zorg gaan bieden. Verwacht wordt dat in deze behoefte voorzien wordt. Dit is een punt van aandacht.

Er is behoefte aan kinderrevalidatie, vooral groepsgewijze revalidatiebehandelingen van jonge kinderen met motorische beperkingen. Alleen in de regio Emmen is een Afdeling Kinderrevalidatie aanwezig, maar daar wordt geen groepsgewijze behandeling geboden. Hierdoor zijn kinderen in Drenthe vaak aangewezen op de revalidatiecentra in de omliggende provincies. Dit kost van ouders en kinderen erg veel tijd en energie. Kinderen moeten bovendien lang wachten op een behandeling.

Voor dove kinderen is gezinsbegeleiding aan huis beschikbaar, voor blinde kinderen alleen in Haren.

**Aanbeveling 13**

De Drentse ziekenhuizen en de zorgverzekeraar spannen zich, met gebruikmaking van de expertise van de revalidatiecentra, in voor de realisatie van een zorgaanbod dat voldoet aan de vraag naar kinderrevalidatie in Drenthe.

**Aanbeveling 14**

De gemeenten zorgen, waar nodig samen met zorgaanbieders, voor het vergroten van de mogelijkheden van kinderen met een beperking om te participeren in de reguliere kinderopvang, peuterspeelzalen en buitenschoolse opvang voor kinderen in latere levensfasen.

*Fase 5 tot en met 12 jaar*

Ouders hechten aan samenwerking tussen zorg en onderwijs. De aandacht groeit voor samenwerking tussen enerzijds revalidatie van kinderen met motorische en visuele beperkingen en anderzijds het onderwijs. Maar deze is nog niet optimaal. Hierdoor is continuïteit en eenduidigheid van de behandeling van het kind bij revalidatie en op school niet gegarandeerd.

**Aanbeveling 15**

De revalidatie-instellingen en de scholen voor speciaal onderwijs zorgen voor intensivering van hun onderlinge samenwerking, gericht op ontwikkeling en realisatie van integrale en op het kind toegesneden plannen van aanpak.

*Fase 13 tot en met 19 jaar*

In deze fase ontstaat behoefte aan voorbereiding op de toekomst (wonen, opleiding, werk en zelfstandigheid). Naast het bieden van informatie moet ook aandacht uitgaan naar het leren van praktische vaardigheden, zoals sociale vaardigheden, het omgaan met eigen beperkingen en vergroten van de weerbaarheid. Bijzonder in deze fase is dat jongeren de vraag naar ondersteuning niet hardop stellen.

Ondersteuning is nodig van jongeren met zeer ernstige of progressieve beperkingen en van hun ouders. Zij staan voor de vraag: kan mijn kind zelfstandig leven of blijft het afhankelijk? Deze ondersteuning wordt geboden door scholen voor voortgezet speciaal onderwijs of door behandelteams van gespecialiseerde instellingen. Het probleem hierbij is dat jongeren die regulier onderwijs volgen deze ondersteuning niet "op het lesrooster hebben staan". Voor woontraining zijn de jongeren aangewezen op de gespecialiseerde instellingen buiten Drenthe.

**Aanbeveling 16**

De zorgaanbieders dragen er zorg voor dat - in afstemming met het RPCP en scholen voor voortgezet speciaal onderwijs - aan jongeren, afgestemd op hun levensfase, informatie over toekomstmogelijkheden wordt gegeven, ondersteuning wordt geboden bij vragen van henzelf of hun ouders en hulp wordt geboden bij praktische voorbereidingen op hun toekomst.

Voor dove jongeren is de situatie anders. Zij verblijven in de woonvorm bij school, omdat de reisafstand tussen het ouderlijk huis en de school vaak te groot is. Zij hebben ook weinig aansluiting bij hun horende leeftijdgenoten, die geen gebarentaal kennen. Daarom is het voor dove jongeren belangrijk om met andere dove leeftijdgenoten onderwijs te volgen en met andere doven te wonen. Dit wijkt af van de visie: zo lang mogelijk thuis wonen en zo veel mogelijke integreren.

---

**Aanbeveling 17**

Guyot spant zich, samen met de gemeenten en in afstemming met de NSVAG, in voor een bredere toepassing van de Nederlandse gebarentaal in het dagelijks leven in Drenthe.

