

NOTA OUDERENBELEID

**Uitgebracht in opdracht van
het Bestuurscollege van het
Eilandgebied Curaçao 1996**

2		INHOUD
3		VOORWOORD
4	Hoofdstuk 1	INLEIDING
8	Hoofdstuk 2	DE HUIDIGE OUDERENZORG OP CURAÇAO
12	Hoofdstuk 3	DE AFSTEMMING VAN ZORGVRAAG EN ZORGAANBOD
20	Hoofdstuk 4	AANMELDING, INDICATIE STELLING EN TOEWIJZING
21	Hoofdstuk 5	DE BEREIKBAARHEID VAN DE ZORG
22	Hoofdstuk 6	OMTRENT DE TOERUSTING
23	Hoofdstuk 7	DE REGULERING VAN DE ZORG
24	Hoofdstuk 8	DE FINANCIERING VAN DE ZORG
28	Hoofdstuk 9	BELEIDSAANBEVELINGEN
35		AFKORTINGEN
36		GERAADPLEEGDE LITERATUUR
38		COLOFON

VOORWOORD

De Commissie Voorbereiding Ouderenbeleid, die door de Curaçaose Overheid is ingesteld voor de ontwikkeling van het ouderenbeleid in de komende jaren, heeft in één van haar eerste notities het volgende gesteld :

In de Nota Ouderenbeleid zullen diverse aspecten beschreven moeten worden die niet alleen aangeven hoe de zorg voor ouderen op Curaçao gestructureerd zou moeten worden, aangepast aan de te verwachten behoeften in de naaste toekomst, maar ook aandacht moeten besteden aan het welzijn van ouderen in het algemeen. Hierbij uitgaande van de uit de ervaring van werkers in de ouderenzorg voortkomende zienswijzen, uitgangspunten en wensen. De huidige vormen van zorg en de ervaren problematiek in de uitoefening ervan zullen worden geïnventariseerd . In de nota zal aangegeven moeten worden welke de wenselijke ontwikkeling voor de toekomst is. De commissie acht het van groot belang dat op een zo breed mogelijke basis van gedachten wordt gewisseld met de werkers in het veld: vertegenwoordigers van zo veel mogelijk overheids- en particuliere instanties die met (de zorg van) ouderen van doen hebben, alsook van de ouderen zelf.

Uitgangspunten van de commissie zijn hierbij:

- dat door consensus de zorgverlening aan ouderen optimaal zal kunnen functioneren en dat getracht moet worden een dergelijke consensus te bereiken.
- dat de historisch gegroeide particuliere initiatieven, die ontstaan zijn uit de bestaande noodzaak, de belangrijkste bronnen van ervaring en expertise vormen van de Curaçaose ouderenzorg.
- dat het voor de te ontwikkelen activiteiten noodzakelijk is om te komen tot normering van opname-indicaties en normering van kwaliteit van de diverse vormen van ouderenzorg.
- dat voor het concretiseren van de geplande zorg en te formuleren aanbevelingen het instellen van een permanent overkoepelend orgaan met de daarvoor benodigde bevoegdheden noodzakelijk is.

Met het bovenstaande als uitgangspunt werden door middel van interviews en enquêtes, waaraan een 25 tal instanties deelnamen, de gegevens verkregen die de basis vormden van deze nota. Door middel van seminars werden de gegevens vervolgens getoetst en bijgewerkt. Het verkregen resultaat is de onderhavige nota, die een resultante is van onderzoek naar noodzakelijk geachte beleidslijnen en zienswijzen die thans gelden.

Ouderenbeleid is een dynamisch geheel van acties van en samenwerkingsafspraken tussen overheid en particuliere instanties. De lijnen waarlangs het ouderenbeleid dient te worden uitgevoerd zijn daarom aan veranderingen, zoals sociale ontwikkelingen en veranderende maatschappelijke zienswijzen, onderhevig. Deze nota is daarom niet een statisch document, maar zou gezien moeten worden als een werkstuk voor de komende tijd, dat steeds getoetst, bestudeerd en aangepast moet worden. Uit dit oogpunt gezien hecht de Commissie Voorbereiding Ouderenbeleid veel waarde aan het op zeer korte termijn in het leven roepen van de in de nota genoemde 'Raad voor Ouderenbeleid' . die kan toezien op voortgang van de aanbevelingen van deze nota, deze kan bijsturen en toetsen aan de ontwikkelingen in de toekomst.

1. INLEIDING

Curaçao vergrijst, en in een steeds sneller tempo. In 1995 zijn er, volgens recente gegevens, op het eiland ongeveer 17.000 mensen in de leeftijdscategorie van 60 jaar en ouder Dit is 12,1 % van de bevolking. In het jaar 2000 zal het percentage oplopen tot 14,5 en in 2010 zal de bevolking van Curaçao uit ruim 26.000 mensen van 60 jaar en ouder bestaan, oftewel 19,4% van de bevolking. In het jaar 2020 zal één op de vier mensen 60 jaar en ouder zijn.

Jaar/ leeftijd	1990	1995	2000	2005	2010	2020
60+	15454	17362	19842	21612	26202	33772
65+	10638	11802	13443	14549	17713	23928
70+	7085	7417	86538	9686	11222	15263
75+	4204	4384	4612	5322	6156	8453
80+	2067	2193	2293	2436	2886	4046
	146564	144692	141972	138512	134770	127041 *

* totale bevolking

De ouderdom als levensfase maakt een steeds groter deel van het leven uit. Op Curaçao is men langere tijd 'oudere' dan dat men deel uitmaakt van de kindershare. Volgens internationale normen van de WHO wordt iemand 'oudere' genoemd wanneer de leeftijd van zestig jaar is bereikt. Het is overigens opmerkelijk dat, evenals dat in een aantal andere landen het geval is, ook op Curaçao de leeftijdsgrens voor 'ouderen' steeds vroeger wordt gelegd, terwijl steeds meer mensen langer leven. Niet de fysieke of geestelijke gesteldheid van de doorsnee 60-jarige is hiervan de oorzaak; de grens wordt voornamelijk verlaagd om economische motieven, voortvloeiende uit het percentage werklozen in de samenleving. Door jongere, doorgaans goedkopere , arbeidskrachten de opvallende banen van oudere werknemers te laten invullen, verkrijgt men een gunstig effect op de werkgelegenheid en het werkloosheidspercentage.

De bevolkingsontwikkeling laat een dalende lijn zien, zoals uit de cijfers van de periode 1981-1991 blijkt (een afname van 2,2%). De relatieve toename van het aantal ouderen hangt ook samen met een daling van het geboortecijfer en met de (hoewel afnemende) emigratie. De geringe remigratie van Antillianen van hogere leeftijd zal volgens het CBS de relatieve stijging van het aantal ouderen niet beïnvloeden.

Ouderdom is geen ziekte of afwijkende levensfase, evenmin als andere levensfasen als volwassenheid of de jeugd dat zijn. Ouderdom kan wel als verdienste worden aangemerkt. Een verdienste van de oudere zelf, die een deel van zijn leven dienstig heeft gemaakt aan de maatschappij doordat hij economisch actief is geweest, een gezin heeft gesticht, aan sociale, culturele, politieke of andere activiteiten van maatschappelijk belang heeft deelgenomen. Ouderdom is ook een verdienste van de samenleving. Door een verbetering van leefomstandigheden en van het aanbod van medische, hygiënische en sociale voorzieningen stijgt de levensduur.

Wat is Ouderenbeleid?

Ouderenbeleid is het totaal aan maatregelen en voorzieningen dat noodzakelijk is ter bevordering van het lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn van ouderen in de samenleving.

Waarom Ouderenbeleid?

Niet de ouderdom op zich, maar de gevolgen en de effecten van ouderdom nopen de overheid tot het bestuderen van en sturing geven aan ouderenbeleid. Een algemene constatering is, dat het aantal ouderen toeneemt, er een relatieve vermindering is van het aantal jongeren en een verdere terugloop van de gezinsgrootte; dit zal tot een verdere afnemning van de mantelzorg leiden voor die ouderen die ondersteuning bij de zorg behoeven. Om financiële, sociale en humane redenen zal de benodigde ondersteuning zoveel mogelijk in de vertrouwde thuissituatie van de ouderen gegeven moeten worden. Een actieve opstelling van de overheid, in dit geval door het ontwikkelen van ouderenbeleid, is om meerdere redenen noodzakelijk.

Om getalsmatige redenen:

Nu is 1 op de 8 burgers van Curaçao 60 jaar en ouder en over zestien jaar hoort 1 op de 5 mensen bij deze groep. De categorie 'ouderen' is de sterkst stijgende groep burgers in onze samenleving.

Om financiële redenen:

Ouderen zijn de grootverbruikers van de gezondheidszorg. De gezondheidszorg kost ongeveer 12% van het BNP (Financieel Overzicht Zorg 1992). De kosten voor de gezondheidszorg hebben voor meer dan 50 percent betrekking op de zorg voor ouderen. Door de stijging van het aantal ouderen en daarmee van het aantal ouderen dat op de gezondheidszorg is aangewezen, wordt met de huidige organisatie van de gezondheidszorg en de financiering uit de algemene middelen, de zorg op den duur onbetaalbaar.

Om economische redenen:

De 60 jarige kan gemiddeld nog 20 jaar de rol van consument vervullen, maar met beperkte financiële middelen en economisch afhankelijk. Tegenover 1 werkende staat op Curaçao nu al 1,8 niet-werkende burger. Door verlaging van de pensioengerechtigde leeftijd en ten dele door de invoering van vervroegde uittreding neemt dit aantal alleen maar toe. Een toenemende behoefte aan ouderenzorg betekent meer behoefte aan werk in de niet commerciële sector.

