

Aan:
de voorzitter en de leden van
provinciale staten van Drenthe

Assen, 10 juni 2004
Ons kenmerk 24/6.15/2004005954
Behandeld door mevrouw T. Klaseboer (0592) 36 56 87
Onderwerp: Nota Zorg in perspectief

Geachte voorzitter/leden,

In het concept-Contourenplan Mensen in het middelpunt, de Provinciale sociale agenda voor de beleidsperiode 2005-2008, dat u recentelijk ontvangen hebt, hebben wij in vijf programmalijnen aangegeven wat de provincie de komende jaren wil bereiken op het gebied van cultuur, welzijn en zorg.

In aansluiting hierop en als vervolg op en ter afronding van de fase waarin de provinciale Regiovisies zorg centraal stonden, bestaat in het zorgveld de behoefte aan een nadere toelichting op wat deze sector specifiek van de provincie kan verwachten. De afgelopen jaren hebben de vijf sectorale Regiovisies zorg in ons beleid centraal gestaan. Wij hebben regiovisies ontwikkeld op het gebied van lichamelijk gehandicaptenzorg, verstandelijk gehandicaptenzorg, verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg en jeugdzorg. Deze regiovisies hebben een duidelijke functie gehad, maar bij de ambtelijke evaluatie van drie van deze regiovisies is geconstateerd dat er behoefte is aan één duidelijke integrale provinciale visie op zorg en welzijn in Drenthe, die richtinggevend is voor de provinciale inzet.

Met de totstandkoming van het concept-Contourenplan Mensen in het middelpunt houden de sectorale Regiovisies zorg op te bestaan, met uitzondering van het Beleidskader jeugdzorg (dit blijft een wettelijke verplichting).

Deze zorgnota sluit inhoudelijk volledig aan op de zorgaspecten, zoals die in de programmalijnen van de conceptnota Mensen in het middelpunt zijn weergegeven, en is een nadere toelichting op de beleidsvoornemens die op hoofdlijnen al in het contourenplan gepresenteerd zijn.

De zorg is sterk in beweging. Vermaatschappelijking van zorg is het centrale thema binnen alle zorgsectoren. De kern van vermaatschappelijking van zorg is dat mensen, ondanks hun zorgbehoefte, zoveel mogelijk als volwaardig burger deel uit kunnen maken van het "gewone" maatschappelijke leven, kortom: "gewoon waar kan, bijzonder waar moet". Dit houdt met name in het bieden van zorg op maat en het terugdringen van de intramurale zorg. Wij volgen deze bewegingen nauwgezet en zien het als een belangrijke taak daar mede vorm aan te geven.

In ons provinciale zorgbeleid stellen wij de ontwikkeling van integrale, vraaggerichte zorg centraal. Hierbij neemt de zorgvrager een centrale plaats in.

Vanuit het perspectief van de Drentse burger voelen wij ons verantwoordelijk voor een goede zorginfrastructuur en een optimaal aanbod van voorzieningen en willen wij ons inzetten voor het behoud en waar mogelijk versterking daarvan.

In het vervolg zal bij de nadere uitwerking van ons zorgbeleid het Contourenplan Mensen in het middelpunt dienen als toetsingskader voor onze advisering aan externen over nieuwe initiatieven en voor het beoordelen van verzoeken om medefinanciering in de zorgsector.

Hoogachtend,

gedeputeerde staten van Drenthe,

, secretaris

, voorzitter

Bijlage(n):
ab/coll.

Zorg in perspectief

Concept



PROVINCIE DRENTHÉ

ZORG IN PERSPECTIEF

Concept

Juni 2004

INHOUD

1.	INLEIDING	5
2.	WAT WILLEN WIJ IN DRENTHE?	7
2.1.	Expertmeeting	8
2.2.	Leeswijzer	9
3.	PROVINCIALE ROL IN HET ZORGBELEID	11
3.1.	Provinciale taken	11
3.2.	Veranderende sturingskaders	11
3.3.	Provinciale inzet	12
3.4.	Provinciale regelingen	12
4.	VAN SECTORAAL NAAR INTEGRAAL ZORGBELEID	13
4.1.	Sectoraal zorgbeleid	13
4.2.	Vermaatschappelijking van zorg	13
5.	PROGRAMMA'S	15
5.1.	Zorg en wonen	15
5.2.	Zorg en maatschappij	20
5.3.	Zorg en gezondheid	24
6.	COMMUNICATIE	29
	AFKORTINGENWIJZER	31

1. INLEIDING

Mensen in het middelpunt is de Provinciale sociale agenda voor de beleidsperiode 2005-2008. In deze nota geven wij aan de hand van vijf programmalijnen aan wat wij willen bereiken op het terrein van cultuur, welzijn en zorg.

Wij merken dat het veld verder behoefte heeft aan een afzonderlijk kader, als uitwerking van de provinciale agenda, waarin wij aangeven wat de zorgsector specifiek van ons kan verwachten. In deze nota Zorg in perspectief zetten wij de essentiële thema's en ontwikkelingen daarom duidelijk op een rij.

Regiovisies

Sinds jaar en dag houden wij ons bezig met het zorgbeleid in Drenthe. Een aantal van onze taken is wettelijk vastgesteld. Daarnaast bestaat een groot deel van onze werkzaamheden uit het ontwikkelen van autonoom zorgbeleid. Hierbij hebben wij tot nu toe gekozen voor een sectorale insteek, gericht op gehandicaptenzorg, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg, algemene gezondheidszorg, ziekenhuiszorg, huisartsenzorg, ambulancezorg en jeugdzorg. Dit heeft de afgelopen jaren voor een deel zijn beslag gekregen in een vijftal sectorale regiovisies op het gebied van lichamelijk gehandicaptenzorg, verstandelijk gehandicaptenzorg, verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg en jeugdzorg. De regiovisies en daarvan afgeleide uitvoeringsprogramma's zijn opgesteld in samenwerking met gemeenten, zorgaanbieders, zorgvragers en zorgkantoor. Wij voerden de regie en stelden faciliteiten beschikbaar.

Integrale visie

Uit de evaluatie van een aantal regiovisies kwam de behoefte aan een integrale visie op de zorg naar voren die richtinggevend is voor de provinciale inzet. Dat wil zeggen een themagerichte benadering aan de hand van programma's, in plaats van een doelgroepgerichte benadering. De huidige ontwikkelingen in de zorgsector, zoals de druk op het voorzieningenniveau, vermaatschappelijking van de zorg, de modernisering van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) en de nieuwe Wet op de maatschappelijke ondersteuning, maken dat ook de medisch-curatieve zorg deel moet uitmaken van deze integrale visie. Hiermee houden de sectorale Regiovisies zorg op te bestaan. Alleen voor de jeugdzorg geldt dat op grond van wettelijke bepalingen een afzonderlijk beleidskader moet worden opgesteld.

Input

Naast het Collegeprogramma 2003-2007, het Provinciaal omgevingsplan (POP) II en de Provinciale sociale agenda cultuur, welzijn en zorg (CWZ) 2005-2008 zijn landelijke en maatschappelijke ontwikkelingen richtinggevend voor ons integrale zorgbeleid. Daarnaast zijn de uitkomsten van de regiovisies een belangrijke input geweest.

2. WAT WILLEN WIJ IN DRENTHE?

Provinciaal zorgbeleid vraagt in de eerste plaats om een visie op een passend zorgaanbod. Verder willen wij ons inspannen om het zorgniveau op peil te houden en knelpunten op te lossen. Deze inspanningen liggen veelal op het vlak van ondersteunen, bemiddelen en faciliteren. Soms ook is financiering van projecten een manier om partijen bij elkaar te brengen of om zaken van de grond te krijgen. De Provinciale sociale agenda CWZ 2005-2008 geeft hiervoor de kaders aan.

Jeugdzorg

Ons beleid voor de jeugdzorg wordt afzonderlijk beschreven in het Beleidskader jeugdzorg 2005-2008. In jaarlijkse actieprogramma's werken wij hoofdlijnen uit in concrete activiteiten. Waar relaties liggen tussen het Beleidskader jeugdzorg en deze nota krijgen deze nadrukkelijk aandacht, zoals cliëntparticipatie en het scheiden van wonen en zorg. Dit geldt niet voor zaken die specifiek jeugdzorg betreffen. Ook voor wat betreft het beleidsterrein Werk, onderwijs en kennisinfrastructuur verwijzen wij waar nodig naar de provinciale agenda en eventueel andere beleidsnotities.

Programmalijnen

De inhoud van deze nota sluit het meest aan bij twee van de vijf programmalijnen uit de Provinciale sociale agenda, te weten Wonen en leefomgeving en Participatie. In de programmalijn Werken en leren werken wij onder andere onderwijs en kennisinfrastructuur uit in relatie tot jeugdzorg. In Opgroeien komen veel zaken die jeugd(zorg) betreffen aan de orde. In Parels van Drenthe beschrijven wij een aantal specifieke "highlights" uit het provinciale beleid, zoals de Cultuurprijs en de Sportprijs.