*Fase 20 tot en met 64 jaar*

In deze fase is behoefte aan informatie en ondersteuning bij het zoeken naar de meest geschikte zorg en wijze van wonen. Dit geldt zowel voor jongvolwassenen als voor ouderen die meer te maken krijgen met functieverlies. In de gespecialiseerde instellingen is maatschappelijk werk aanwezig om in deze informatie en ondersteuning te voorzien.

Sommigen zijn nog niet in aanraking gekomen met deze instellingen, bijvoorbeeld omdat ze regulier onderwijs volgden of pas op latere leeftijd met beperkingen te maken kregen. De SPD heeft sinds 2000 consultants in dienst om in deze informatie en ondersteuning te voorzien. Dit kan over twee jaar geëvalueerd worden wanneer het actieplan wordt bijgesteld.

Mensen met zeer ernstige motorische beperkingen die niet (meer) kunnen werken, hebben behoefte aan woonvormen, dagbesteding of begeleid werken.

Er is onvoldoende capaciteit in Drenthe om hieraan te kunnen voldoen, waardoor mensen lang moeten wachten op een plaats. Dit geldt nog meer voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel en mensen met een meervoudige beperking. Door de aanpak van wachtlijsten krijgen instellingen wel meer capaciteit toegewezen, maar het is niet duidelijk of dit voldoende soelaas biedt.

In de regio Meppel ontbreekt zorg van gespecialiseerde instellingen voor wonen en dagbesteding.

**Aanbeveling 18**

De zorgaanbieders zorgen, in samenwerking met het zorgkantoor en de gemeenten, voor een aanbod van flexibele vormen van wonen, dagbesteding en begeleid werken dat aansluit bij de vraag.

Er is behoefte aan revalidatie dicht bij huis. Dit geldt niet alleen voor mensen met motorische beperkingen, maar ook voor mensen die te maken krijgen met (acute) doof- of blindheid.

Visio biedt deze ondersteuning aan blinden en slechtzienden. Guyot heeft alle capaciteit nodig om kinderen en jongeren te kunnen begeleiden. Door samenwerking met Effatha ontstaat naar verwachting wel ruimte om mensen met acute doofheid en ouderdomsdoofheid te ondersteunen. Dit kan over twee jaar geëvalueerd worden wanneer het actieplan wordt bijgesteld.

De vier Drentse ziekenhuizen bieden revalidatie aan mensen met motorische beperkingen.

Maar het tekort aan revalidatieartsen en aan capaciteit om mensen met chronische pijnklachten te kunnen behandelen, leidt tot lange wachttijden.

**Aanbeveling 19**

De Drentse ziekenhuizen en de zorgverzekeraar spannen zich gezamenlijk in voor de realisatie van een zorgaanbod dat voldoet aan de vraag naar revalidatie in Drenthe.

*Fase 65 jaar en ouder*

Zorgvragers, partners en mantelzorgers hebben behoefte aan ondersteuning om zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen functioneren. Denk aan het voorbereiden op de pensionering, het in stand houden van het sociale netwerk of het zoeken van een zinvolle daginvulling.

---

Deze ondersteuning wordt soms nog geboden door gespecialiseerde instellingen en is dus niet voor iedereen beschikbaar. De daginvulling blijft een knelpunt voor mensen met zeer ernstige beperkingen. Zij kunnen geen gebruikmaken van reguliere ouderenvoorzieningen, omdat deze niet zijn ingericht op hun specifieke individuele behoeften.

#### **Aanbeveling 20**

De zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg en in de ouderenzorg voorzien, in onderlinge samenwerking en in samenwerking met de gemeenten, in laagdrempelige ondersteuning en zorg die aansluit bij de specifieke behoefte van ouderen en in meer mogelijkheden voor daginvulling voor ouderen met ernstige beperkingen.

#### 5.3. Mensen met niet-aangeboren hersenletsel

Bij vooral ingrijpende veranderingen is er behoefte aan informatie en ondersteuning. Allereerst is goede voorlichting belangrijk over niet-aangeboren hersenletsel en de gevolgen daarvan voor het dagelijks leven van alle betrokkenen. Begeleiding is nodig wanneer de zorgvrager de draad weer moet oppakken. Ouders met niet-aangeboren hersenletsel hebben bij het runnen van het gezin soms permanente ondersteuning nodig.

Ondersteuning aan ouders met letsel is alleen kortdurend mogelijk, zeker waar het gaat om opvoedingsondersteuning in het gezin.