Om redenen van sociale rechtvaardigheid:

Ouderen hebben de samenleving opgebouwd en dienen ook in de niet economisch actieve periode van hun leven maatschappelijk te kunnen blijven participeren. Ouderen zijn geen tweederangs burgers.

Uitgangspunten voor Ouderenbeleid

Zorgbeleid voor ouderen is een zaak voor meerdere partijen:

- zorgvrager
- zorgaanbieder
- zorgfinancier
- overheid

De zorgvrager heeft behoefte aan beleid met als uitgangspunten:

- Het zorgaanbod moet voldoende gedifferentieerd zijn om zorg op maat te geven.
- Het zorgaanbod moet snel toegankelijk zijn, bereikbaar en betaalbaar.
- Het zorgaanbod moet van goede kwaliteit zijn.

- Het zorgaanbod moet voor een belangrijk deel gericht zijn op preventie.
- Het zorgaanbod moet in een vertrouwde of vertrouwen wekkende omgeving worden aangereikt.
- Het zorgaanbod moet de maatschappelijke participatie bevorderen.

De zorgaanbieder formuleert de volgende uitgangspunten:

- Voorkómen moet worden dat de oudere 'in het verkeerde bed' terecht komt of blijft liggen. De zorgverlening moet zijn toegesneden op de vraag van de oudere en gegeven worden zolang deze nodig is.
- Samenwerking en afstemming tussen verschillende zorgaanbieders, al op het moment van indicatiestelling, zijn hiervoor noodzakelijk.
- De zorgbehoevende oudere moet voor iedere informatie- en hulpvraag bij één loket terecht kunnen.
- Er dient een goede en gemakkelijk verkrijgbare informatieverstrekking beschikbaar te zijn met betrekking tot de vormen van beschikbare zorg.
- De zorg moet zoveel mogelijk bij de oudere thuis gegeven worden. Dit houdt in: adequate huisvesting, mede waardoor adequate zorg verleend kan worden, en mede waardoor de benodigde ondersteuning beperkt kan blijven. De zelfzorg alsook de mantelzorg en de zorg door vrijwilligers moet zoveel mogelijk worden ondersteund.
- De verleende zorg moet van goede kwaliteit zijn ; kwaliteitseisen moeten gelden voor de behuizing en toerusting, voor de privacy en voor de kwantiteit en opleiding van het personeel.

Voor de zorgfinancier gelden de volgende uitgangspunten:

- Het zorgaanbod moet noodzakelijk zijn.
- Het zorgaanbod moet betaalbaar zijn.
- Het zorgaanbod moet efficiënt zijn.
- Het zorgaanbod moet effectief zijn.
- Het zorgaanbod moet zoveel mogelijk financieel zelfstandig zijn (Voorbeelden: pensioenen en premies).

De overheid formuleert de volgende uitgangspunten:

- De zorg is een verantwoordelijkheid voor de gehele samenleving.
- De zorg moet voor eenieder op gelijke wijze toegankelijk zijn.
- De zorg moet van goede kwaliteit zijn.
- De zorg moet betaalbaar zijn.
- De zorgtoewijzing en indicatiestelling moeten aansluiten bij de zorgbehoefte en niet uitgaan van het institutionele aanbod.
- De zorg moet zowel kwantitatief als kwalitatief overzichtelijk en beheersbaar zijn.
- De zorg moet toetsbaar zijn.

Drie punten springen uit het bovenstaande naar voren:

1. De zorg moet van goede kwaliteit en humaan zijn,
2. De zorg moet betaalbaar zijn,
3. De zorg moet gereguleerd, beheersbaar en controleerbaar zijn.

Risico's van Ouderdom

Terwijl het bereiken van de 60 jarige leeftijd op een vitale wijze het ideale beeld vormt, zijn er een aantal risico's te onderscheiden waarmee ouderen geconfronteerd worden en dat samenhangt met de ouderdom:

Het maatschappelijke risico:

Bij het beëindigen van de economische activiteit raakt de mens meestal van de ene op de andere dag een vast ritme kwijt, verliest hij contacten en bovenal zijn economische onafhankelijkheid. De maatschappelijke participatie uit hoofde van betaalde arbeid neemt af of gaat verloren, evenals de deelname aan maatschappelijke activiteiten. Dit betekent voor velen het zoeken naar alternatieven.

Het financiële risico:

Een groot aantal ouderen gaat fors in inkomen achteruit. De meesten zijn aangewezen op AOV of op een klein (aanvullend) pensioen. Terwijl het gemiddelde inkomen van de werkende bevolking Naf. 1.824,- per maand bedraagt, is het AOV bedrag Naf. 415,- per maand. Door de recent geëffectueerde verzelfstandiging wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen gehuwde en ongehuwde gepensioneerden, zodat het AOV bedrag voor gehuwden thans van Naf. 702,- is opgetrokken tot Naf. 830,-. Wanneer de oudere zelfstandig een woning huurt, is hij het bedrag grotendeels kwijt aan huur en overige vaste lasten.

Het relationele risico:

Met het ouder worden neemt de gezinsgrootte af en ook de intensiteit van relationele betrekkingen. De kans op eenzaamheid en sociaal isolement neemt toe door overlijden van de partner, scheiding, emigratie of emotionele verwijdering van de kinderen. Volgens de Censusgegevens van 1992 is het gemiddelde aantal personen per woning 3,5. In de leeftijdsgroep van 55-64 is één op de zes mannen of vrouwen alleenstaand. In de leeftijdsgroep 65 plus geldt dit voor één op de 5. In de leeftijdsgroep 55-64 is bij 40% sprake van tweepersoonshuishoudens en bij de 65 plussers is dit 45%.

Het gezondheidsrisico:

Ouderdom gaat meer gepaard met gebreken dan de jongere leeftijdsgroep. De vergrijzing van de bevolking heeft vooral invloed op het vóórkomen van chronische aandoeningen, ook door het verminderen van acute aandoeningen als infectieziekten. Doordat deze kwalen in het algemeen gepaard gaan met blijvende functiebeperkingen, blijven weliswaar meer ouderen langer in leven, maar stijgt het percentage hulpbehoevenden en chronische zieken.

De genoemde risico's lijken elkaar te versterken, zoals blijkt uit het GGD onderzoek 'Kon Salu Kòrsou ta?' Er is bovendien correlatie met de sociaal economische situatie van de oudere. Het verminderde inkomen beperkt de mogelijkheden tot maatschappelijke participatie en vooral de deelname aan maatschappelijke voorzieningen; eenzaamheid en sociaal isolement kan zich uiten in gezondheidsproblemen, maar betekent ook een ontbreken aan vroegtijdige signalering van deze problemen door de directe omgeving van de ouderen.

Het lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn van ouderen wordt bedreigd door financiële, maatschappelijke, relationele en gezondheidsrisico's. Ouderenbeleid dient zich derhalve te richten op het voorkómen, beperken, wegnemen of het niet laten toenemen van deze risico's.

2. DE HUIDIGE OUDERENZORG OP CURAÇÃO

Tijdens de afgelopen decennia heeft de Curaçaose ouderenzorg zich meer gericht op 'cure': het herstellen van functies, het opheffen van disfuncties of gezondheidsklachten van de oudere. Dit geldt met name voor de intramurale zorg. In de laatste jaren pas heeft de 'care' meer aandacht gekregen, mede omdat bleek dat de intramurale zorg geen adequate voorziening is wanneer er behoefte is aan deze vorm van zorg, en omdat de intramurale zorg de oudere uit zijn vertrouwde omgeving haalt, afhankelijkheid creëert en duur is.

De ZORGVRAAG kan als volgt worden ingedeeld:

- Er is behoefte aan herstel van functies, ofwel
- Er is behoefte aan aanpassing aan en van de omgeving, ofwel
- Er is behoefte aan overname van functies door anderen.

Ieder van deze behoeften kan lichamelijk en/of geestelijk en/of sociaal zijn. Ieder van deze behoeften kan thuis, gedeeltelijk buitenshuis of geheel in een ander dan het eigen huis nodig zijn.

Het ZORGAANBOD kan als volgt functioneel worden ingedeeld:

Preventie

Dit is het geheel van activiteiten en maatregelen ter voorkoming, wegwerking of hanteerbaar maken van gezondheidsrisico's.

Participatie

Dit is het geheel van middelen en mogelijkheden van en voor ouderen om deel te nemen aan maatschappelijke voorzieningen en activiteiten.

Begeleiding

Dit zijn de activiteiten die nodig zijn om ADL-zelfstandige ouderen een aansturende handleiding te bieden om zich in de bestaande situatie te kunnen handhaven.

Bescherming

Dit zijn die activiteiten en maatregelen die de oudere beschermen voor zijn omgeving of de omgeving beschermen voor de oudere.

Verzorging

Dit zijn die activiteiten en maatregelen die bedoeld zijn voor de oudere die niet in staat is geheel zelfstandig te voorzien in de ADL (in de zin van zelfzorg en mantelzorg) waardoor deze geheel of ten dele afhankelijk is geworden van anderen.

Verpleging

Dit zijn die activiteiten en maatregelen die bedoeld zijn voor ouderen die om lichamelijke of geestelijke redenen, volgens ADL-criteria, behoefte hebben aan verpleeg-technische zorg, eventueel met ondersteuning van paramedische zorg en waarbij eventueel regelmatig medisch toezicht gewenst of noodzakelijk is.

Behandeling

Dit zijn de activiteiten betrekking hebbende op medische behandeling om lichamelijke en/of psychische redenen .

In het onderstaande overzicht is aangegeven welke zorgaanbieders op de diverse functies van zorg ingaan.