Op basis van de programmalijnen houden wij ons via dit beleidskader vooral bezig met zaken die plaatsvinden buiten de intramurale setting. Afspraken betreffende het intramurale zorgaanbod, de thuiszorg en de interne organisatie van deze instellingen behoren primair tot de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor, de zorgverzekeraar en de zorginstellingen zelf. Op terreinen waarvoor de gemeente expliciet verantwoordelijk is, zoals de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ), het algemeen maatschappelijk werk en het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs Drenthe, willen wij aanvullend ondersteunen. De activiteit moet dan passen binnen ons beleid en een bovenlokale uitstraling hebben.

Vraaggerichte zorg

In ons zorgbeleid neemt de zorgvrager een centrale plaats in. Deze moet gezien worden als mens in zijn omgeving, als iemand die zo normaal mogelijk wil en moet kunnen leven. Hierbij hoort een zorgaanbod dat zoveel mogelijk hierop aansluit: vraaggerichte zorg en dienstverlening.

De wens dat zorg zoveel mogelijk aangeboden wordt in de eigen leefomgeving maakt dat de zorgvraag niet altijd met een enkelvoudig zorgaanbod beantwoord kan worden. Het aanbod heeft vrijwel altijd ook een link met aanpalende terreinen als wonen, welzijn, vervoer en arbeid. Dit vraagt om een integrale benadering van de zorg, waarbij wij ook over de sectorale grenzen heen kijken.

Na de regiovisies

De sectorale Regiovisies zorg hebben een duidelijke functie gehad. Partijen zijn met elkaar om de tafel gaan zitten en hebben op diverse terreinen samenwerkingsafspraken gemaakt. Dit heeft inmiddels tot concrete resultaten geleid, zoals het opzetten van een Drents platform OGGZ en uniforme wachtlijstregistratie binnen de Sectoren Verpleging en Verzorging. Ook hebben zorg-aanbieders afspraken gemaakt over oplossingen voor knelpunten die zowel de gehandicaptenzorg als de geestelijke gezondheidszorg aangaan.

De evaluaties van een drietal regiovisies laten zien dat de meeste zaken uit de bijbehorende convenanten afgerond of in gang gezet zijn. Toch blijft een aantal zaken de komende jaren nog onze aandacht vragen. Het gaat onder andere om beeldvorming, samenwerking over de sectorale grenzen heen, vraaggerichtheid, ondersteund leven in de samenleving, ontwikkelingen op het gebied van domotica, samenwerking inzake wonen, welzijn en zorg, lokale loketten en ondersteuning van mantelzorgers.

Wat gaan wij doen?

Voor de meeste van vorengenoemde zaken dragen wij geen verantwoordelijkheid. Zo maken de zorgverzekeraar en het zorgkantoor productieafspraken met zorgaanbieders en zijn de gemeenten verantwoordelijk voor wonen en het uitvoeren van de Wet voorzieningen gehandicapten. Wij zien wel een rol voor ons weggelegd als het erom gaat zaken te stroomlijnen, te faciliteren, partijen bij elkaar te brengen en ontwikkelingen in gang te zetten of te ondersteunen. Wij zien dat het voorzieningenniveau steeds meer onder druk komt te staan. Het is bijvoorbeeld moeilijk het aantal huisartsen op peil te houden; er is onvoldoende thuiszorg en mantelzorg beschikbaar en voorzieningen in de dorpen staan onder druk door onder andere hoge exploitatiekosten.

Voor de Drentse burgers vinden wij het belangrijk dat zij zolang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen in hun eigen leefomgeving en daar de zorg en diensten ontvangen die ze nodig hebben. Om dit te kunnen realiseren moeten er voldoende aangepaste woningen beschikbaar zijn, zijn voldoende thuiszorg en mantelzorg een voorwaarde en zijn er goede basisvoorzieningen in de buurt noodzakelijk. Dit heeft ook gevolgen voor arbeid en dagbesteding, (maatschappelijke) participatie, mantelzorg en mobiliteit. Samen met gemeenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgvragers en de woningcorporaties willen wij zorg en wonen beter op elkaar afstemmen. De inbreng van de zorgvragers hierbij vinden wij essentieel.

Op bovenlokaal niveau willen wij een goede afstemming en samenwerking bevorderen tussen de verschillende zorgaanbieders, zodat continuïteit en kwaliteit zijn gewaarborgd. Dit moet ook leiden tot een betere spreiding en bereikbaarheid van voorzieningen.

2.1. Expertmeeting

Een belangrijke bron bij de totstandkoming van deze nota is een op 26 februari 2004 gehouden expertmeeting over de rol van de provincie in het zorgbeleid.

Voor deze expertmeeting was een brede vertegenwoordiging van twintig deskundigen uit het Drentse veld van zorg, welzijn en wonen uitgenodigd. Deze groep experts is uitgebreid bevroegd op hun wensen, gedachten en verwachtingen over de rol van de provincie in het Drentse zorgbeleid. De beantwoording van de vragen was even divers als de samenstelling van de groep en werd mede bepaald door de positie in het zorgveld van betrokkenen. Als wij kijken naar de rode draad in de gegeven antwoorden dan worden provinciale rollen benoemd als regisseur, facilitator, ondersteuner, coördinator en subsidieverlener. Deze komen grotendeels overeen met de visie die wij daar zelf over hebben (zie ook de Provinciale sociale agenda CWZ 2005-2008).

2.2. Leeswijzer

Dit beleidskader is opgebouwd aan de hand van drie programma's die ieder vanuit een verschillende invalshoek ingaan op het provinciale zorgbeleid. Bij het programma Wonen en zorg gaat het om de invalshoek van het fysiekruimtelijke aspect, bij Zorg en maatschappij om het sociale en het economische aspect en bij Zorg en gezondheid om een aantal integrale thema's, zoals huisartsenzorg en voorzieningenniveau.

In het hoofdstuk Communicatie geven wij aan hoe wij de komende jaren in gesprek willen blijven met de diverse partijen in het Drentse zorgveld.

In deze nota gebruiken wij de aanduiding "zorgvragers". Wij bedoelen hiermee zowel de patiënten en consumenten als de gebruikers van zorg en het dienstenaanbod en belangenbehartigers.

3. PROVINCIALE ROL IN HET ZORGBELEID

3.1. Provinciale taken

Het provinciale zorgbeleid kent een aantal (wettelijke) taken. Hierna volgt een korte opsomming.

Advisering in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen

Wij adviseren de minister i.c. het College bouw ziekenhuisvoorzieningen over verzoeken om verklaring of vergunning door intramurale zorginstellingen voor functiewijziging, capaciteitsuitbreiding of (nieuw)bouw.

Regiovisies

Zoals hiervoor al aangegeven, hebben wij sectorale regiovisies uitgebracht waarover in convenanten afspraken zijn gemaakt die inmiddels grotendeels zijn uitgevoerd.

Uitvoering Wet op de jeugdhulpverlening i.c. de Wet op de jeugdzorg

Op 1 januari 2005 treedt de Wet op de jeugdzorg in werking. Op basis hiervan ontvangen wij dan twee doeluitkeringen. Een voor de zorgaanbieder Jeugdzorg Drenthe en een tweede voor het Bureau Jeugdzorg Drenthe. Ook krijgen wij de regie over de intersectorale jeugdzorg (jeugd GGZ, jeugd LVG, VG, LG en jeugdbescherming/jeugdreclassering). Verder worden wij verantwoordelijk voor een goede aansluiting van jeugdzorg op het lokale jeugdbeleid.

Uitvoering Wet op het ambulancevervoer

Wij moeten een spreidingsplan vaststellen voor Drenthe. Ook zijn wij verantwoordelijk voor de verlening van vergunningen voor in te zetten ambulances.

Patiënten-/consumentenbeleid

Wij zijn verantwoordelijk voor het patiënten- en consumentenbeleid in de provincie. In dat kader financieren wij het Regionaal Patiënten Consumenten Platform (RPCP) Drenthe. Voor de verstandelijk gehandicaptensector subsidiëren wij de provinciale Federatie van Ouderverenigingen.

Naast deze (wettelijke) taken houden wij ons bezig met het stimuleren en faciliteren van initiatieven en ontwikkelingen in het zorgveld. Ook ontwikkelen wij autonoom (zorg)beleid, zoals tot uiting komt in de Stimuleringsregeling multifunctionele dienstencentra en de projecten Mantelzorg en Zorgboerderijen.

3.2. Veranderende sturingskaders

Het wettelijk kader is sterk in ontwikkeling. Met de modernisering van de AWBZ wil het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vormgeven aan het daadwerkelijk scheiden van wonen en zorg en aan functiegerichte indicatie (indicatie op basis van zeven functies). Daarnaast is de Wet op de maatschappelijke ondersteuning (WMO) in voorbereiding die onder andere in de plaats komt van de Welzijnswet en de Wet voorzieningen mensen met beperkingen. Deze wet zal ook veel zaken uit de AWBZ overnemen.

Het voorzieningenpakket in de AWBZ wordt beperkt tot zware en onverzekerbare zorg. De WMO beoogt onder andere ook de stijgende kosten van de zorg te beheersen en de rol van gemeenten in de zorg te versterken. Gemeenten worden verantwoordelijk voor de uitvoering van deze wet. De Wet tarieven zorginstelling gaat verder de Wet ziekenhuisvoorzieningen vervangen en de nieuwe Wet op de jeugdzorg versterkt de regierol van provincies.