Informatie over niet-aangeboren hersenletsel wordt wel door revalidatiecentra gegeven bij ernstig letsel. Bij kleinere letsels is dat minder, terwijl ook dan sprake kan zijn van veranderingen in het leven.

Het ontbreekt aan informatie en ondersteuning wanneer de zorgvrager ontslagen wordt uit het ziekenhuis.

#### **Aanbeveling 21**

De Drentse ziekenhuizen en de andere betrokken zorgaanbieders bieden informatie en ondersteuning aan mensen met niet-aangeboren hersenletsel en de directbetrokkenen, met name aan ouders met niet-aangeboren hersenletsel met thuiswonende kinderen.

#### 5.4. Jongeren met een zeer intensieve verpleegzorgvraag

Jongeren in verpleeghuizen hebben vooral behoefte aan een omgeving die op hen is ingesteld. Voldoende privacy is belangrijk. In Drenthe is alleen verpleeghuis De Horst in Emmen op deze jongeren ingericht. Jongeren geven aan dat zij bij voorkeur dicht bij huis willen blijven.

#### **Aanbeveling 22**

De verpleeghuizen in Drenthe richten, in afstemming met het zorgkantoor, hun zorg meer in op jongere bewoners.

Thuiswonende jongeren met een intensieve verpleegvraag hebben behoefte aan zorg op afroep en soms aan kortdurende revalidatiebehandeling thuis. Zorg op afroep wordt meestal door de mantelzorger geboden. Icare heeft daarvoor nauwelijks mogelijkheden en heeft ook moeilijk toegang tot deze groep. Hierdoor is het risico van overbelasting van de mantelzorger groot. Kortdurende revalidatiebehandeling wordt niet thuis geboden, omdat reistijd en reiskosten niet vergoed worden.

Stichting Fokus Exploitatie biedt ook zorg op afroep, maar heeft in Drenthe onvoldoende woningen om aan de vraag te voldoen. Bovendien hebben zij een maximumgrens in aantal uren zorg dat geboden wordt. In Drenthe groeit het aantal vormen van woonbegeleiding thuis, eventueel in de combinatie van wonen, zorg, dienstverlening en welzijn. Ook de provinciale stimulering van multifunctionele zorg- en dienstencentra draagt bij aan (intensieve) zorg dicht bij huis. Het is van belang om over twee jaar bij de evaluatie van het actieplan te kijken of dit voldoende is.

#### **Aanbeveling 23**

De zorgaanbieders en de gemeenten dragen er gezamenlijk zorg voor dat een aanbod wordt gerealiseerd van zorg en diensten op afroep aan thuiswonenden met een verpleegvraag.

#### **Aanbeveling 24**

De Drentse ziekenhuizen voorzien, in samenwerking met de zorgverzekeraar, in een aanbod van voldoende mogelijkheden voor kortdurende revalidatiebehandeling in de thuissituatie.

#### 5.5. Mensen met meervoudige beperkingen

Ouders van kinderen met zeer ernstige meervoudige beperkingen hebben behoefte aan gespecialiseerde kinderopvang. Ook is het verder ontwikkelen van expertise over deze kinderen nodig.

Er zijn wel enkele kinderdagcentra of dagopvanggroepen voor jonge kinderen in de gespecialiseerde instellingen. Maar deze liggen veelal niet in Drenthe, waardoor de reisafstanden vaak groot zijn.

Samenwerking van instellingen vanuit verschillende stroomlijnen is er wel voor doofblinden. Voor de overige beperkingen is die samenwerking bescheiden of ontbreekt, waardoor expertise onvoldoende wordt ontwikkeld.

#### **Aanbeveling 25**

De zorgaanbieders zorgen, waar nodig samen met de ziekenhuizen, gezamenlijk voor het vergroten van de expertise over kinderen met meervoudig complexe beperkingen.

Mensen met meervoudige beperkingen hebben behoefte aan gespecialiseerde dagbesteding. Deze dagbesteding is onvoldoende aanwezig waardoor mensen noodgedwongen thuiszitten.

#### **Aanbeveling 26**

De betrokken zorgaanbieders zorgen gezamenlijk voor een betere spreiding van gespecialiseerde kinderopvang voor kinderen met meervoudige beperkingen en voorzien samen met het zorgkantoor in voldoende aanbod van dagbesteding voor (jong)volwassenen met meervoudige beperkingen.