FUNCTIE	extramuraal	semimuraal	intramuraal
PREVENTIE	Wijkverpleging DSM GGD OBW	• • • •	• • • •
PARTICIPATIE	Wijkverpleging OBW Mantelzorg Vrijwilligers	• • • •	• • • •
BEGELEIDING	Wijkverpleging OBW Mantelzorg Vrijwilligers DSM Capriles •	DSM Pasadia • • • • •	Verzorgingshuizen Verpleeghuis Algemene ziekenhuizen PAAZ Capriles Verriet Leefcentrum
BESCHERMING	Wijkverpleging OBW Mantelzorg Vrijwilligers	DSM Capriles Pasadia • •	Verzorgingshuizen Verpleeghuis Algemene ziekenhuizen Capriles Verriet
VERZORGING	Wijkverpleging OBW Mantelzorg • • • •	Pasadia • • • • • •	Verzorgingshuizen Verpleeghuis Algemene ziekenhuizen PAAZ Capriles Verriet Leefcentrum
VERPLEGING	Wijkverpleging • • • • • •	• • • • • • •	Verzorgingshuizen Verpleeghuis Algemene ziekenhuizen PAAZ Capriles Verriet Leefcentrum
BEHANDELING	Wijkverpleging Huisarts Fysiotherapie DSM Capriles •	DSM Capriles Verriet Pasadia • •	Verzorgingshuizen Verpleeghuis Algemene ziekenhuizen PAAZ Capriles Verriet

Uit bovenstaande functionele indeling blijkt het volgende:

- Op eenzelfde behoefte aan zorg kunnen meerdere en verschillende instanties worden ingezet.
- Eenzelfde aanbod van zorg kan op meerdere locaties worden gegeven.

De Aard en de Kwantiteit van Zorgvraag

Curaçao telt op dit moment ongeveer 3600 ouderen die door het professionele zorgaanbod worden geholpen, waarvan 2400 ouderen gebruik maken van extramurale zorginstanties, ongeveer 350 door semimurale instanties worden geholpen en ongeveer 850 in een intramurale setting opgenomen zijn, waarvan 80% blijvend. Dit betekent dat 20% van alle ouderen door een professionele zorginstantie ondersteund wordt.

De zorgbehoeften, de redenen waarom bij verschillende zorginstanties wordt aangeklopt, zijn divers. Dit kan zijn vanwege geheugenstoornissen, lichamelijke afhankelijkheid, eenzaamheid of specifieke lichamelijke klachten. Functioneel kan de zorgbehoefte ingedeeld worden in de eerder genoemde 7 categorieën: preventie, participatie, begeleiding, etc.

De samenstelling van de zorgbehoevende ouderen is eveneens divers. In de psychiatrie treffen wij een groep ouderen aan die al vóór het zestigste jaar op zorgondersteuning was aangewezen, maar waar niet of nauwelijks (meer) sprake is van behandeling. Ook in de zorg voor geestelijk gehandicapten verblijven ouderen, zij het gering in aantal, die van jongs af aan in de instelling zijn opgenomen. Overigens behoort een geestelijk gehandicapte, die statistisch een kortere levensduur heeft, al vanaf het 45^e jaar bij de groep ouderen.

'Jongere' ouderen (60-70 jaar) vormen een derde deel van de ouderen die in het ziekenhuis zijn opgenomen, in de revalidatieafdeling van het Mgr. Verriet Instituut of die in behandeling zijn bij het D.S.M. Het merendeel van de ouderen in de extramurale zorg is onder te brengen in de leeftijdscategorie 75-80 jaar. De meeste ouderen die in het verzorgingshuis of het verpleeghuis zijn opgenomen zijn 'oudere' ouderen: 80-plussers. Een mogelijke verklaring voor deze leeftijdsverschillen is, dat acute of recente klachten en disfuncties zich voor het eerst manifesteren bij met name 'jongere' ouderen, waarbij de meer cure-gerichte zorginstanties worden ingeschakeld. Daarna wordt de aandacht van zorgvrager en zorgaanbieder meer gericht op de chronische functiebeperkingen die met kwalen gepaard gaan. Het lijkt alsof voor de vraag naar behandeling (cure) en de meer intensieve vormen van verzorging de intramurale zorg wordt opgezocht, terwijl bij afnemende van cure naar care meer de thuissituatie wordt gewenst.

De Aard en de Kwantiteit van het Zorgaanbod

Het werkterrein van de professionele zorg kan intramuraal zijn, semimuraal of extramuraal. Sommige zorgaanbieders werken op meerdere zorglocaties.

Van de zorginstanties die geheel of overwegend zijn gericht op ouderen, zijn er:

Extramuraal:	3 wijkverpleginginstanties (2100 ouderen) Kuido pa Grandinan na Kas (300 ouderen) Kuido pa Famia DSM: ambulante geestelijke zorg
Semimuraal:	1 Pasadia (ruim 100 ouderen)
Intramuraal:	10 verzorgingshuizen (540 ouderen) verpleeghuis (130 ouderen) SEHOS (continu 180 ouderen) Adventziekenhuis Taamskliniek

Er zijn dus veel meer intramurale zorg instanties dan extramurale en slechts 1 die semimurale zorg geeft.

Curaçao kent ongeveer 50 organisaties van VRIJWILLIGERS die jaarlijks voor meer dan 1000 ouderen actief zijn. De activiteiten van de vrijwilligers kunnen voornamelijk gericht zijn op het betrekken van ouderen bij sociaal-culturele activiteiten of gericht ondersteuning geven aan ouderen, al of niet geschoold en

begeleid door een professionele kracht van het DSM. Een deel van de ouderen dat door vrijwilligers wordt ondersteund is ook in zorg bij professionele zorginstanties, zowel intra, Semiet- als extramuraal.

Ook de MANTELZORG vormt een belangrijke functie in het zorgaanbod voor ouderen. Er zijn geen cijfers bekend van het aantal zorgbehoevende ouderen dat (nog) buiten het professionele zorgcircuit is gebleven en dat alleen op de ondersteuning van mantelzorg is aangewezen. De mate waarin sprake was van ondersteuning vóór aanmelding van de oudere bij het professionele zorgcircuit is als volgt:

percentage mantelzorg	extramuraal		semimuraal		intramuraal	
	voor	na	voor	na	voor	na
1 t/m 33	•	•	•	•	•	+
34 t/m 67	•	•	+	+	+	•
68 t/m 100	+	+	•	•	•	•

Opvallend hierbij is dat de mantelzorg het sterkst terugloopt na opname van de oudere in een intramurale instelling. Voorbeeld hiervan is de constatering dat familieleden vaak de verdere zorg voor (hun) oudere overlaten aan het ziekenhuis, wanneer die oudere eenmaal is opgenomen en vanaf dat moment niet meer bereid zijn de nodige mantelzorg te geven. Los van de aard van de zorgbehoeften van het professionele zorgaanbod, is de aanwezigheid en draagkracht van de mantelzorg van belang voor de locatie van het zorgaanbod.

3. DE AFSTEMMING VAN ZORGVRAAG EN ZORGAANBOD

Aan de hand van een functionele indeling wordt geïnventariseerd hoe het zorgaanbod is afgestemd op de zorgvraag.

Preventie

De vraag naar preventie

De oudere en zijn omgeving zijn in de eerste plaats verantwoordelijk voor preventie. Men kan allereerst zelf de risico's van ouderdom wegnemen, bijvoorbeeld door een gezonde levenswijze, gezonde voeding, gezonde leefomgeving, medisch onderzoek en controle waar dat nodig is. Een actieve houding van de overheid en zorginstanties is met name daar van belang waar het voorlichting betreft en het vroegtijdig signaleren van risico's. De woonsituatie is vaak gezondheidsbedreigend, bijvoorbeeld door te kleine leefruimte, de aanwezigheid van drempels, niet op personen met enig functieverlies ingerichte toilet- en douchegelegenheden en door het delen van de eigen ruimte met andere familieleden, waardoor enige privacy niet mogelijk is. De geringe financiële middelen, de onbekendheid met het kunnen verkrijgen van faciliteiten, alsmede de schroom om de zorgbehoefte kenbaar te maken, maken dat veel ouderen en hun omgeving ondersteuning behoeven op het gebied van preventie.

Het aanbod aan preventie

Een reguliere vorm van preventie als zorg is nauwelijks ontwikkeld op Curaçao. Ook in het Beleidskaderplan Wijkverpleging van 1994 wordt onderkend dat hiermee onvoldoende aan de behoefte aan preventie onder ouderen wordt tegemoetgekomen. Dit deel van zorg wordt doorgaans beperkt tot het geven van voorlichting over aandoeningen en ziekten. Door DSM wordt voorlichtingsmateriaal verspreid en worden voorlichtingsbijeenkomsten gehouden voor de familie van demente ouderen. Beleidsmatig wordt bij de volkshuisvesting onvoldoende rekening gehouden met ouderen. Niet bij de toewijzing van woonruimte (men denke hierbij aan de voordelen van sociale participatie van ouderen en de sociale hulp aan ouderen die het gevolg is van het creëren van een gedifferentieerde leeftijdsopbouw in een wijk), noch bij de woningbouw, waarbij het aanbrengen van brede deuren, het wegnemen van drempels en het rekening houden met de noden van (licht) gehandicapten een preventieve werking zouden kunnen hebben. Wel zijn er mogelijkheden voor ouderen om een overheidsbijdrage te krijgen voor het aanbrengen van aanpassingen in bestaande woningen, maar veel ouderen zijn niet bekend met deze regeling. De particuliere woningbouw kenmerkt zich door 'Disneyland fantasieën', waarbij trapjes, portaaltjes, portiekjes het voor de (toekomstige) oudere onmogelijk maken om in zijn eigen huis te blijven wonen indien hij minder valide mocht worden. Hieruit blijkt een gebrek aan voorlichting aan en bewustmaking van het publiek. Preventief werken de activiteiten van de Fundashon Kas pa Hèndikèp, die in samenwerking met FKP woningaanpassingen aanbrengt t.b.v. revaliderende patiënten, waaronder ouderen. Het welzijn van ouderen wordt steeds meer beïnvloed door de gevoelens van onveiligheid, waardoor de behoefte van (met name alleenstaande) ouderen aan zorgondersteuning, aan permanente aanwezigheid van een zorgverlener of aan intramurale zorg groter wordt. Een goede ruimtelijke indeling van de woonomgeving, de aanwezigheid van sociale controle en een regelmatige surveillance zijn enkele maatregelen die beter werken dan repressieve maatregelen van de overheid. De geringe aandacht voor de woonkwaliteit van ouderen heeft nadrukkelijk tot gevolg dat ouderen eerder zorgbehoevend worden en op professionele zorginstanties zijn aangewezen, hetgeen de kosten van de overheid sterk doet stijgen. Preventie op medisch gebied, in de zin van ruime voorlichting over de meest voorkomende ziekten en reguliere screening van de bevolking hierop is thans nog geen beleidsitem. Voorlichting op het gebied van de beschikbaarheid van zorg instanties, de wijze waarop en de voorwaarden waaronder de zorg aangevraagd kan worden, wordt onvoldoende aangeboden.