Uitgangspunt van de veranderende wetgeving is dat de rijksoverheid meer kaderstellend wil zijn met minder regels. Daarbij moet de betrokkenheid van de burger bij de beleidsvorming groter worden, zodat de kwaliteit van de dienstverlening verbetert. Waar het de autonome inzet van de provincie betreft, wordt gedacht aan een ondersteunende rol in de richting van instellingen en burgers en bij het uitvoerend beleid van gemeenten.

3.3. Provinciale inzet

Wij voelen ons verantwoordelijk voor een goede zorginfrastructuur en een optimaal aanbod van voorzieningen. Waar mogelijk zetten wij ons daarvoor op verschillende wijzen in: signaleren, coördineren, ondersteunen, faciliteren, stimuleren en bemiddelen.

Signaleren doen wij op basis van het (laten) uitvoeren van verkenningen en onderzoek. Hieruit kunnen initiatieven voor nieuwe activiteiten voortvloeien. Met verschillende subsidies willen wij de ontwikkeling en uitvoering van activiteiten stimuleren en de effectiviteit ervan vergroten. Door te coördineren brengen wij partijen samen en creëren wij de randvoorwaarden voor kennisuitwisseling.

Ondersteunen en faciliteren kan variëren van ruimte beschikbaar stellen tot meedenken en begeleiden. Waar wij door het veld ontwikkelde projecten financieel ondersteunen is dit altijd aanvullend.

Als regisseur kunnen wij zelf het initiatief nemen voor nieuwe activiteiten en sturen wij direct aan op het gewenste resultaat.

Ten slotte treden wij op als bemiddelaar wanneer er zich knelpunten voordoen tussen partijen die van algemeen provinciaal belang zijn. Onze afstand tot de problematiek en het zicht op het brede zorgveld in Drenthe maken dat wij partijen tot elkaar kunnen brengen.

Partijen als zorgverzekeraar, zorgkantoor, gemeenten en zorgaanbieders zijn in grote mate verantwoordelijk voor de financiering en uitvoering van zorg(projecten). Daarom is een goede samenwerking met deze partijen voor de ontwikkeling en uitvoering van ons zorgbeleid van groot belang.

3.4. Provinciale regelingen

Om de uitvoering van het provinciale zorgbeleid te stimuleren hebben wij in de afgelopen jaren een aantal tijdelijke en permanente subsidie- en stimuleringsregelingen ontwikkeld, zoals de Subsidieregeling integraal ouderenbeleid en de Stimuleringsregeling multifunctionele dienstencentra. Deze subsidieregelingen vormen een goede manier om een (eenmalige) bijdrage te leveren aan de uitvoering van het provinciale zorgbeleid, omdat zij de ontwikkeling van vernieuwende initiatieven stimuleren en ondersteunen. Voor de uitvoering van toekomstig zorgbeleid zijn er ook budgetten beschikbaar via de programmalijnen van de Provinciale sociale agenda CWZ 2005-2008.

In de Algemene subsidieverordening Drenthe is beschreven welke vormen van subsidierelaties (vaste subsidierelatie, incidentele prestatiesubsidie of waarderingssubsidie) wij aan kunnen gaan met organisaties die op de een of andere manier bijdragen aan de uitvoering van provinciaal zorgbeleid.

4. VAN SECTORAAL NAAR INTEGRAAL ZORGBELEID

4.1. Sectoraal zorgbeleid

In ons zorgbeleid onderscheiden wij een aantal sectoren, te weten ouderenzorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, jeugdzorg, algemene gezondheidszorg en de medisch-curatieve zorg.

Om aan de hand van thema's vorm te kunnen geven aan de ontwikkeling van integrale, vraag-gerichte zorg nemen wij de vermaatschappelijking van zorg als centraal uitgangspunt. Hierna gaan wij daar nader op in. Dat betekent niet dat deze sectoren helemaal uit beeld verdwijnen. Er zijn altijd onderwerpen die specifiek één doelgroep aangaan en waarvoor wij ons blijven inzetten. Denk bijvoorbeeld aan het gebruik van nieuwe media door ouderen en aan vrijetijdsbesteding voor jongeren met een lichamelijke of verstandelijke beperking.

4.2. Vermaatschappelijking van zorg

De kern van vermaatschappelijking van zorg is dat mensen, ondanks hun zorgbehoefte, zoveel mogelijk als volwaardig burger deel kunnen nemen aan het "gewone" maatschappelijke leven. "Gewoon waar kan, bijzonder waar moet". Voor mensen met een zorgvraag betekent dit dat de zorg of hulp die men nodig heeft zoveel en zolang mogelijk in de eigen leefomgeving wordt ontvangen. Zorg is daarmee niet langer een geïnstitutionaliseerd product, maar een flexibel aanbod op maat dat in veel gevallen directe relaties heeft met aanpalende terreinen als wonen, welzijn, vervoer en arbeid/dagbesteding.

Verschillende spelers

Bij vermaatschappelijking van de zorg hebben wij daardoor te maken met verschillende "spelers" die ieder hun eigen taak en verantwoordelijkheid hebben. Het zorgkantoor en de zorgverzekeraar maken bijvoorbeeld productieafspraken met de zorgaanbieders. De verschuiving van intramurale zorg naar "wonen met zorg en welzijn in de buurt" betekent voor gemeenten dat ze hier beleid op moeten gaan ontwikkelen, samen met zorg- en welzijnsaanbieders en woningcorporaties. De WMO geeft hiervoor de kaders aan.

Vermaatschappelijking van de zorg legt ook meer druk op mantelzorgers. De persoon met een zorgvraag verblijft immers in de eigen leefomgeving, wat meer vraagt van de mensen om hem of haar heen. Het is daarom belangrijk de groeiende groep mantelzorgers nog beter te gaan ondersteunen.

Doelgroepen

Vermaatschappelijking van zorg heeft gevolgen voor diverse doelgroepen, zoals ouderen, mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen, mensen met psychiatrische problematiek en jongeren. Het is niet langer vanzelfsprekend dat zij in een instelling zorg ontvangen. Zij moeten ook leren om ondanks hun beperking te functioneren in de eigen omgeving en om daar de zorg te ontvangen die ze nodig hebben.

Maar om zelfstandig te kunnen wonen is voor ouderen en mensen met beperkingen of met psychiatrische problematiek het krijgen van zorg in de thuissituatie niet altijd voldoende. Er zijn ook andere zaken nodig die de zelfstandigheid vergroten. Hierbij denken wij onder andere aan ondersteuning door domoticavoorzieningen (in woningen aangebrachte elektronische signaleringsvoorzieningen), aan aangepaste woningen, maar ook aan voorzieningen in de buurt.

Thema's

Om vorenbeschreven ontwikkelingen in de komende jaren verder te kunnen uitwerken in concrete voornemens en heldere keuzes kiezen wij als invalshoek voor een drietal programma's, te weten: Zorg en wonen, Zorg en maatschappij en Zorg en gezondheid

5. PROGRAMMA'S

In dit hoofdstuk vertalen wij vermaatschappelijking van zorg in de drie genoemde programma's die wij verder uitwerken in de voor zorg relevante thema's.

Deze programma's borduren voort op de voor zorg relevante programmalijnen uit de Provinciale sociale agenda CWZ 2005-2008.

5.1. Zorg en wonen

Veranderend wonen

Aandacht voor de dagelijkse leefomgeving, spreiding en bereikbaarheid van voorzieningen en stimulering van de woonkwaliteit zijn leidende thema's uit het POP II en de Provinciale sociale agenda CWZ 2005-2008. Deze zijn mede richtinggevend voor dit programma Zorg en wonen. Vermaatschappelijking van zorg heeft verander(en)d wonen tot gevolg. Er worden andere eisen gesteld aan woningen en aan het niveau en de infrastructuur van voorzieningen. Voor ouderen en mensen met een beperking bestaat een toenemende vraag naar geschikte (aangepaste of 0-treden) woningen met zorg en dienstverlening. Voor jongeren of mensen met psychiatrische problematiek zijn de juiste voorzieningen in de buurt van meer belang dan een geschikte (aangepaste) woning. In Drenthe is er sprake van dubbele vergrijzing, dat wil zeggen dat het aantal ouderen van 75 jaar en ouder in onze provincie toeneemt en dat deze groep steeds ouder wordt. Dit betekent dat ouderen extra aandacht behoeven. Niet alleen de zorgvraag neemt op hoge leeftijd toe ook het wonen vraagt extra aandacht. Een indicatie voor verblijf in een verzorgingshuis in 1970 is anders dan deze anno 2004 is.

Op grond van de nieuwe WMO moeten gemeenten zorgen voor een samenhangend stelsel van ondersteuning voor inwoners die daaraan behoefte hebben. Het gaat dan om zaken als huishoudelijke hulp, AWBZ-vervoer en uitvoering van een aantal specifieke subsidieregelingen. Het totaalpakket van wonen, welzijn en zorg wordt een grotere verantwoordelijkheid voor de gemeente.

Van partijen in het zorgveld vraagt de veranderde zorgvraag ook een andere inzet van hun middelen. Een goede samenwerking tussen aanbieders van wonen, welzijn en zorg en de zorgvragers is cruciaal voor een goed antwoord op de veranderende vraag naar wonen.