#### 5.6. Mantelzorgers

Ouders hebben als mantelzorgers behoefte aan verschillende vormen van gezinsondersteuning op maat, zoals tijdelijke opvang. Daarnaast is begeleiding van hun kind bij vrijetijdsbesteding belangrijk. Hiervoor is geen persoonsgebonden budget beschikbaar, zoals voor verstandelijk gehandicapten.

Thuiszorg Icare biedt wel ondersteuning in het gezin, maar die sluit niet altijd aan bij het gezinsleven en het kind. Tijdelijke opvang voor kinderen met lichamelijke beperkingen, zoals geboden door gespecialiseerde instellingen, is niet in Drenthe beschikbaar. De wachttijden zijn lang. Ook zijn er geen vervoersvoorzieningen tussen verblijfadres en school. Sommige ouders komen mede daardoor niet bij deze instellingen terecht.

Alleen in Emmen is een experiment Vakantieopvang voor kinderen met motorische beperkingen.



**Aanbeveling 27**

De zorgaanbieders zorgen samen met het zorgkantoor, met gebruikmaking van gespecialiseerde gezinszorgmedewerkers, voor een aanbod van gezinsondersteuning dat aansluit bij de zorgvraag.

**Aanbeveling 28**

De gemeenten dragen, samen met de zorgaanbieders en de vervoersorganisatie, zorg voor het bieden van vervoer tussen de school en het tijdelijke verblijfadres van een kind of jongere met lichamelijke beperkingen.

Mantelzorgers die mensen met een zeer intensieve zorgvraag helpen, zijn gebaat bij ondersteuning in de vorm van vervangende mantelzorg. Zoals eerder genoemd durven veel mantelzorgers deze vraag niet te stellen of willen ze de zorg niet uit handen geven. Al hebben ze behoefte aan rust. Ook hebben mantelzorgers soms te maken met een zorgvrager die geen vervangende mantelzorg wil. Het risico op overbelasting van de mantelzorg is groot, waarmee de kans op een ongewenste, acute opname vergroot wordt.

*"Soms wordt het me te veel. Mijn vrouw heeft steeds meer verzorging nodig. En ik word er zelf ook niet jonger op. Laatst ben ik nog door mijn rug gegaan toen ik haar op de wc zette. Maar wat moet ik anders? Ik heb aan één woord van mijn vrouw genoeg om te begrijpen wat ze wil. Dat kan ik van een ander toch niet verwachten? Bovendien wil ze niet dat een vreemde haar helpt, uit een soort schaamte denk ik. Nee, dat is geen oplossing. Zo lang ik kan modder ik maar een beetje door. Je laat je eigen vrouw toch niet in de steek?"*

**Aanbeveling 29**

Het RPCP, de zorgaanbieders en de gemeenten zorgen gezamenlijk voor de totstandkoming van een flexibel en laagdrempelig aanbod ter ondersteuning van mantelzorgers die op adem moeten komen en moeite hebben om de zorg (tijdelijk) uit handen te geven.

## 5.7. Toekomstige vraag

De behoefte zal toenemen aan flexibele, vraaggerichte vormen van zorg aan huis en revalidatie in het ziekenhuis. Dit geldt ook voor geschikte woningen, hulpmiddelen en aanpassingen, vervoersvoorzieningen en vormen van toegankelijke vrijetijdsbesteding. Daarnaast worden bewoners in de woonvormen ook ouder, waarmee de vraag naar intensievere zorg kan toenemen in de woonvormen.

**Aanbeveling 30**

Alle partijen anticiperen bij de uitvoering van de in deze regiovisie beschreven aanbevelingen op de toekomstige vraag.

## 5.8. Knelpunten in het aanbod

Met knelpunten in het aanbod worden knelpunten bedoeld die niet direct uit de vraag voortkomen.

Er is weinig samenhang in de zorg rond de thuissituatie, bijvoorbeeld tussen verpleeghuisarts, gespecialiseerde instellingen, revalidatiearts, huisarts en thuiszorgmedewerkers. Dit is voor mensen met een zeer intensieve verpleegvraag in de thuissituatie een knelpunt.

**Aanbeveling 31**

De ziekenhuizen zorgen, samen met de betrokken lokale zorgaanbieders, voor meer samenhang in het zorgaanbod voor de zorgvrager in de thuissituatie.