Conclusies:

- a. Er is geen omschreven beleid op het gebied van preventie : de verschillende aspecten van preventie worden niet gecoördineerd, niet afgestemd of geïntegreerd aangepakt en er is geen besef van de kostenbesparende effecten van preventie.
- b. Het woningbeleid wordt onvoldoende gezien als belangrijk voor preventie, waardoor eerder een (kostenverhogend) beroep wordt gedaan op professionele zorginstanties.

- c. Preventie wordt nog teveel gezien als enkel het geven van gezondheidsvoorlichting, i.p.v. het voorkómen van hulpbehoefendheid op een veel breder terrein.
- d. De financiële en sociale situatie van veel ouderen is van dien aard, dat ze de eigen verantwoordelijkheid op het gebied van preventie onvoldoende kunnen waarmaken.

Participatie

De vraag naar participatie

Voor het welzijn van ouderen, maar ook voor de samenleving in haar geheel, is het van belang dat de oudere een bijdrage blijft leveren aan de maatschappij, bijvoorbeeld binnen het gezin, in de vorm van vrijwilligerswerk, door mantelzorg aan medebewoners in de intramurale setting, door inspraak in de zorgverlening. De vraag betreft de volgende onderwerpen: Het gebruik maken van voorzieningen, deelname aan sociaal-culturele activiteiten, deelname aan het dagelijkse sociale verkeer, het leveren van een bijdrage aan de samenleving op kleinere (samenlevingsverbanden, wijkgerichte activiteiten voor en door ouderen) of grotere schaal. Belemmerend voor participatie werken met name:

- De inkomenssituatie, waardoor veel ouderen slechts in beperkte mate in staat zijn aan sociaal culturele activiteiten deel te nemen die geld kosten.
- De verzekeringsvorm: Voor FZOG-verzekerden die met een maandinkomen tussen de Naf. 255,- en Naf. 415,- beneden de PP-grens zitten, is de bijdrage van 10% een belemmering om gebruik te maken van gezondheidsvoorzieningen; de PP-kaart houder ziet zich geconfronteerd met urenlange wachttijden bij spreekuurbezoek en maandenlange wachttijden bij afspraken bij de specialist op de poli.
- De fysieke situatie van de oudere, waarbij de verminderde mobiliteit participatie belemmert, met name daar waar de faciliteiten ontbreken en waardoor het sociale verkeer zich beperkt tot de directe omgeving. Hierbij blijken de infrastructuur (trottoirs, opengebroke wegen, afwezige parkeerplaatsen voor gehandicapten, etc.) de gebouwen (trappen, hoge drempels, etc.), de spreiding van voorzieningen (overheidsinstanties, nutsbedrijven, polikliniek, etc.) en het openbaar vervoer (de voor gehandicapte ouderen onvriendelijke kleinere en grote bussen, de afgelegen opstapplaatsen) met name participatie te beperken.
- Het beeld van de Curaçaose samenleving over ouderen, waarbij de opvatting dat de ervaring van ouderen benut kan worden niet wordt gehuldigd en eerder de oudere plaats moet maken voor jongeren en 'van een verdiende rust moet genieten'.
- De afwezigheid van een georganiseerd ouderenverbond of ouderenraad, waardoor ook de politieke aandacht voor ouderen minder aanwezig is.
- De onveiligheid, waarbij door de toename van de criminaliteit uit angst voor inbraak of angst voor persoonlijk letsel men de woning niet durft te verlaten. Onveiligheid wordt ook ervaren in de deelname aan het gevaarlijke verkeer.

Het aanbod aan participatie

Extramuraal wordt direct, door het vervoeren van ouderen naar voorzieningen en indirect door het ondersteunen van de zelfzorg en verpleeg technische zorg door de wijkverpleging, het open bejaardenwerk en de gezinszorg bijgedragen aan de participatie van ouderen. De vele activiteiten die door vrijwilligersorganisaties worden ontplooid bieden goede mogelijkheden tot participatie. Veel geïnterviewden bleken van deze activiteiten echter niet op de hoogte te zijn; zij die er wel van wisten vonden het aantal te gering. In de semimurale setting biedt de Pasadia een bijdrage alleen al door de deelname van de oudere. Dit geldt ook voor de semimurale psychiatrische zorg in de doorgangshuizen bij de Caprileskliniek.

Conclusies:

- a. Het aanbod aan participatie is divers en niet overlappend Het is wenselijk zowel die van de professionele instanties als die door vrijwilligersorganisaties uit te breiden en er meer bekendheid aan te geven.
- b. Er zijn geen voornemens van overheidswege om de infrastructuur aan te pakken ten behoeve van een grotere deelname van ouderen aan het maatschappelijk verkeer en er liggen geen plannen om deelname van ouderen aan sociaal culturele activiteiten meer bereikbaar en/of betaalbaar te maken.

- c. De fysieke en financiële situatie van veel ouderen belemmert participatie en vraagt om meer concrete aandacht in de vorm van voorzieningen.
- d. Het imago over de oudere belemmert participatie in de vorm van het geven van verantwoordelijkheid en inschakelen in het sociale verkeer.
- e. De lange wachttijden bij medici voor PP-kaart houders en in vele gevallen de verplichte gedeeltelijke bijdrage bij FZOG-verzekerden belemmeren gebruikmaking van, ook primaire, gezondheidsvoorzieningen. Dit strookt niet met het beginsel van sociale rechtvaardigheid en kan bovendien kostenverhogend werken.
- f. De mogelijkheid voor participatie van ouderen in het verzorgingshuis zijn over het algemeen te beperkt.
- g. Er is geen gestructureerd ouderenverbond die haar stem kan verheffen en een politieke invloed heeft.

Begeleiding

De vraag naar begeleiding

De behoefte aan begeleiding kan zijn: behoefte aan contacten, vanwege eenzaamheid, of gevoelens van onveiligheid; behoefte aan inspirerende of motiverende contacten om 'de draad op te pakken'; behoefte aan gerichte steun vanwege achteruitgang van het geheugen of acute aandoeningen met gevolgen voor het psychisch functioneren. Of de begeleiding intra-, semi-, of extramuraal moet worden gegeven hangt met name af van de aanwezigheid van mantelzorg en vrijwilligerszorg. Met name wat deze zorg betreft is de snelle bereikbaarheid van psychogeriatrische en psychiatrische deskundigheid van belang. Indien iemand om somatische redenen in de intramurale zorg is beland, kan de behoefte aan begeleiding om psychische redenen nog aanwezig zijn.

Het aanbod aan begeleiding

Het Open Bejaardenwerk biedt begeleiding in de vorm van sociale zorg, het begeleiden als gezelschap en bij activiteiten in en buiten de thuissituatie. De wijkverpleging biedt meer psychosociale begeleiding, onder andere bij verschijnselen van dementie. Daarnaast instrueert zij de mantelzorg over hun aandeel in de begeleiding. De semimurale zorg in de zin van begeleiding door DSM en Caprileskliniek richt zich met name op ouderen met verschijnselen van dementie en depressie en op het verhogen van de draagkracht van de mantelzorg; dit doet de DSM o.m. in samenwerking met de Pasadia. Er is van samenwerking of afstemming tussen DSM en Caprileskliniek wat begeleiding betreft nauwelijks sprake. Intramuraal wordt begeleiding geboden in de verzorgingshuizen, in de Caprileskliniek, in het verpleeghuis; er is nochtans geen differentiatie in het intramurale aanbod.

Conclusies:

- a. Verschillende intramurale instellingen hebben begeleiding van ouderen in hun zorgpakket. Er is echter onvoldoende onderlinge afstemming waardoor het aanbod niet gedifferentieerd en overlappend is, terwijl de primaire gerichtheid (en toerusting) van ieder instituut verschillend is. Gezien de specifieke deskundigheid die vereist is voor bepaalde vormen van begeleiding is de zorg niet in alle gevallen adequaat.
- b. Binnen de Semiet- en extramurale zorg is wel sprake van een gedifferentieerd aanbod van begeleiding.