Geschikte woningen

Wij vinden het belangrijk dat er voldoende, geschikte woningen beschikbaar moeten zijn voor ouderen en voor mensen met een lichamelijke of verstandelijke functiebeperking. Waar mogelijk zullen wij daaraan bijdragen. In Drenthe is op het moment een tekort van 4.500 geschikte woningen met zorg- en/of dienstverlening. Mede onder invloed van de extramuralisering (vermaatschappelijking) van zorg zal deze vraag de komende jaren (tot 2010) toenemen tot 11.100 geschikte woningen (Sociaal rapport Drenthe 2003).

Ook uit de verkennende studie van het Onderzoeksbureau CWZ (2003), naar zelfstandig wonen van mensen in Drenthe met een beperking, blijkt dat er sprake is van een tekort aan aangepaste woningen. Er is een wachttijd van gemiddeld drie jaar voor een geschikte woning voor mensen met een lichamelijke beperking.

Ondersteuning

Wij zoeken naar mogelijkheden om vermaatschappelijking van zorg te ondersteunen en te bevorderen. Dit kunnen wij doen door middelen voor domotica in woningen beschikbaar te stellen, door partijen bij elkaar te brengen om betere samenwerking te bewerkstelligen en ook door bijvoorbeeld het stimuleren van voorzieningen als multifunctionele dienstencentra. Op deze manier kunnen wij invloed uitoefenen op het voorzieningenniveau voor wonen, zorg en welzijn.

Als het gaat om het ondersteunen van zelfstandig wonen dan zijn zorgaanbieders, woningcorporaties, zorgvragers en gemeenten voor ons belangrijke partners.

Instrumenten

Om invulling te kunnen geven aan deze ambities beschikken wij over een aantal instrumenten, zoals stimuleringsregelingen, subsidieregelingen en het "toetsen" van gemeentelijke woonplannen. Ook kunnen wij de provinciale budgetinstellingen inzetten om ontwikkelingen op het gebied van wonen en leefomgeving te initiëren, stimuleren, ontwikkelen en uit te voeren. Zij kunnen verder gemeenten ondersteunen bij het ontwikkelen van hun nieuwe taken op het gebied van wonen, (niet-AWBZ-gefinancierde) zorg en welzijn.

Onze ambities op een rij

- Wij willen bevorderen dat oudere mensen en mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen in een geschikt huis kunnen wonen dat is aangepast aan hun specifieke behoeften en wensen.
- Wij willen bijdragen aan een goede zorginfrastructuur en een aanbod van voorzieningen dat de zelfredzaamheid van onze burgers vergroot. Een passend voorzieningenniveau in de buurt bevordert de leefbaarheid en geeft meerwaarde aan het wonen.
- Daar waar mogelijk willen wij een kwalitatief hoogwaardig voorzieningenniveau in Drenthe op het gebied van wonen, zorg, welzijn en vervoer bevorderen.
- Wij zetten ons in voor een goede spreiding en bereikbaarheid van voorzieningen en voor een juiste schaalgrootte van deze voorzieningen in een bepaald gebied.
- Wij gaan gemeenten ondersteunen bij het ontwikkelen van een visie op een lokaal en bovenlokaal voorzieningenniveau in samenhang met voorzieningen op provinciale schaal. Hiervoor bieden de gemeentelijke gezondheidszorgnota's en voorzieningenbeleid een goede basis.
- In 2008 beschikt iedere Drentse gemeente over een lokaal loket dat is afgestemd op de lokale behoefte.
- De ervaring leert dat informatie- en communicatietechnologie(ICT)-toepassingen het zelfstandig wonen kunnen vergemakkelijken. In de beleidsperiode 2005-2008 willen wij ICT-toepassingen binnen de zorg, bijvoorbeeld in de vorm van domotica, stimuleren.
- Wij willen veiligheid in huis bevorderen. Daartoe gaan wij samenwerking tussen de diverse betrokken partijen (instanties, gemeenten) op het terrein van huiselijk geweld stimuleren. Ook willen wij een herkenbaar en bekend meldpunt voor huiselijk geweld realiseren.

Met onze beleidsinstrumenten hebben wij in de afgelopen jaren een aantal succesvolle ontwikkelingen op het gebied van wonen, zorg en welzijn gestimuleerd en gefinancierd.

Bijvoorbeeld.

- Met een eenmalige stimuleringsregeling hebben wij de ontwikkeling van dertien multifunctionele zorg- en dienstencentra kunnen ondersteunen.
- Met de cofinanciering Woonzorgstimuleringsregeling willen wij de ontwikkeling van de zorginfrastructuur ondersteunen. Voor acht projecten is er cofinanciering geweest.
- Wij vragen van gemeenten op een planmatige manier om te gaan met hun woonbeleid. Een goed middel hiervoor zijn de zogenaamde woonplannen. Het woonplan is voor gemeenten een geschikt sturingsmiddel dat de verschillende betrokken partijen inzicht geeft in het gemeentelijk (woon)beleid. Wij verwachten van gemeenten dat ze prestatieafspraken maken met de woningcorporaties en met de instellingen die zorg verlenen over de projecten in herstructurering en in nieuwe uitleggebieden. Het woonplan kan echter ook dienen als onderbouwing voor de oplossing van knelpunten in het huidige woningbestand vanuit de provinciale Knelpuntenpot (extra woningen, indien gekoppeld aan zorg).
- De regiovisies hebben bijgedragen aan onder andere het bevorderen van wonen met ondersteuning voor mensen met een verstandelijke handicap of aan ketenvorming in de buurt.
- Wij hebben een aantal projecten ondersteund dat gericht was op ondersteuning van mantelzorgers.
- De VWS-pilot Zorg en welzijn is gericht op de verbetering van de samenhang en samenwerking van zorg- en welzijnsvoorzieningen.
- In het kader van veiligheid in huis is in Drenthe het project Thuisfront een werkwijze genaamd "eerste hulp bij huiselijk geweld" ontwikkeld, bedoeld om huiselijk geweld aan te pakken. Deze methodiek is in 2003 in iedere Drentse gemeente geïntroduceerd.
- In 2002 is in Drenthe een project Ouderenmishandeling gestart. Dit project beoogt erkenning dat oudermishandeling bestaat en herkenning van signalen van ouderenmishandeling door functionarissen van organisaties die met ouderen werken. Onlangs is dit project afgerond met als resultaat een scholingsplan voor aandachtsfunctionarissen, afstemming met het provinciale project Huiselijk geweld en afstemming met het OGGZ-beleid.

Wat gaan wij doen om onze ambities waar te maken?

Inventarisatie

Met een inventarisatieonderzoek willen wij inzicht krijgen in de specifieke vraag naar en de randvoorwaarden voor zelfstandig wonen voor ouderen en voor mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking. Ook willen wij weten wat op dit gebied al gerealiseerd is. Hierdoor kunnen wij beter inspelen op de toenemende vraag naar zorg en geschikte woonruimte. Ook door de samenwerking van de uitvoerende instanties (zorginstellingen, woningcorporaties, welzijnsorganisaties, cliëntorganisatie, gemeenten, zorgkantoor) in kaart te brengen, kunnen wij onze rol beter invullen.

Deze inventarisatie is opgenomen in het Onderzoeksprogramma 2004 van het Onderzoeksbureau CWZ.

De uitkomsten van deze inventarisatie bespreken wij met het werkveld, waarna een vervolgtraject wordt vastgesteld.

Stedelijke vernieuwing

Het Investeringsbudget Stedelijke Vernieuwing (ISV) bepaalt dat gemeenten ontwikkelingsprogramma's opstellen die wij vervolgens toetsen. Gemeenten moeten daarbij aangeven hoe zij komen tot een variatie en differentiatie in woonmilieus met voldoende aandacht voor de huisvesting van specifieke groepen als ouderen, mensen met beperkingen en dak- en thuislozen. De Productgroep Ruimte en Water is verantwoordelijk voor de uitvoering van het beleid ten aanzien van het ISV.

Voor de periode 2005-2009 komt er een vervolg op het ISV. Wij kiezen ervoor om in de geactualiseerde beleidsbrief Stedelijke vernieuwing wonen en zorg als provinciale prioriteit te benoemen.

Woonplannentoets

In het najaar van 2004 gaan wij de huidige Nota wonen actualiseren. In deze volgende ronde van de woonplannen ligt het accent op een meer integrale aanpak, dat wil zeggen: een voldoende aanbod en differentiatie van woningen en woonmilieus met een hierop afgestemd aanbod van voorzieningen. Wij willen deze integrale woonplannen "mee beoordelen" vanuit het perspectief van de woonbehoeften van kwetsbare groepen als ouderen, jongeren en mensen met beperkingen.

Dit betekent aandacht voor:

- het realiseren van wonen met een zorgarrangement;
- welzijnsactiviteiten voor het wonen van specifieke doelgroepen;
- mobiliteit van en bereikbaarheid voor specifieke doelgroepen;
- voldoende 0-tredenwoningen;
- veiligheid in en om de woning en in de buurt.

Om na te gaan of de integrale woonplannen hiermee voldoende rekening houden, gaan wij in 2005 een CWZ-woonplannentoets ontwikkelen. De resultaten van een pilotproject Woonplannen (afronding in 2005) in de gemeente Westerveld gebruiken wij voor de ontwikkeling van de definitieve toetsen.

Zelfstandig wonen bevorderen

Aangepaste woonvormen, kleinschalige zorg en ICT zijn belangrijke instrumenten om te bevorderen dat mensen met een zorgvraag langer zelfstandig kunnen blijven wonen.