De meeste gespecialiseerde instellingen en scholen voor speciaal onderwijs liggen buiten Drenthe. Hierdoor zijn de reisafstanden groot. Het dilemma is dat er zowel behoefte is aan spreiding als aan behoud en ontwikkeling van expertise voor de veelal kleine doelgroep.

**Aanbeveling 32**

De zorgaanbieders en de scholen voor kinderen met motorische of zintuiglijke beperkingen onderzoeken of door samenwerking met andere gespecialiseerde instellingen het aanbod dichterbij de zorgvrager gebracht kan worden.

Door het groot aantal dove jongeren dat in de woonvorm van het instituut woont is er geen capaciteit meer beschikbaar voor oudere doven, plotsdoven of ernstig slechthorenden. Het Instituut Guyot heeft plannen om in de vraag van deze groepen te gaan voorzien. Het is belangrijk dit over twee jaar te evalueren.

Er is een tekort aan revalidatieartsen. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt op landelijk niveau. Bovendien heerst een algeheel personeelstekort in de zorg.

**Aanbeveling 33**

De zorgaanbieders spannen zich tot het uiterste in om het personeelstekort terug te dringen.

Inzicht ontbreekt in de mogelijke zorgvragen en woonwensen van in ieder geval kinderen en jongeren, van jonge verpleeghuisbewoners en van zelfstandig wonenden met een zeer intensieve zorgvraag

**Aanbeveling 34**

De provincie draagt - in afstemming met het RPCP, de gemeenten, de woningcorporaties, het zorgkantoor en de betrokken zorgaanbieders - zorg voor het doen uitvoeren van een breed onderzoek naar woon- en zorgvragen in Drenthe.

De gescheiden financiële stromen en de huidige wet- en regelgeving op alle relevante terreinen belemmeren de flexibiliteit, effectiviteit en samenhang in onder meer de zorg, wonen, onderwijs en arbeid. Bijvoorbeeld de inzet van WVG-voorzieningen om een extra beroep op Thuiszorg te voorkomen of om de overstap van een woonvoorziening naar een zelfstandige woning mogelijk te maken. Bovendien leiden interpretatieverschillen tussen gemeenten over de WVG tot grote verschillen in het verstrekkingenbeleid.

**Aanbeveling 35**

Alle partijen, zowel afzonderlijk als gezamenlijk, spannen zich er voor in om de belemmeringen die zorg-op-maat ondervindt van wet- en regelgeving te doen verdwijnen.

**Aanbeveling 36**

De gemeenten dragen zorg voor een eenduidig WVG-beleid in Drenthe.

Er wordt onvoldoende geregistreerd in de zorg, de WVG, de voorraad aangepaste woningen en dergelijke om zicht te krijgen op de vraag en het gebruik. Bij de nieuwe indicatiestelling worden zorgvragen geregistreerd door het zorgkantoor.

**Aanbeveling 37**

Alle partijen dragen in gezamenlijkheid zorg voor de totstandkoming van een breed, samenhangend en eenduidig systeem van gegevensregistratie.

Gebrek aan samenhang tussen regelgeving en betrokken instanties belemmert arbeidsintegratie, zeker voor jongeren. Bovendien is doorstroming naar de arbeidsmarkt vanuit de sociale werkvoorziening onvoldoende. Dat houdt mensen onnodig buiten de arbeidsmarkt. De wachtlijst voor de werkvoorziening is erg lang en de toelatingseisen zijn voor deze doelgroep erg hoog. Onbetaald werk wordt nog onvoldoende als volwaardig alternatief voor werk beschouwd. Arbeidsonderzoek kan soms niet gebruikt worden door gebrek aan middelen of onwetendheid. De nieuwe regels van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) maken samenhang tussen dagbesteding en sociale werkvoorziening mogelijk.

**Aanbeveling 38**

De gemeenten, de scholen, de arbeidsvoorzieningen en de dagbestedingsvoorzieningen zorgen in onderlinge afstemming voor het verbeteren van de mogelijkheden om mensen met beperkingen aan betaald of onbetaald werk te helpen.