Bescherming

De vraag om bescherming

Behoeft aan bescherming kan ontstaan wanneer de omgeving onveilig of bedreigend wordt, of wanneer de oudere zelf een bedreiging voor de omgeving begint te worden. De behoefte kan ook ontstaan door vereenzaming, door isolement of psychisch disfunctioneren, waarbij een beschermde omgeving een nieuwe mogelijkheid tot maatschappelijke participatie biedt. De behoefte kan tijdelijk of permanent zijn, kan toenemen of afnemen. De behoefte kan gepaard gaan met andere zorgbehoeften.

Het aanbod aan bescherming

Als vorm van bescherming gelden de bejaardenwoningen die door FKP zijn opgezet, de aanleunwoningen bij Huize Welgelegen en de doorgangshuizen voor patiënten van de Caprileskliniek. Algemeen wordt, met name door DSM, aangemerkt dat het aanbod van beschermde woonvormen beperkt is. Hierdoor worden ouderen opgenomen in zorginstanties die anders niet hadden hoeven worden opgenomen. Uit oogpunt van bescherming van de omgeving worden ouderen thans opgenomen in zowel de ziekenhuizen als verzorgingshuizen.

Conclusies:

- a. Er is behoefte aan meer(dere) soorten van beschermde woonvormen, ondermeer ter verhoging van de participatiegraad van ouderen. Voorts is door de toenemende criminaliteit de behoefte hieraan sneller toegenomen. De toewijzing zal, evenals dat voor andere vormen van zorg het geval is, dienen te geschieden door de indicatiecommissie.
- b. Door het ontbreken van voldoende (soorten van) beschermde woonvormen belanden ouderen in de veel duurere intramurale zorg instelling

Verzorging

De vraag om verzorging

Van de 3600 Curaçaose ouderen die door professionele zorginstanties worden geholpen zijn naar schatting 90% verzorgingsbehoefstig. De oorzaak van verzorgingsbehoefte blijkt sterk te verschillen: zij kunnen zijn: fysieke achteruitgang, mentale achteruitgang in geval van dementie of depressie of door sociale redenen, zoals bij eenzaamheid of het wegvallen van affectie, waardoor de oudere niet de wil heeft om zichzelf te verzorgen. Ook de mate van verzorging kan verschillen: de oudere kan geheel of gedeeltelijk op de hulp van anderen zijn aangewezen. De directe indicatie tot professionele hulp in de zin van verzorging hangt af van: de inbreng en draagkracht van de aanwezige mantelzorg, de bekendheid, bereikbaarheid en betaalbaarheid van professionele zorginstanties, en nog meer dan andere zorgbehoeften door de mogelijkheden en beperkingen van de woonsituatie.

Het aanbod aan verzorging

Bijna alle intramurale, semimurale en extramurale zorgaanbieders op Curaçao hebben 'verzorging' in hun zorgpakket. Ook de vrijwilligersorganisaties en de mantelzorg bieden verzorging aan ouderen.

Intramurale Verzorging: Het Curaçaose Verzorgingshuis

De Dienst Sociale Zaken omschrijft een verzorgingshuis als 'een instelling voor de huisvesting en verzorging van ouderen die niet beschikken over een geschikte woon- en leefruimte en/of zodanig verzorgingsbehoefstig zijn dat zij niet (meer) op adequate wijze in de thuissituatie verzorgd kunnen worden'. Het verzorgingshuis verricht zowel functies ten behoeve van al haar bewoners: huisvesting, maaltijdvoorzieningen, het bieden van recreatie en culturele voorzieningen, pastorale zorg, als functies ten aanzien van specifieke behoeften van haar bewoners: hulp bij ADL, verplegen van zieke bewoners en bieden van terminale zorg. Curaçao kent tenminste 10 verzorgingshuizen met opnamecapaciteit van 12 tot 190 ouderen, die er gemiddeld 5 jaar verblijven.

Ieder van de instituten meldt dezelfde opname-indicatie en huisvest ouderen met dezelfde variatie in mate van verzorgingsbehoefte: sommigen zijn meer vanwege sociale behoeften of behoefte aan huisvesting opgenomen, anderen vanwege hulpbehoevendheid bij de lichamelijke verzorging; sommigen hebben slechts enig toezicht nodig bij de ADL, anderen zijn bijna volledig afhankelijk van het verzorgend personeel. Er is dus geen differentiatie in het aanbod van de verzorgingshuizen. Er is in het algemeen de trend dat de mate van verzorgingsbehoefte in de verzorgingshuizen in de loop van de jaren is toegenomen. Hierdoor is de benodigde zorgverlening in het verzorgingshuis in de loop van de jaren verbreed, hetgeen consequenties heeft op de organisatie en inhoud van de zorgverlening. De huidige situatie kenmerkt zich door een zeer gevarieerde mate van zorg-behoevendheid van haar bewoners. Deels door een 'brede instroom' van ouderen met een heterogene behoefte aan verzorging, deels door de toename aan mate van verzorgingsbehoefte van haar bewoners. Daarnaast blijkt dat overplaatsing van een bewoner naar een instantie die de benodigde deskundigheid aan gediplomeerden in de verpleging, ergo- en fysiotherapie om de oudere met toegenomen zorgbehoefte te kunnen helpen in huis heeft. niet of nauwelijks gebeurt.

Het brede zorgpakket dat hierdoor door het verzorgingshuis geboden moet worden is in zoverre positief dat de oudere bewoner die een aantal jaren in het verzorgingshuis heeft doorgebracht en meer zorgbehoevend wordt, in de vertrouwde omgeving van het verzorgingshuis kan blijven wonen. Er blijken echter ook de volgende nadelen:

- Door het brede zorgpakket is er geen differentiatie in de zorg mogelijk; het staat het bieden van een op de individuele zorgbehoefte toegesneden zorgaanbod in de weg. Het personeel is, gezien de verander(en)de samenstelling van de bewoners en de toenemende zorgbehoevendheid kwalitatief en kwantitatief, met name in de kleinere huizen, niet in staat op de diverse zorgbehoeftes in te gaan; de accommodaties van het verzorgingshuis' zijn niet aangepast aan de zorgbehoefte (Voorbeeld: terwijl het ene huis een geschikte .accommodatie heeft, wonen er mobiele ouderen, terwijl in het andere huis waar intensief verzorgingsbehoefte verblijven, de accommodatie er niet op is ingesteld.)
- Er is overlap met de bewoners of cliënten van andere instanties, zoals Verpleeghuis Betèsda, de Caprileskliniek en cliënten van DSM.

Verreweg de meeste verzorgingshuizen kampen met een dringende en uitgesproken behoefte aan financiële middelen voor verbouw en verbetering van de gebouwelijke staat, die in een aantal gevallen zeer slecht is: Vanwege de slechte woonkwaliteit kan een aantal huizen haar doelstelling van 'ondersteunend woonmilieu' niet waarmaken.

Semimurale Verzorging

Pasadia Mi Amparo, waar momenteel 100 ouderen deelnemen aan, één of enkele dagen per week, dagverzorging, heeft een maximale capaciteit van 55 plaatsen per dag. Pasadia Bandabou is thans nog niet opgestart. terwijl er vergevorderde plannen zijn om bij het Richardushuis een Pasadia voor Bandariba te beginnen.

Extramurale Verzorging

De wijkverpleging, het open bejaardenwerk, de Kuido pa Famia en de DSM verrichten een diversiteit aan zorgtaken voor meer dan 2400 ouderen. De activiteiten die geboden worden blijken voor een deel elkaar te overlappen en zijn ondermeer: ondersteuning bij huishoudelijke werkzaamheden, hulp bij de lichaamsverzorging, terminale zorg en psychosociale begeleiding Ook worden transportmogelijkheden geboden. Door onvoldoende overleg en afstemming ontstaat een overlap van activiteiten, waardoor het kan gebeuren dat eenzelfde oudere hulp krijgt aangeboden van diverse instanties, die een verschillende benadering van hun taak hebben en bovendien een verschillend tarief hanteren voor eensluitende activiteiten.

Naast deze overlap worden ook knelpunten gesignaleerd:

Het onvoldoende of te laat benutten van de expertise van de instanties die extramurale verzorging bieden, met name door andere gezondheidszorginstanties als huisarts en ziekenhuis, waardoor bijvoorbeeld de oudere te lang in het ziekenhuis wordt gehouden en de wijkverpleging te laat wordt ingeschakeld bij een ontslag dat reeds veel eerder gepland had kunnen worden. Het versnipperen van de wijkverpleging over 3 instanties belemmert een optimale coördinatie en intermedieëring van de thuisverzorging en een optimale verlening van zorgopmaat.

Conclusies:

- a. Verzorgingshuizen op Curaçao bieden ruimte aan bewoners met uiteenlopende zorgbehoeften, maar aan eisen die hieruit voortvloeien, bijvoorbeeld op het gebied van de deskundigheid van het personeel, de accommodatie en de toerusting van middelen wordt niet altijd voldaan, waardoor bewoners in een aantal gevallen niet de vereiste zorg krijgen.
- b. Zowel door de brede instroommogelijkheden van nieuwe bewoners als door de toegenomen zorgbehoevendheid van de aanwezige bewoners, is een overlap ontstaan van met name het verpleeghuis, de Caprileskliniek en DSM.
- c. In de ziekenhuizen en de Caprileskliniek verblijven ouderen met dezelfde zorgbehoefte als in het verzorgingshuis of verpleeghuis.

- d. De extramurale verzorging die geboden wordt door de wijkverpleging, het open bejaardenwerk en Kuido pa Famia wordt niet op elkaar afgestemd, waardoor ook hier overlap bestaat.
- e. Door onbekendheid met de mogelijkheden en expertise van met name de wijkverpleging, wordt deze door met name het ziekenhuis te laat aangesproken, waardoor ouderen onnodig lang in het ziekenhuis blijven opgenomen.