Wij willen projecten op het gebied van ICT en zorg en kleinschalige woonvormen in combinatie met zorg en dienstverlening financieel ondersteunen.

De in juni 2004 vastgestelde ICT-tender bevat een drietal belangrijke, zeer actuele (zorg)thema's, te weten zorgverlening, optimalisatie van de zorg en domotica. Deze ICT-voorzieningen kunnen een grote bijdrage leveren aan het behoud van zelfstandigheid bij wonen van specifieke doelgroepen, maar ze bevorderen ook de professionalisering en samenwerking van zorginstellingen.

Dat betekent niet dat ICT een antwoord kan bieden op alle problemen. Het is geen doel op zich maar een middel dat bepaalde ontwikkelingen kan ondersteunen. Sociale problematiek als eenzaamheid en sociaal isolement lost het niet op.

Helaas is het zo dat niet iedereen met een zorgvraag zelfstandig thuis kan wonen. Binnen de groep ouderen en mensen met verstandelijke en lichamelijke beperkingen zullen er altijd mensen blijven die, als gevolg van dementie of ernstige hulpbehoefte, niet (meer) in staat zijn de regie over hun eigen leven te voeren. Een tussenvorm, kleinschalige zorg, kan in een dergelijke situatie een oplossing bieden.

Kleinschalige zorg is een goede manier om zorg op maat te realiseren, zoals kleinschalige woonvormen in combinatie met zorg en dienstverlening binnen de muren van een grotere instelling, in kleinere wooneenheden in de buurt of bijvoorbeeld in boerderijen. Samenwerking tussen woningcorporaties, zorgaanbieders en zorgvragers is hierbij een vereiste.

Huiselijk geweld, ouderenmishandeling en kindermishandeling

Een basaal gevoel van veilig zijn in de huiselijke sfeer versterkt het sociaal welbevinden¹. Hierbij is een belangrijk aspect dat kinderen veilig kunnen opgroeien in de thuissituatie. Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling Drenthe onderzoekt en beoordeelt vermoedens van verwaarlozing van kinderen of kindermishandeling².

Het voorkomen en bestrijden van huiselijk geweld in al zijn vormen is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van overheden (het Rijk, de provincie en de gemeente), waarbij gemeenten de regierol hebben. Wij vinden dat methodieontwikkeling op provinciale schaal moet plaatsvinden. Wij willen dan ook initiatieven die erop gericht zijn huiselijk geweld te voorkomen of te bestrijden ondersteunen. Hiervoor stellen wij op projectbasis middelen beschikbaar. Ook willen wij de aanbeveling uit het eindrapport Ouderenmishandeling, die aangeeft dat de bestrijding van ouderenmishandeling deel moet gaan uitmaken van het OGGZ-beleid van de gemeenten, ondersteunen. Aansluitend zoeken wij naar mogelijkheden voor samenwerking in de bestrijding van ouderenmishandeling.

In 2005 onderzoeken wij de mogelijkheid van een provinciale meldstructuur voor huiselijk geweld. Aan de hand van de uitkomsten van het oriënterend onderzoek wordt in de periode 2006-2008 een experiment opgezet met een "breed" meldpunt.

Multifunctionele dienstencentra

Wij willen samen met gemeenten projecten ontwikkelen voor multifunctionele dienstencentra. In onze provincie is een verandering waarneembaar in de behoefte aan voorzieningen in met name het landelijk gebied. Er is sprake van een sterke vergrijzing en de indruk bestaat dat ook een verschraving van het voorzieningenniveau optreedt. Deze indruk wordt bevestigd door gemeenten die aangeven dat het voorzieningenniveau (lokaal en bovenlokaal) onder druk staat. Door de ontwikkeling van multifunctionele dienstencentra te stimuleren met provinciale middelen kunnen wij deze verschraving tegengaan.

De Nota multifunctionele dienstencentra, kansen voor voorzieningen in het landelijk gebied (april 2004), geeft een duidelijk provinciaal kader voor het beleid met betrekking tot multifunctionele dienstencentra voor de komende jaren.

Bereikbaarheid van voorzieningen

De verschraving van voorzieningen op het platteland vraagt van bewoners een grotere mobiliteit. Voor minder mobiele doelgroepen als ouderen, mensen met beperkingen of jongeren, die vaak afhankelijk zijn van georganiseerd vervoer kan dit een probleem opleveren. Uit een verkennende studie naar zelfstandig wonen van mensen met een handicap in Drenthe van het Onderzoeksbureau CWZ (2003) blijkt dat de ontoereikendheid van het openbaar en speciaal vervoer de integratie van deze mensen in de weg staat.

In het POP II beschrijven wij dat de overheid de bereikbaarheid van basisvoorzieningen stimuleert door te investeren in het openbaar vervoer, maar dat het tegelijkertijd moeilijk is om in de Drentse situatie het gewenste vervoersaanbod in stand te houden.

¹ Domotica draagt eveneens bij aan een gevoel van veiligheid in huis, maar heeft veel minder te maken met de veilige huiselijke sfeer, waar het hier om gaat. Domotica komt aan de orde bij ICT en zorg.

² Het AMK valt onder de verantwoordelijkheid van jeugdzorg en wordt om die reden verder uitgewerkt in het Beleidskader jeugdzorg.

In het landelijk gebied zal er echter altijd een bepaald niveau van openbaar vervoer moeten blijven. Om dit betaalbaar te houden streven wij, in samenspraak met de bewoners, naar vervoer op maat.

De provincie gaat onderzoeken hoe wij vervoer op maat verder kunnen ontwikkelen en hoe wij betrokken partijen kunnen stimuleren tot samenwerking en afstemming als het gaat om de minder mobiele groepen in Drenthe.

Lokale loketten

Naar verwachting wordt de WMO in 2005 van kracht. Deze wet bepaalt dat allerlei vragen op het gebied van wonen, welzijn en gezondheid op lokaal niveau beantwoord moeten worden. Uit recent onderzoek is gebleken dat het vinden en toepassen van de juiste informatie voor bepaalde groepen ouderen en gehandicapten een probleem is. Een integraal antwoord op een hulpvraag is hierbij essentieel. Niet de vrager moet doorgestuurd worden, maar de vraag. Met het opzetten van lokale loketten, ingevuld naar de lokale behoefte, ontstaat één punt waar men de gewenste informatie kan vinden. Deze loketten kunnen zowel fysiek als digitaal vorm krijgen.

Wij leveren een financiële bijdrage aan de ontwikkeling van lokale loketten in vier pilot-gemeenten met het doel de resultaten over te dragen naar de andere Drentse gemeenten.

Wet op de maatschappelijke ondersteuning

In het najaar van 2004 willen wij een werkconferentie organiseren rondom de WMO. Alle belangrijke partijen uit het Drentse zorgveld worden hiervoor uitgenodigd. Op deze dag zal de vraag voorliggen welke implicaties de WMO heeft voor de zorg in Drenthe. Onder andere de gevolgen van deze nieuwe wet voor het zorgvragersbeleid en voor het gemeentelijke zorg- en welzijnsbeleid zullen dan belicht worden, maar ook de vraag hoe gemeenten kunnen worden ondersteund bij hun nieuwe taken en verantwoordelijkheden. De rol van de zorgverzekeraar komt eveneens aan de orde.

Aan de hand van de uitkomsten van deze werkconferentie zullen wij een vervolgtraject vaststellen.

5.2. Zorg en maatschappij

Wat speelt er?

Wij zijn van mening dat ieder mens er recht op heeft om op eigen wijze mee te doen aan de samenleving en daarbij zo nodig geholpen moet worden. Het Sociaal rapport Drenthe 2003 spreekt in dit kader van modern burgerschap. Belemmeringen daarbij zijn vaak negatieve beeldvorming of sociaal isolement.

Wij willen ook mensen met een zorgvraag stimuleren om verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen leefomgeving om zo sociale uitsluiting te voorkomen. Mensen met een zorgvraag ondervinden ook nogal eens belemmeringen waardoor ze minder makkelijk kunnen deelnemen aan het arbeidsproces.

Maatschappelijke betrokkenheid kan ook tot uiting komen in de vorm van participatie in beleidsontwikkeling. De programmatische Participatie van de Provinciale sociale agenda CWZ 2005-2008 heeft als doelstelling mensen in staat stellen hun krachten te bundelen en zodoende gesprekspartner te zijn bij diverse beleidsvoorbereidende en besluitvormingsprocessen van de overheid en andere organisaties die gebaat zijn bij de inbreng van specifieke groepen.

Wij willen dit bevorderen door zorgvragers te ondersteunen bij het participeren in de ontwikkeling van het (zorg)beleid van zorginstellingen, de gemeenten, de provincie, de zorgverzekeraars en het zorgkantoor.

Last but not least willen wij de positie van en de belangenbehartiging voor mantelzorgers versterken en ondersteunen. Mantelzorg is bevorderlijk voor de vermaatschappelijking van zorg. Daarnaast gaan wij onderzoeken of de inzet van vrijwilligers in de mantelzorg vergroot kan worden.