Randvoorwaarden voor het meedoen aan vrijetijdsactiviteiten zijn niet optimaal. Bovendien ontbreekt het in de sportverenigingen aan financiën om de doelgroep goed te bedienen. Doorverwijzing en samenwerking van (para)medici en revalidatieafdelingen met sportorganisaties kan beter. Het vervoerssysteem belemmert soms het sporten. Mensen zelf, maar ook verenigingen weten te weinig van de mogelijkheden en voordelen van sporten voor mensen met beperkingen en ziekten. Mensen met een beperking zijn moeilijk te benaderen voor vrijetijdsbesteding. Dit geldt nog sterker voor kinderen en jongeren. Bovendien worden vaak meerkosten gemaakt voor mensen met een beperking en dat is voor verenigingen een knelpunt.

**Aanbeveling 39**

De gemeenten, de zorgaanbieders en de verenigingen en instellingen op het gebied van vrijetijdsbesteding zorgen gezamenlijk voor het vergroten van het aanbod van vrijetijds mogelijkheden voor mensen met een beperking, met name voor kinderen en jongeren.

**Aanbeveling 40**

De gemeenten realiseren, samen met verenigingen en instellingen op het gebied van vrijetijdsbesteding, een compensatieregeling voor de hiermee gemoeide meerkosten.

**Aanbeveling 41**

De gemeenten zorgen voor voldoende WVG-vervoersvoorzieningen ten behoeve van deelname aan vrijetijdsbesteding.

**Aanbeveling 42**

De revalidatieafdelingen van de ziekenhuizen intensiveren, samen met Sport Drenthe, de NEBAS en het RPCP, de sportverwijzing vanuit zowel de revalidatieafdelingen van de ziekenhuizen als de vrijgevestigde praktijken van therapeuten.

Het openbaar vervoer is slecht toegankelijk, ook in Drenthe. De kwaliteit van het leerlingenvervoer is wisselend. De dienstverlening van het bovenregionaal vervoer wordt als onvoldoende ervaren. Bovendien zijn er nog geen plannen om het wagenpark van het openbaar vervoer in Drenthe toegankelijker te maken. Hierover is al een aanbeveling beschreven.

**5.9. Vervolg en uitwerking**

In de voorgaande paragrafen is een groot aantal aanbevelingen beschreven ten aanzien van zaken die allereerst de aandacht of om een oplossing of verbetering vragen.

Deze regiovisie is opgesteld voor een periode van vier jaar. Op grond van deze regiovisie zullen partijen vóór 1 januari 2002 ter uitvoering van de aanbevelingen tot gezamenlijke afspraken komen, die in een convenant worden vastgelegd en aan welk convenant ieder der participanten zich voor vier jaar bindt.

Voor vastlegging van afspraken in een convenant zal door partijen prioriteit moeten worden aangebracht in de uitvoering van de aanbevelingen. Na twee jaar zal een tussentijdse evaluatie van de stand van zaken op dat moment plaatsvinden. Partijen stemmen ermee in dat de provincie daartoe in 2003 het initiatief neemt. Indien noodzakelijk kan na de evaluatie bijstelling van de afspraken in het convenant plaatsvinden.

De regiovisie zal richting geven aan en als toetsingskader gelden voor het Zorgkantoor bij de productieafspraken die het met partijen maakt.

De provincie Drenthe stuurt deze regiovisie als advies aan de minister van volksgezondheid, welzijn en sport ten behoeve van het landelijk beleid.

---

**Bijlage**Deelnemers Werkgroep Drentse Regiovisie voor Mensen met een Lichamelijke  
Functiebeperking

F. Beenhakker (voorzitter)	IVOM
M.A.H. Oosterman (redactie en tekst)	IVOM
M. Mailly (notuliste)	IVOM
P.C.Th. van Aanholt	revalidatiearts
A. Beitler	Visio Huis te Echten
A.A. Bosch	provincie Drenthe
G. Cazemier	Zorgkantoor Het Groene Land
C. ter Heide	Stichting Thuiszorg Icare Drenthe
L. v.d. Heiden	Koninklijk Instituut voor Doven, H.D. Guyot
J. de Jong	Patiënten Platform Drenthe of RPCP
A.M. Kamminga	Patiënten Platform Drenthe of RPCP
J. Lubberink	Vereniging Drentse Gemeenten
A.B.M. Overgoor	Vereniging Drentse Gemeenten
E. Smedema	Vereniging Drentse Gemeenten
J.M. Veuger	Provinciale Gehandicaptenraad Drenthe of RPCP
M. Wijbenga	Sociaal Pedagogische Dienst Drenthe
D. Woltjes	Stichting De Noorderbrug