Verpleging

De vraag naar verpleging

Funciebeperkingen die tot verpleegbehoefte leiden kunnen ontstaan zijn door chronische of acute aandoeningen. De verpleegbehoefte kan tijdelijk zijn of permanent, zij kan in intensiteit afnemen, maar ook in intensiteit toenemen. De keuze intra-, semi-, of extramuraal wordt meer nog dan in het geval van verzorging, bepaald door de aanwezigheid van professionele ondersteuning. intramurale verpleging is nodig wanneer de verpleegtechnische (cure-) handelingen, het medisch toezicht en/of de reacterende behandeling door paramedici intensief en gecompliceerd zijn en hoge kosten met zich meebrengen.

Het aanbod aan verpleging

INTRAMURALE VERPLEGING

Het verpleeghuis is een instelling voor de gezondheidszorg ter verpleging van personen die intramuraal verpleegbehoefte zijn. Voor verpleging om somatische redenen zijn bedoeld: Mgr. Verriet Instituut en Verpleeghuis Betèsda (thans 150 personen opgenomen, geleidelijk toenemend tot de maximale capaciteit van 160). Als instituut voor psychiatrische en psychogeriatrische verpleging zijn de Caprileskliniek de PAAZ in het SEHOS toegewezen. Omdat de eerste een landsinstelling is en de laatste een onderdeel van het SEHOS, is er geen structurele samenhang en afstemming. Daarnaast is er de psychogeriatrische afdeling van Verpleegtehuis Betèsda. Feit is verder dat op dit moment in de verzorgingshuizen een aantal ouderen in feite verpleegbehoefte (geworden) is. In het SEHOS verblijven patiënten die in feite enkel verpleegbehoefte zijn niet meer behandeld worden; er is een overlap met zowel het verpleeghuis als met het Mgr. Verriet Instituut. In het laatste geval blijkt één van de redenen hiervan te zijn: de onbekendheid met of afwezigheid van adequate hulpmiddelen voor revaliderende patiënten.

SEMIMURALE VERPLEGING

DSM en Mgr. Verriet geven semimurale ondersteuning aan verpleegbehoefte ouderen. Een dagverpleging, bijvoorbeeld uitgaande van Verpleeghuis Betèsda, wordt erg gemist, onder meer omdat hierdoor voorkomen kan worden dat de mantelzorg afhaakt.

EXTRAMURALE VERPLEGING

De wijkverpleging gaat in op de verpleegbehoefte van ouderen, door ondersteuning van de ouderen zelf, en door instructie van de mantelzorg. Algemeen wordt opgemerkt dat het verkrijgen van hulpmiddelen door ouderen waar de overheid financieel verantwoordelijk voor is, procedureel moeilijk en omslachtig is. Voor 85% van de personen die de wijkverpleging in zorg heeft is de overheid financieel verantwoordelijk. Onder de overige 15% vallen ook de SVB-verzekerden.

Conclusies:

- a. Dat niet 'de juiste man op het juiste bed' ligt, uit zich vooral bij de verpleegbehoefte oudere: Er is overlap tussen SEHOS en Mgr. Verriet Instituut, tussen SEHOS en Verpleeghuis Betèsda, tussen het verpleeghuis en de verzorgingshuizen. Reden is de afwezigheid van samenwerking op het gebied van toewijzing en van een algemeen geldende indicatiestelling.
- b. Er is een hiaat in het aanbod van zorg aan verpleegbehoefte ouderen door afwezigheid van dagverpleging voor ouderen met somatische, psychogeriatrische of sociale problemen.

Behandeling

De vraag om behandeling

De behoefte aan behandeling kan betrekking hebben op het somatische en/of het psychische functioneren van de oudere. Met de vergrijzing van de Curaçaose bevolking zal de behoefte toenemen. Psychische problemen nemen toe, zoals blijkt uit het onderzoek 'Kon salú Kòrsou ta?' van de GGD. Ook het absolute aantal personen met dementie neemt toe.

Het aanbod aan behandeling

Op Curaçao wordt met name behandeling geboden in de ziekenhuizen, de Caprileskliniek en Mgr. Verriet Instituut. In het SEHOS zijn gemiddeld 180 personen boven 60 jaar (een derde deel van het aantal bedden) opgenomen. Dertig procent van de patiënten, waarvan het merendeel ouderen, verblijft er langer dan 30 dagen. Redenen van dit langer verblijf blijken niet altijd de medische indicatie te zijn. Het zijn ondermeer sociale redenen en chronische functiebeperkingen die oorzaak zijn van het langer verblijf, waarbij het pas in een laat stadium aanklaarten van het vervolgtraject een belangrijke rol speelt. Ook het besef dat het op tijd inschakelen van het vervolgtraject noodzakelijk is voor het inkorten van de verblijfsduur in het ziekenhuis, speelt een rol. Maar al te vaak bekommert de behandelaar zich pas bij beëindiging van zijn medische taak om het ontslag van de oudere patiënt. Dat ontslag had men veel eerder kunnen zien aankomen, waardoor ook in een veel eerder stadium instanties als wijkverpleging, verpleeghuis hadden kunnen worden ingeschakeld. Bij opname van een oudere patiënt dient dan reeds het ontslag in kaart te worden gebracht, met name daar waar functiebeperkingen bestaan of te voorzien zijn. Dat in veel gevallen niet kan worden teruggeven op de mantelzorg werd reeds eerder gesteld. Door de familie en de oudere hoeft dit verblijf op een verkeerd bed niet als een probleem te worden gezien, immers het ziekenhuisbed is schoon, de voeding is goed en de AOV wordt niet ingehouden. Dat voor het beperken van het verblijf in het ziekenhuis een betere coördinatie moet plaatsvinden, wordt door meerdere zorginstanties beweerd. Die coördinatie kan overigens vóór een geplande opname plaatsvinden en zo zelfs de opname voorkómen. Een goede coördinatie van zorginstanties zal kunnen voorkómen dat onterecht een opname in het ziekenhuis plaatsvindt, daar waar een andere vorm van zorg geïndiceerd is. Door de lage drempel voor opname in het ziekenhuis fungeert dit als snelle plaats van opname voor acuut geachte, al of niet sociale, problemen.

Ook in de Caprileskliniek verblijven ouderen die uitbehandeld zijn en waarvoor Ben ander zorgaanbod adequater zou zijn. Stigmatisering van de ex-psychiatrische patiënt is hier mede oorzaak van en door gebrek aan samenwerking is de overplaatsing en het wegwerken van dat stigma nauwelijks mogelijk. Voor (oudere) PP-patiënten gelden voor vele disciplines lange tot zeer lange wachttijden op de polikliniek. De gang naar de enige polikliniek voor oudere PP-patiënten maakt het verkrijgen van specialistische medische zorg moeizaam.

Conclusies:

- In de algemene ziekenhuizen en de Caprileskliniek verblijven ouderen langer dan op grond van hun behandelingsbehoefte nodig is.
- Gebrek aan afstemming van zorginstanties en van zorgverleners binnen een zorginstantie is mede oorzaak van het te lange verblijf in de algemene ziekenhuizen en de Caprileskliniek en leidt ook tot onterechte opnames.
- Het feit dat er maar één locatie op het eiland is waar medische specialistische zorg voor de oudere PP-patiënten wordt gegeven bemoeilijkt het verkrijgen hiervan.

Samenvatting Afstemming Vraag en Aanbod

In onderstaand schema zijn de bevindingen met betrekking tot afstemming van vraag en aanbod, van volledigheid en van overlapping schematisch samengevat.

	ONVOLDOENDE AFSTEMMING	ONVOLLEDIG	OVERLAPPING
PREVENTIE	•	•	-
PARTICIPATIE	•	•	-
BEGELEIDING	•	•	•

BESCHERMING	•	•	-
VERZORGING	•	-	•
VERPLEGING	•	•	•
BEHANDELING	•	•	•

Geconcludeerd kan worden dat gestructureerde afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod bij alle zorgfuncties onvoldoende is. Onvolledigheid heeft betrekking op een tekort aan extra- en/of semimurale capaciteit van zorgaanbod. Overlap manifesteert zich voornamelijk in de intramurale zorg.

Het gebrek aan afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod op het gebied van intramurale zorg en de overlap is zeer duidelijk en wordt zeer nadrukkelijk door de geïnterviewden en door de deelnemers aan de seminars gesteld. Ondanks de door de Dienst Sociale Zaken gehanteerde criteria voor plaatsing in een verzorgingshuis blijkt, ondermeer om eerder genoemde redenen, in werkelijkheid de ouderenpopulatie in de verzorgingshuizen zeer uiteenlopend te zijn, waardoor er een qua verzorgingsbehoefte te heterogene bewonerspopulatie kan (of is) ontstaan waarvan een groot deel in feite verpleegbehoefte is en waardoor de doorstroom van verzorgingsbehoevende bewoners naar andere intramurale instellingen bemoeilijkt wordt. Hiertoe draagt de onvoldoende onderlinge afstemming in hoge mate bij.

Verpleging wordt op meerdere locaties geboden, maar er is behoefte aan een semimurale vorm.

De uit de interviews, de enquêtes en tijdens de seminars geconcludeerde opvatting dat zorgvraag en zorgaanbod niet op elkaar zijn afgestemd, wordt onderstreept. Een onvoldoende afstemming kan voor een belangrijk deel het gevolg zijn van de wijze waarop de aanmelding en intake, de indicatie en de toewijzing van zorg plaatsvindt. Hierover handelt het volgende hoofdstuk.

4. AANMELDING, INDICATIESTELLING EN TOEWIJZING

Beschikbaarheid van zorg is uiteraard een voorwaarde voor beantwoording van de zorgbehoefte. Bekendheid met de zorgvoorzieningen is de basis voor de toegang tot het zorgaanbod. Dit geldt voor zowel de professionele zorginstanties als voor de vrijwilligersorganisaties. De te doorlopen procedure (aanmelding, indicatiestelling en zorgtoewijzing) om tot het zorgaanbod te komen is de volgende fase die het verkrijgen van zorg bepaalt.