Onze ambities op een rij

- Verminderde sociale uitsluiting van en een verhoogde deelname aan maatschappelijke activiteiten door mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking en/of psychosociale problemen en (ex-)psychiatrische patiënten.
- Versterken van de positie van mantelzorgers en stimuleren dat zij "mondige" mantelzorgers zijn die de belangen van de groeiende groep mantelzorgers kunnen behartigen.
- Een sterkere ondersteuningsstructuur voor mantelzorgers en meer contactgroepen voor lotgenoten. Ook willen wij bevorderen dat er meer vrijwilligers in de mantelzorg actief zijn.
- Vergroten van de participatie door zorgvragers bij beleidsontwikkeling van instellingen of overheden.
- Vergroten van de arbeidsparticipatie van mensen met een zorgvraag.
- Actieve voorlichting door de werkgeversorganisaties midden- en kleinbedrijf Noord en VNO-NCW aan hun leden over (subsidie)mogelijkheden bij het in dienst nemen van mensen uit kwetsbare groepen en over de manier waarop aanwezige kwaliteiten beter benut kunnen worden.
- Het beeld dat het bedrijfsleven heeft van (de capaciteiten van) mensen met een psychiatrische problematiek en mensen met een lichamelijke beperking, moet in 2007 aantoonbaar verbeterd zijn.
- Tot slot moet het tekort aan dagbestedings- en leer-werkplaatsen voor mensen met een verstandelijke beperking gefaseerd worden opgelost.

In de afgelopen jaren hebben wij met onze beleidsinstrumenten verschillende initiatieven en ontwikkelingen op het gebied van maatschappelijke participatie, participatie bij beleidsontwikkeling en belangenbehartiging van zorgvragers ondersteund.

Bijvoorbeeld.

- Om te voorkomen dat mensen sociaal geïsoleerd raken of blijven, hebben wij bijvoorbeeld vanuit onze subsidieregeling Integraal ouderenbeleid een project Sociale activering van ouderen ondersteund.
- Om de maatschappelijke activering en betrokkenheid van oudere mensen te stimuleren, hebben wij de projecten Meer bewegen voor ouderen en Seniorenzomerschool ondersteund.
- Binnen de gehandicaptenzorg is integratie en participatie al langer een thema. Mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking moeten zoveel mogelijk zelfstandig of begeleid wonen en moeten primair een beroep kunnen doen op algemene, in beginsel voor iedereen toegankelijke voorzieningen. Uitgangspunt hierbij is "gewoon waar kan, speciaal waar moet". Wij hebben een aantal projecten rondom dit thema ondersteund en gefaciliteerd.
- De afgelopen jaren zijn verschillende projecten voor mantelzorgers door ons geïnitieerd en gefaciliteerd of hebben wij financiële steun gegeven.
- Wij hebben met STAMM de Ideeënfabriek georganiseerd met het doel de mening van jongeren te horen over onderwerpen die met jeugdzorg te maken hebben (Beleidskader jeugdzorg 2003-2006).
- Een aantal initiatieven van Drentse organisaties dat tot doel heeft de positie van zorgvragers te versterken, is door ons in de afgelopen periode ondersteund vanuit onze subsidieregelingen Zorg en Integraal ouderenbeleid.

- Sinds juli 2000 subsidiëren wij het RPCP. Dit RPCP heeft de specifieke belangenbehartiging en ondersteunende werkzaamheden voor regionale organisaties van patiënten en consumenten op de gebieden zorg en zekerheid ten doel. Zij ondersteunen hiertoe een aantal aangesloten organisaties en voeren diverse regionale projecten uit.
- In het kader van het convenant Arbeidsmarktbeleid Drentse gemeenten vindt geregeld afstemmingsoverleg plaats tussen de gemeenten en de provincie en worden samenwerkingsprojecten geïnitieerd ter verbetering van de positie van bijzondere groepen op de arbeidsmarkt.
- Wij hebben de mening van jonggehandicapten gehoord over wat ze willen doen in en met hun vrije tijd.

Wat gaan wij doen om onze ambities waar te maken?

Zorgvragersbeleid

Wij blijven ons inzetten voor de versterking van de positie van de zorgvragers.

De essentie van cliëntenparticipatie is het betrekken van de zorgvragers bij het ontwikkelen van beleid in instellingen en gemeenten, maar ook bij het provinciale beleid. Bij cliëntenparticipatie gaat het enerzijds om (het instandhouden van) de maatschappelijke betrokkenheid van mensen met een zorgvraag en anderzijds de betrokkenheid van zorgvragers bij de ontwikkeling van instellings- of overheidsbeleid. Projecten gericht op sociale activering en het voorkomen van eenzaamheid kunnen voor zorgvragers een belangrijke bijdrage leveren aan het behoud van maatschappelijke betrokkenheid. Een zinvolle dagbesteding of passende arbeid bevorderen eveneens de deelname van mensen met een zorgvraag aan het maatschappelijke leven. Wij willen projecten die hieraan bijdragen ondersteunen.

Wij willen de ontwikkeling van een vraaggerichte zorg stimuleren en ondersteunen. Bij vraaggerichtheid moet de zorgvrager (leren) de regie (te) nemen over wat hem of haar aangaat. Het moet vanzelfsprekend worden dat de zorgvragers "aan tafel zitten" bij nieuwe ontwikkelingen en initiatieven. Instellingen en organisaties (op het gebied van wonen, zorg en welzijn) dienen rekening te houden met wensen en behoeften van de zorgvrager en hun beleid daarop af te stemmen. Het is daarbij ook belangrijk dat zij weten hoe zij zicht krijgen op deze wensen en behoeften. Zorgvragers zullen mondiger moeten worden om kenbaar te maken wat hun wensen en behoeften zijn op het gebied van wonen, zorg en welzijn.

Het is een taak van het RPCP de positie van de zorgvragers te verstevigen. Zij kan dit bevorderen door bundeling van lokale cliëntenplatforms, door het ondersteunen van cliëntenraden, door het aanbieden van deskundigheidsbevordering en door op te treden als spreekbuis. Hiervoor is het ook belangrijk dat het RPCP landelijke ontwikkelingen en trends, zoals community care, vertaald naar het Drentse zorgvragersbeleid. Trendonderzoeken van onder meer het onderzoeksbureau kunnen ook een goede impuls zijn om in te spelen op toekomstige zorgvragen.

Wij willen de komende beleidsperiode organisaties en instellingen ondersteunen bij het zorgvuldig betrekken van zorgvragers bij de ontwikkeling van hun (nieuwe) beleid. Subsidieverzoeken op dit terrein zullen wij beoordelen en zo mogelijk honoreren. Voorwaarde is dat de gesubsidieerde activiteit bijdraagt aan de uitvoering van provinciaal beleid.

Beeldvorming

Vermaatschappelijking van zorg leidt vooral binnen de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg tot het scheiden van wonen en zorg. Dit betekent dat ook mensen met een beperking of psychiatrische problematiek in een "gewoon huis", in een "gewone buurt" wonen.

Beeldvorming over de mogelijkheden van deze mensen leidt nog wel eens tot onbegrip en vooroordelen in een buurt of een wijk. Om integratie van mensen met beperkingen of met psychiatrische problematiek te bewerkstelligen is meer nodig dan huisvesting in de wijk en volwaardige dagbesteding.

Onderzoek heeft aangetoond dat negatieve beeldvorming over mogelijkheden van mensen met een beperking er toe leidt dat deze groep mensen vaak moeilijk betaald werk kan vinden, ondanks de Wet gelijke behandeling. Voor een belangrijk deel wordt dit veroorzaakt door de beeldvorming bij werkgevers over de mogelijkheden en inzetbaarheid van mensen uit deze groepen. Bijvoorbeeld de onterechte aannahme dat mensen met een lichamelijke functiebeperking vaker dan gemiddeld ziek zijn. De participatie van mensen met een verstandelijke functiebeperking op de arbeidsmarkt is ook minimaal te noemen. Toch is in een behoorlijk aantal gevallen deelname aan het reguliere arbeidsproces mogelijk, met name in de vorm van aangepaste arbeid.

Waar nodig betalen wij mee aan projecten die de beeldvorming over de arbeidsdeelname van kwetsbare groepen als mensen met een lichamelijke beperking of psychiatrische problematiek verbeteren³. Deze projecten worden in samenwerking met werkgeversorganisaties en het Centrum voor Werk en Inkomen opgezet. Wij maken daarnaast afspraken met onze betrokken instellingen (STAMM en RPCP) over hun inzet.

De invoering van het zogenaamde "rugzakje" heeft geleerd dat deelname van kinderen met een beperking aan het reguliere onderwijs bijdraagt aan hun participatie en integratie en dat de beeldvorming over deze kinderen positief verandert. Dit past binnen het uitgangspunt "gewoon waar kan, speciaal waar het moet".

Beeldvorming is in november 2003 onderwerp van een workshop geweest tijdens een werkconferentie over Vermaatschappelijking in de GGZ. Hier is onder andere het belang van voorlichtingsbijeenkomsten in de buurt en van buurtoverleg met veel partijen naar voren gekomen als mogelijke instrumenten om negatieve beeldvorming te voorkomen of te bestrijden.

De Vereniging van Drentse Gemeenten zal het voortouw nemen voor de uitvoering op lokaal niveau van deze en andere in de workshops benoemde zaken. Aan een van onze budgetinstellingen wordt gevraagd om de verdere ontwikkeling van de vermaatschappelijking van de zorg (inclusief beeldvorming) op lokaal niveau te ondersteunen.

Wij willen ons inzetten om de negatieve beeldvorming om te buigen naar een reëel beeld van de mogelijkheden van vorengenoemde doelgroepen. Met onze subsidieregelingen willen wij projecten ondersteunen die gericht zijn op de verbetering van de beeldvorming van vorengenoemde doelgroepen.

Begeleid leren en werken

Voor mensen met een verstandelijke beperking zijn er onvoldoende mogelijkheden voor begeleid leren en werken of aangepaste werkzaamheden. Uit de eerdergenoemde verkennende studie van het onderzoeksbureau blijkt dat de doorstroming naar betaalde arbeidsplaatsen vrijwel nihil is voor mensen met een lichamelijke handicap en beperkt voor mensen met een verstandelijke handicap.

Deelname aan het arbeidsproces betekent voor deze groep mensen juist een zinvolle invulling van hun leven. Het houdt hen actief, biedt regelmaat en de mogelijkheid deel te nemen aan het maatschappelijke leven.

Wij willen duurzame initiatieven ontwikkelen om mensen met een verstandelijke beperking een passende dagbesteding of leer-werkplaatsen aan te kunnen bieden. Onze betrokken instellingen krijgen daartoe een makelende functie.

³ De groep mensen met een lichamelijke beperking of psychiatrische problematiek maken deel uit van een bredere doelgroep, die voor heel CWZ geldt (zie 2005-2008). Wij willen vanuit ons zorgbeleid specifiek een bijdrage leveren voor de groep mensen met een zorgvraag.

Mantelzorg en vrijwilligers in de zorg

Mantelzorg is zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een zorgbehoevende in de directe omgeving, waarbij de zorg rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie. Ongeveer 10% van de mensen in Drenthe verleent mantelzorg. Mantelzorgers hoeven niet direct familie of vrienden te zijn. Mantelzorg kan ook gegeven worden door vrijwilligers al of niet via speciale projecten, zoals het Maatjesproject. Hierbij vormt een vrijwilliger een koppel met een (ex-)psychiatrische patiënt en ondernemen ze gezamenlijk activiteiten.

Er is een grote maatschappelijke behoefte aan mantelzorgers, terwijl de zorg om de mantelzorg zelf nog te wensen overlaat. Veel mantelzorgers raken overbelast en krijgen op den duur problemen met de combinatie van arbeid, school en mantelzorg.

Lange tijd kon de mantelzorg op niets of niemand terugvallen voor ondersteuning. Daar is de laatste jaren verandering in gekomen. Bij ons heeft de erkenning geleid tot het initiëren en faciliteren van verschillende projecten voor mantelzorgers. Het project Om de tafel met mantelzorgers hebben wij financiële steun gegeven.

De verwachting is dat de betekenis van de informele zorg (mantelzorg en vrijwilligerswerk) de komende decennia zal groeien. Dit is een gevolg van ontwikkelingen als wijzigingen van de AWBZ, ombuigingen in de zorg (thuiszorg), toenemende participatie op de arbeidsmarkt, de dubbele vergrijzing, omslag naar vraaggerichte zorg, individualisering en het zo lang mogelijk zelfstandig willen wonen. Wij willen de komende periode de ondersteuning van de positie van mantelzorg en mantelzorgers voortzetten. Hierbij willen wij in het bijzonder aandacht geven aan de positie van jonge mantelzorgers (in de schoolleeftijd), omdat dit een kwetsbare groep is en er nog onvoldoende ondersteuningsstructuren zijn voor deze groep.

Op het terrein van mantelzorg willen wij een rol als aanjager, bemiddelaar en facilitator vervullen. Daarnaast laten wij het Drents Platform Mantelzorgers ondersteunen door één van onze provinciale steunfuncties. Wij willen de georganiseerde netwerken rond mantelzorg bij de relevante onderdelen van ons beleid betrekken. Verder willen wij projecten financieren, gericht op de werving van vrijwilligers die ingezet kunnen worden om tekorten in de mantelzorg op te vangen of die respijtzorg kunnen bieden.

5.3. Zorg en gezondheid

Wat speelt er?

Binnen de gezondheidszorg neemt de vraag naar cure en care gerichte zorg toe. Dit komt enerzijds door de dubbele vergrijzing, anderzijds door de mogelijkheden die de medische sector en de sector verpleging en verzorging ons te bieden hebben. Maar de financiële ruimte voor de zorg blijft gelijk of neemt zelfs af, waardoor steeds meer een beroep wordt gedaan op de eigen inzet en verantwoordelijkheid.

Onder Zorg en wonen geven wij al aan dat wij de spreiding en bereikbaarheid van voorzieningen en de aanwezigheid van basisvoorzieningen in de directe leefomgeving belangrijk vinden. Voorzieningen zoals verpleeghuis, ziekenhuis en ambulances mogen wat verder weg zijn. Maar net als voor huisartsenzorg en thuiszorg geldt ook voor deze bovenlokale voorzieningen dat de afstand niet te groot mag worden en dat het aanbod toegankelijk en betaalbaar blijft.

Voor zorgverzekeraars, aanbieders en zorgvragers ligt hier een belangrijke opdracht. Maar ook gemeenten en provincie hebben hierin een rol. Daarbij vraagt in een plattelandsprovincie als Drenthe de schaal waarop vooral de eerste- en de tweedelijnsvoorzieningen zijn georganiseerd en wordt extra aandacht aangeboden. Met andere woorden: hoe zorgen wij ervoor dat groot-schalig georganiseerde voorzieningen kleinschalig kunnen worden aangeboden? Samenwerking, afstemming en soms bundeling van voorzieningen kunnen hiervoor als instrumentarium dienen.

Naast bereikbare zorg is ook de kwaliteit van het aanbod belangrijk. Dit moet voldoende zijn afgestemd op de vraag en burgers moeten voldoende bekend zijn met de mogelijkheden van het aanbod.

Onze ambities op een rij

- Een optimale spreiding en toegankelijkheid van zorgvoorzieningen, waaronder de ambulancezorg.
- Samen met aanbieders, patiënten/consumenten in kaart brengen wat het wenselijke en aanvaardbare aanbod van voorzieningen is op Drentse schaal en wat er nodig is om dit te waarborgen.
- De kwaliteit van de zorg verbeteren door zorginstellingen gevoeliger te maken voor de seksspecifieke en/of culturele verschillen van de zorgvragers.

In de afgelopen jaren hebben wij met onze beleidsinstrumenten verschillende initiatieven en ontwikkelingen op het gebied van gezondheidszorg ondersteund.

Bijvoorbeeld.

- Wij stimuleren het ontwikkelen van een multifunctionele dienstencentra. Dit biedt mogelijkheden voor een aantal voorzieningen om een lokaal aanbod te behouden.
- Wij hebben middelen beschikbaar gesteld om de ontwikkeling van een drietal hospices mogelijk te maken. Dit zijn verblijfsmogelijkheden voor mensen in de laatste fase van hun leven.
- Wij financieren het project waarin de knelpunten binnen de huisartsenzorg zichtbaar worden.
- Wij faciliteren het Drents Platform Samenwerking Spoedeisende Zorg, een project waarin de ketenpartners de knelpunten en mogelijke oplossingen in de spoedzorg onder de loep nemen.

Wat gaan wij doen om onze ambities waar te maken?

Afstemming zorgvoorzieningen

In onze Provinciale sociale agenda CWZ 2005-2008 zeggen wij het belangrijk te vinden dat de verschillende zorgorganisaties zich bezinnen op hun huidige en toekomstige samenwerking in de gezondheidszorg, de zogenoemde ketenzorg. Hierbij houden wij rekening met de specifieke situatie van Drenthe als plattelandspovincie met enkele hoofdkernen en vele kleinere kernen. Betere samenwerking en afstemming tussen de verschillende onderdelen binnen de keten van de gezondheidszorg biedt mogelijkheden voor het vergroten van de schaal en het bereik van voorzieningen. Het combineren van functies binnen deze voorzieningen biedt mogelijkheden voor kwalitatieve verbetering.

Het veld van de gezondheidszorg staat de komende jaren voor de vraag hoe het toeleiden van patiënten naar de verschillende zorgfuncties zo optimaal en effectief mogelijk gerealiseerd kan worden. Uitgangspunt hierbij moet zijn het patiëntenperspectief, een vraaggericht aanbod waarbij de patiënt centraal staat. Essentieel hierbij is een vrije denktrant, los van domeindenken, over de inrichting en het aanbod van zorgfuncties, resulterend in optimale beantwoording van de zorgvraag met gebruikmaking van optimale expertisemogelijkheden.

Het is voor partijen in het veld belangrijk het gesprek met elkaar aan te gaan over samenwerking en samenhang en over hoe grootschalig georganiseerde zorg kleinschalig aangeboden kan worden. Bereikbare eerste- en tweedelijnszorg voor iedereen betekent samenwerking van professionals, het vervagen van grenzen in het zorgaanbod, een andere toeleiding naar zorg en het herschikken en mogelijk loslaten van domeingrenzen tussen zorgvoorzieningen.

Wij willen hierin een schakelfunctie vervullen door initiatieven, gericht op samenhang en samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorgvoorzieningen, te stimuleren en te ondersteunen. Ook willen wij een bijdrage leveren aan een discussie over de Drentse Maat van eerste- en tweedelijnszorgvoorzieningen en over de wenselijkheid van de fysieke en virtuele nabijheid van deze voorzieningen.