De aanmelding kan op diverse plaatsen geschieden, afhankelijk van de vermeend benodigde zorg: de Dienst Sociale Zaken, Verpleeghuis Betesda, de diverse zorginstanties wanneer er (nog) geen sprake is van betaling van de kosten door de Eilandelijke Overheid, bij de wijkverpleging bijvoorbeeld bij ontslag uit het ziekenhuis om maar enkele scenario's te noemen. Er is dus niet een 'één loket' systeem. Voor de financiering van de zorg wordt, slechts in geval de eilandskas de betaler is, vervolgens aangeklopt bij de Dienst Sociale Zaken. Bij deze dienst vindt vervolgens een dubbele aanmelding plaats: Eerst vindt een centrale intake plaats, waarbij voor de dienstverlenende maatschappelijk werkende, de oudere slechts één van de categorieën cliënten is. Vervolgens wordt, na beoordeling van de juistheid en volledigheid van de aanmelding, de aanvraag doorgegeven aan de Afdeling Bejaardenzorg van deze dienst. Indien het een aanmelding is, anders dan door de zorginstantie zelf, wordt na evaluatie van de indicatie en wederom beoordeling van de juistheid en volledigheid van de aanmelding, de geëvalueerde aanvraag al of niet aangeboden aan de zorginstantie. Door de zorginstantie vindt dan wederom een evaluatie van de indicatie plaats en uiteindelijk al of niet een toewijzing van de zorg. De lange wachttijd die van deze procedure het gevolg is, kan tot intensivering van de zorgbehoefte leiden. Die lange wachttijd kan ook veroorzaakt worden door beperkte capaciteit van de zorginstantie. Het uiteindelijke besluit tot toekennen van opname berust bij de zorginstantie. Voor ouderen waarvan opname niet betaald wordt uit de eilandskas, is in het geheel niet de bemoeienis van de dienst nodig. Naar blijkt betekent niet dat bij negatieve beschikking van de Dienst Sociale Zaken de toegang tot een bepaald zorgaanbod is afgesloten. Toegang tot de zorginstantie blijkt om meerdere redenen door financiële aspecten mede bepaald te worden; niet alleen in het geval van betaling door een andere instantie dan het Eilandgebied. Zo is de drempel tot opname in het ziekenhuis mede laag, omdat de AOV in dat geval bij opname doorgaat, terwijl de drempel tot opname in het verzorgingshuis hoog is, omdat dan de AOV van de zorgvrager wordt benut ter dekking van de kosten van opname. Het feit dat onderhoudsplichtige kinderen moeten tekenen voor hun financiële verantwoordelijkheid blijkt verder een obstakel voor een snelle opnameprocedure. Sinds enige tijd is de Dienst Sociale Zaken gemachtigd om uitkering van de AOV anders dan ten benutte van de oudere (lees: voor de familie) te laten beëindigen. Waar het FZOG-verzekerden betreft is de 10%-regeling, door gebrek aan financiële draagkracht van de verzekerde, reden voor een hoge drempel. PP-verzekerden en ambtenaren met een 100-procentregeling moeten verder voor huisartsenhulp en poliklinische specialistische hulp veel langer wachten dan anderen.

5. DE BEREIKBAARHEID VAN DE ZORG

Het zorgaanbod op Curaçao is geconcentreerd in de regio's Stad en Uitbreiding Stad, waar ook de meeste (zorgbehoevende) ouderen wonen. De bereikbaarheid wordt belemmerd door de slechte faciliteiten van het openbaar vervoer voor minder mobiele ouderen, Om te trachten een betere verspreiding van de bereikbaarheid te verkrijgen en vanuit het principe dat de zorg zoveel mogelijk naar de oudere toe moet worden gebracht, zal met name het aanbod van semimurale voorzieningen als Pasadia, fysiotherapie, en poliklinische specialistische zorg (anders) verspreid moeten worden.

6. OMTRENT DE TOERUSTING

De meeste verzorgingshuizen zijn gevestigd in oude gebouwen, die in beginsel niet bedoeld waren voor de huisvesting van hulpbehoevende ouderen en die veel mankementen vertonen, met daklekkage, afbladderende verf, betonrot en slechte riolering. Bijna alle geïnterviewde zorginstaties geven aan onvoldoende te zijn toegerust op financieel gebied. Om financiële redenen is de inventaris niet in orde, zijn gebouwelijke gebreken niet op te heffen, is het personeelsbestand niet op het gewenste niveau en op aantal te brengen en wordt nauwelijks aan preventie gedaan. Een krappe begroting tast de kwaliteit en toerusting van het zorgaanbod aan en ontnemt de zorg instantie de mogelijkheid tot externe ondersteuning in een gedegen opzet en verantwoording van begroting en rekening. De huidige systematiek van periodieke financiering door de overheid op basis van declaratie heeft de knelpunten in de financiële toerusting inde hand gewerkt. De 'zorgcontracten' bieden de mogelijkheid om, naast een betere grip op de zorg, ook soulaas te geven en zekerheid in de financiering. Behalve de beperkte budgettaire mogelijkheden voor de meeste verzorgingshuizen om gediplomeerden aan te trekken is er met name een tekort in het aanbod van verpleegkundigen. De opleidingsachtergrond van de diverse verzorgingshuizen loopt om die reden ver uiteen.

7. DE REGULERING VAN DE ZORG

Regulering van zorg heeft tot doel de zorg beheersbaar te maken. Regels over de toerusting en de kwaliteit van de zorg, al dan niet vervat in een zorgcontract, kunnen het zorgaanbod beheersbaar maken. Belangrijke middelen om de zorg reguleerbaar te maken zijn voorts de aspecten preventie en maatschappelijke participatie. Inzicht in de ontwikkeling van de zorgvraag is eveneens een voorwaarde voor zorgregulering. Met de vergrijzing is duidelijk dat het aantal mensen dat gebruik maakt van het zorgaanbod toeneemt. Uitgaande van het huidige percentage zorgbehoevende ouderen en de verdeling ervan over de diverse zorginstanties zou dat, geëxtrapoleerd naar de toekomst, het volgende beeld laten zien:

JAAR	AANTAL	SEMIMURAAL	EXTRAMURAAL		INTRAMURAAL		
			wijk	obw	verzh	verplh	ziekenh
1995	3600	300	2100	300	540	130	180
2000	4200	340	2440	340	630	150	210
2005	4550	365	2650	365	680	165	230
2010	5500	440	3190	440	825	200	275

Hierbij moet, conform de cijfers van het CBS, echter rekening worden gehouden met de trend tot afnemning van de mantelzorg. De hierdoor ontstane extra druk op de zorginstanties is hierbij niet verdisconteerd.

Het aannemen en instellen van 'een norm is nodig voor regulering van het aantal intramurale plaatsen. Ter vergelijking : In Nederland reeft het College van Ziekenhuisvoorzieningen voor het jaar 2000 voorgesteld een capaciteit van 2,9 ziekenhuisbedden per 1000 inwoners; met correctie zouden dan volgens de Stuurgroep Topoverleg Intramurale Zorg (1994) in dat jaar slechts 127 ziekenhuisbedden nodig zijn voor ouderen, hetgeen een aanzienlijk aantal minder is dan thans beschikbaar. Daarentegen zou de huidige Nederlandse norm van een aantal van 7% van alle 65-plussers voor het verzorgingshuis in het jaar 1995 overeenkomen met 826 bedden en in het jaar 2000 met 940 bedden, hetgeen een aanzienlijk aantal meer is -dan thans beschikbaar. Er dient dan dus een verschuiving te komen van de ziekenhuis-cure naar de care van de verzorgingshuizen.

De regulering en normering is ook van belang met betrekking tot de planning van de benodigde arbeidskrachten. Gelijk de studies die gedaan zijn in de beleidsnota Beroepskrachtenplanning 1993-2000 is het van belang te komen tot een planning in de ouderenzorg, mede gezien de overlapping van het zorgaanbod van zorginstellingen in de ouderenzorg met instellingen in de gezondheidszorg. Er dient dan ook normering te komen van de kwaliteit van zorgverleners: eisen en normen aan opleiding van het personeel alsmede eisen en normen van opleidingsinstanties. In bredere zin is er de algemeen geuite behoefte aan regelgeving voor het zorgaanbod: bijvoorbeeld ten aanzien van de vergunning tot vestiging en ten aanzien van de benodigde personele deskundigheid . Een belangrijke overheidstaak voor de korte termijn!

8. FINANCIERING VAN DE ZORG

Volgens de beheersbegroting 1995 betaalt het Eilandgebied Curaçao Naf. 44 miljoen aan ouderenzorg, exclusief kapitaallasten. Van dit totale bedrag gaat bijna Naf. 30 miljoen naar 'cure' en Naf. 15 miljoen naar 'care' (zie onderstaand overzicht).

ZIEKENHUIZEN + VERPLEEGHUIS	19.406.000
WIJKVERPLEGING (cure)	4.703.800
VERZORGINGSHUIZEN + OBW + WIJKVERPLEGING (care)	14.448.693
OVERIGEN (BEHANDELINGEN / HULPMIDDELEN / GENEESMIDDELEN)	5.124.334

Voor het jaar 2000 wordt (ruw geschat) voorzien dat deze kosten met 50% zullen gaan stijgen, rekening houdend met de volgende feiten:

- De vergrijzing van de Curaçaose bevolking
- De stijging van de tarieven van de meeste intramurale en extramurale instanties
- Het achterstallige onderhoud van de meeste zorginstanties
- De in werkelijkheid hogere uitgaven dan de geraamde
- De noodzakelijke investeringen die door de overheid nodig zijn om de gewenste situatie te bereiken.