In het najaar van 2004 organiseren wij samen met de zorgverzekeraar en het RPCP een werkconferentie over toegankelijke eerste- en tweedelijnszorg vanuit het zorgvragersperspectief.

Op basis van de resultaten van deze conferentie zullen wij onze verdere inzet bepalen.

De provinciale steunfunctie RPCP vragen wij een visie te ontwikkelen op wenselijk aanbod van eerste- en tweedelijnsvoorzieningen vanuit patiënten- en consumentenperspectief.

Binnen de spoedeisende zorg is deze noodzaak van een betere afstemming en samenwerking eveneens aanwezig. Met een conferentie in maart 2004 is hiermee een start gemaakt. Tijdens deze conferentie spraken vertegenwoordigers van een groot aantal Drentse organisaties uit de keten van spoedeisende zorg over de ontwikkelingen in deze sector. Aan het eind van deze bijeenkomst is een aantal (knel)punten geformuleerd waarop betrokkenen in de spoedeisende zorg zich zouden moeten richten. Het eveneens ingestelde Drents Platform Spoedeisende Zorg werkt deze punten uit en draagt oplossingen aan om hierin verbetering te brengen. Belangrijk aandachtspunt is de totstandbrenging van een efficiëntere samenwerking in de acute medische zorg.

De Centrale Huisartsdienst is trekker van dit initiatief. Wij faciliteren het traject. De blauwdruk voor een goed systeem voor een effectief en efficiënt samenwerkende keten voor spoedeisende medische zorg, inclusief oplossingsmogelijkheden wordt ter beschikking van het veld gesteld. Op basis van deze rapportage gaan wij eveneens onze verdere inzet bepalen.

Ambulancevervoer

Bij een goed afgestemde en samenwerkende infrastructuur van eerste- en tweedelijnszorgvoorzieningen hoort ook een goed dekkende infrastructuur voor ambulancevervoer. Een goed gespreid aanbod van standplaatsen en parate diensten vinden wij van essentieel belang voor onze inwoners.

In de afgelopen jaren is er veel gesproken over de verantwoordelijkheden binnen de ambulancezorg; planning en financiering in één hand bij rijksoverheid, zorgverzekeraar of provincie.

Nu zijn planning en financiering nog gescheiden verantwoordelijkheden. Wij zijn verantwoordelijk voor het vaststellen van een spreidingsplan voor het ambulancevervoer. Wij streven er naar de ambulanceposten zo te plaatsen dat de optimale spreiding gehaald wordt. Richtlijn hierbij is dat bij een spoedmelding in 95% van de gevallen een ambulance binnen vijftien minuten ter plekke is.

Zo nodig wordt het Spreidingsplan Drenthe hiervoor gewijzigd of aangepast.

Hoewel de financiering van het ambulancevervoer niet onze verantwoordelijkheid is, hebben wij de afgelopen jaren incidenteel projecten gefinancierd, zoals het installeren van een Global Position System in alle ambulances. Ook in de komende periode sluiten wij het financieren van dergelijk projecten niet uit.

Kwaliteit van de zorg

Kijken naar mensen

Naast kwantiteit van zorg, zoals een voldoende voorzieningenniveau, vinden wij ook kwaliteit van zorg erg belangrijk. Een goede bejegening, het luisteren naar wensen en behoeften van de zorgvrager (zie cliëntparticipatie) en rekening houden met sekse en culturele achtergrond van de zorgvrager is essentieel voor goed gekwalificeerde zorg.

Daarbij gaat het overal om kennis over de verschillen in zorgbehoeften bij vrouwen en mannen en de bereidheid te zoeken naar effectieve manieren om het zorgaanbod te laten aansluiten op de gedifferentieerde zorgbehoeften. Wij vinden het belangrijk dat zorginstellingen aandacht besteden aan deze verschillen in zorgvragen en dat ze in hun zorgaanbod rekening houden met seksespecifieke aspecten.

Ook culturele verschillen kunnen een rol spelen bij het ontstaan van een kloof tussen zorgaanbod en zorgbehoefte. Allochtone vrouwen formuleren hun zorgvraag vaak anders dan autochtone vrouwen en hebben in het zorgaanbod andere aandacht nodig dan allochtone vrouwen.

Interculturalisatie van de zorg is gericht op het cultuurgevoeliger maken van voorzieningen in de gezondheidszorg met het doel allochtone en autochtone zorgvragers gelijkwaardige kwaliteit van en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen. Het Onderzoeksbureau CWZ heeft in 2003 een onderzoek verricht waarin de vraag centraal stond of er in de Drentse gezondheidszorg gewerkt wordt aan (de ontwikkeling van) een beleid dat de interculturalisatie van de zorg bevordert⁴. Hieruit bleek dat er door de Drentse gezondheidszorg diverse initiatieven genomen zijn om de zorg voor allochtonen op een gelijkwaardig niveau te brengen met dat van autochtonen. Toch verloopt de zorg aan allochtone zorgvragers minder probleemloos dan bij autochtone. Problemen doen zich dan met name voor op het gebied van de communicatie.

Ook in de jeugdzorg heeft men de ervaring dat sommige groepen jongeren, zoals jeugdigen met een andere culturele achtergrond, minder gebruikmaken van het (jeugd)zorgaanbod in Drenthe⁵.

Vanuit onze vraaggerichte missie voor de zorg in Drenthe willen wij bevorderen dat het zorgaanbod meer cultuurgevoelig is met als doel een gelijkwaardige kwaliteit van en toegang tot de zorg. Onze subsidie-instellingen wordt gevraagd om aan de kwaliteit van de zorg vanuit zorgvragersperspectief (aandacht voor sekse en culturele achtergrond) aandacht te blijven besteden.

Initiatieven die er op gericht zijn om de toegang tot de zorg voor allochtonen op een gelijkwaardig niveau te brengen met dat van autochtonen willen wij ondersteunen.

Deskundigheidsbevordering

Naast het kijken naar de mens achter de zorgvrager is gekwalificeerd personeel belangrijk voor een goede kwaliteit van de gezondheidszorg.

De provincie wil met zorgaanbieders kijken naar mogelijkheden om gebruik te maken van gelden uit het Europees sociaal fonds met het doel scholingsprojecten te realiseren die er op gericht zijn de kwaliteit van medewerkers in de gezondheidszorg te vergroten.

Tijd voor mensen

Door een tekort aan personeel in de zorg is er in zorginstellingen niet altijd voldoende tijd om aandacht te besteden aan de zorgvragers. Dit komt de kwaliteit van de zorg en het welbevinden van de zorgvrager uiteraard niet ten goede. Vrijwilligers in de zorg en mensen met ID-banen kunnen hier een belangrijke rol spelen als zij ingezet worden om met zorgvragers eenvoudige activiteiten te ondernemen, zoals een spelletje spelen, een praatje maken of wandelen.

De provincie wil met een tijdelijke stimuleringsregeling bijdragen aan het behoud van ID-banen. Tevens willen wij projecten, gericht op inzet van vrijwilligers in de zorg (of mantelzorg), ondersteunen.

⁴ Zorg vertolken. De stand van interculturalisatie van de Drentse gezondheidszorg vanuit het perspectief van de zorgverleners. Bestuurscommissie OCWZ, januari 2004.

⁵ De uitwerking van dit vraagstuk vindt plaats in het Beleidskader jeugdzorg.

6. COMMUNICATIE

Als provincie ondersteunen wij initiatieven van derden die passen in ons beleid en stellen daarvoor soms speciale budgetten beschikbaar. Hiervoor is het uiteraard van essentieel belang dat wij op de hoogte zijn en blijven van wat er speelt in het Drentse zorgveld.

Om ons zorgbeleid af te kunnen stemmen op de ontwikkelingen in het veld is uitwisseling van informatie, maar ook van ideeën, van essentieel belang. Wij willen dan ook in gesprek blijven met de voor ons belangrijke partijen in het zorgveld: zorgvragers, zorgkantoor, zorgverzekeraar, zorgaanbieders, gemeenten en ook de woningcorporaties. Dit kan via individuele gesprekken met betrokkenen uit het zorgveld, maar het kan ook op grootschaliger wijze georganiseerd worden.

Naast incidentele bijeenkomsten, zoals een expertmeeting of een kleinere themabijeenkomst, willen wij in ieder geval elk jaar één of twee bijeenkomsten organiseren rond een bepaald thema, waar alle belangrijke partijen uit het zorgveld voor worden uitgenodigd. In deze bijeenkomsten kunnen zo nodig gezamenlijke knelpunten in het zorgveld benoemd worden, samenwerkingsafspraken worden gemaakt om aan een oplossing te werken. Ook kan hiervoor eventueel een "trekker" of probleemhouder aangesteld worden.

AFKORTINGENWIJZER

AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
POP	Provinciaal omgevingsplan
CWZ	cultuur, welzijn en zorg
OGGZ	Openbare geestelijke gezondheidszorg
RPCP	Regionaal Patiënten Consumenten Platform
WMO	Wet op de maatschappelijke ondersteuning
ICT	informatie- en communicatietechnologie
ISV	Investeringsbudget Stedelijke Vernieuwing

ab/coll.