Om de toename van kosten te kunnen financieren zijn er twee alternatieven:

- Verhoging van de inkomsten.
- Beheersing van de uitgaven.

Ter verhoging van inkomsten zijn er de volgende mogelijkheden:

Toepassing van het profijtbeginsel : De gebruiker van de voorzieningen of diens familieleden worden zelf voor de kosten verantwoordelijk gesteld. De meeste ouderen die gebruik maken van de aanwezige voorzieningen hebben slechts AOV als inkomen, waarbij bij opname in een verzorgingshuis dit wordt gebruikt ter dekking van de kosten. Verhoging van de bijdrage zal daarom niet mogelijk zijn. Niettemin kan overwogen worden een eigen bijdrage van de familieleden verplicht te stellen. Volgens de wet zijn de kinderen immers verplicht voor de ouderen te zorgen.

Toepassing van het solidariteitsbeginsel: Hierbij wordt een fonds gecreëerd waarbij middels een premie een bijdrage wordt geleverd door ieder lid van de bevolking . De premie kan inkomensafhankelijk zijn voor werkende en nominaal voor niet- werkende. Het aldus verkregen fonds garandeert een basisverzorging op de oude dag, die dient te voldoen aan de eisen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid.

Verlaging van de kosten van ouderenzorg is geen realistisch uitgangspunt. Om met de middelen die er (zullen) zijn zo optimaal mogelijk de ouderenzorg te kunnen financieren doen zich de volgende opties voor ter beheersing van de kosten.

Her-allocatie van de middelen.

Zoals boven gesteld wordt twee derde deel van de kosten voor ouderenzorg gebruikt ten behoeve van cure, en slechts één derde voor care. Hierbij valt op dat de ziekenhuiszorg weliswaar financieel in de ouderenzorg een indrukwekkende rol speelt, maar inhoudelijk in de totaliteit van de zorg een marginale functie heeft. Het beleid van de overheid moet dan ook meer gericht zijn op het stimuleren van de extramurale zorg, waarbij preventie een belangrijke rol speelt en, zoals elders gesteld, de investering hierin zichzelf terugverdient. Uit oogpunt van preventie en daardoor verlaging/beheersing van de kosten is voorts van belang dat ter voorkoming van (onnodig) opnemen en het (onnodig) verlenen van cure, zowel overheid als overige financiers als SVB en particuliere verzekeraars bereid moeten zijn om kosten voor extramurale verzorging te vergoeden.

Controle op de verlening van cure.

Van belang hierbij is om te komen tot een machtigingssysteem, waarbij door het Bureau Ziektelasten Voorzieningen (BZV) voor ondermeer ziekenhuisopname, onderzoeken en behandelingen goedkeuring moet worden verleend aan de aanvrager. Het BZV krijgt hierdoor middels haar medisch adviseur een middel in handen om ondermeer noodzaak, effectiviteit en duur van een (ziekenhuis-) behandeling te controleren. Bij overschrijding van de duur van een behandeling moet een nieuwe aanvraag met redenen omkleed worden ingediend. Bij juiste toepassing zal het systeem verschuiving van cure naar care doen ontstaan.

Budgetfinanciering.

Het budgetmechanisme is een alternatief voor het marktmechanisme. Het moet drie aspecten dienen: Vaststelling van doelstellingen en prioriteiten, beoordeling van effectiviteit en het bevorderen van efficiëntie, Bij het bepalen van de budgethoogte wordt rekening gehouden met drie variabelen: de 'input', de zorgverlening en de 'output', gekoppeld aan de capaciteit (bijvoorbeeld het aantal bedden), de hoeveelheid verleende zorg (bijvoorbeeld het aantal verpleegdagen) en de hoeveelheid output (bijvoorbeeld de hoeveelheid verleende zorg). Met budgettering heeft men een instrument in handen waarmee men de kosten kan beheersen, substitutie van zorg kan bewerkstelligen en de kwaliteit kan controleren. Dit budgetstelsel kan voor zowel intra-, semi-, als extramurale zorginstellingen worden gehanteerd.

Zorgcontracten.

De essentie van een zorgcontract is de regeling van de verhouding en de afspraken tussen overheid en zorginstellingen. Door de zorgcontracten waarborgt de overheid de vervulling van taken met betrekking tot overheidszorg die tot haar verantwoordelijkheid horen. In de zorgcontracten dient rekening te worden gehouden met de uitkomsten van de toekomstige mantel-CAO voor zorginstellingen.

Het instellen van een indicatie commissie.

Door het centraal indiceren en toewijzen van de zorg zal niet alleen de meest adequate zorg worden gegeven; ook onnodige zorg kan worden voorkómen, bijvoorbeeld door het toewijzen van care, daar waar cure niet (meer) nodig is.

Geïstitutionaliseerde samenwerking.

Zoals elders voor de extramurale zorginstellingen is bepleit, zou federatievorming ook voor de Semi- en intramurale zorg gunstig zijn, met name uit oogpunt van schaalgebonden financiële efficiëntie. In breder verband gezien zal de Raad voor Ouderenbeleid kunnen toezien op optimalisering van samenwerking en

afstemming in de ruimste zin, ter voorkoming van overlap en verbetering van efficiëntie. Een dergelijk orgaan kan de spreekbuis zijn naar de financierders van de zorg toe.

Verbetering van de inkomenssituatie van ouderen.

Een algemene pensioenvoorziening dan wel verhoging van de AOV gekoppeld aan het minimumloon, zal voor de kosten aan ouderenzorg een gunstig effect hebben. De uitgaven aan ouderenzorg worden immers mede bepaald door de financiële situatie van de oudere en van de onderhoudsplichtige. Thans heeft twee derde deel van het aantal ouderen slechts AOV als inkomen. Uit het recente gezondheidsonderzoek van de GGD (1994) blijkt dat op Curaçao, evenals in andere landen, een lage sociaaleconomische status gepaard gaat met een slechtere gezondheid. Voeg daarbij het feit dat hetzelfde onderzoek aantoonde dat PP-kaart houders minder gebruik (kunnen) maken van de gezondheidszorgvoorzieningen, dan is duidelijk dat een laag inkomen bij ouderen leidt tot toename van de eerder genoemde risico's van ouderdom en daardoor toename van de zorgbehoefte. Tijdens de seminars werd op het belang gewezen van een algemene pensioenregeling dan wel verhoging van de AOV en de gunstige gevolgen hiervan op de lichamelijke en geestelijke gezondheid van ouderen. Uit het oogpunt van gelijkheid voor iedereen kan gepleit worden voor een bijdrage vanaf het 18^e jaar van zowel werkende als niet-werkende. Iedere oudere zal immers van de voorziening genieten.

Algemene (ziekte)kostenverzekeringen.

Een aanzet tot het indammen van de stijgende aanspraak op de algemene middelen is de opzet van de door de landsregering geplande invoering van de Algemene Ziektekosten Verzekering (AZV). Middels inkomensafhankelijke en nominale premies worden dan de ziektekosten gedekt. Ook de door de landelijke overheid geplande Algemene Verzekering Bijzondere Ziektekosten (AVBZ) of 'Lei di Labidjan', bedoeld voor behandeling in het ziekenhuis, het psychiatrisch ziekenhuis, het verpleeghuis en instellingen voor lichamelijk en geestelijk gehandicapten bij verblijf langer dan 90 dagen en voor langdurig medicijngebruik door psychiatrische patiënten. Niet inbegrepen zijn hier de verzorgingshuizen en extra- en semimurale zorginstanties. De vraag is overigens of de gescheiden financieringsstromen de toekomstige samenwerking en afstemming tussen gepremieerde en gesubsidieerde voorzieningen zal bevorderen.

Invoering van overige wettelijke regelingen.

Wetten die het zorgaanbod beheersbaar maken door het reguleren van de toerusting en kwaliteit van zorginstanties zijn :

- De Landsverordening Instellingswezen
- De Gezondheidslandsverordening (Inspectie)
- De Landsverordening Huisvesting en Uitbreiding Gezondheidszorgvoorzieningen.

Aanbevelingen om te komen tot Financiering van de Zorg:

In een gezamenlijke inspanning van meerdere betrokken instanties zullen, volgens een tevoren afgesproken tijdsplan, voorbereidingen getroffen moeten worden ter uitvoering van de bovenvermelde voorstellen en regelingen:

- Een spoedig in te stellen Raad voor Ouderenbeleid met een duidelijk vastgelegde taak- en bevoegdheidsomschrijving en waarin van overheidswege tenminste vertegenwoordigd zijn de Dienst Sociale Zaken, de GGD en de Afdeling financiën, zal moeten inventariseren welke regelingen in de komende 5 jaar opgestart en verwezenlijkt moeten worden en een raming moeten maken van de kosten die hiermee gemoeid zijn.

- Al of niet uitgaande van de Raad voor Ouderenbeleid een werkgroep oprichten bestaande uit de SVB, het Bureau Ziektekosten Voorzieningen en de Afdeling Financiën, die de premie en de eigen bijdrage moet gaan berekenen ter dekking van de uitgaven verbonden aan de in te voeren Algemene Pensioenregeling.
- Al of niet uitgaande van de Raad voor Ouderenbeleid een werkgroep oprichten bestaande uit de GGD, de Dienst Sociale Zaken, het Departement voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, de Afdeling Financiën en het Bureau Ziektekosten Voorzieningen die de mogelijkheden voor kostenbeheersing in bredere zin nader inhoud moeten geven.

9. BELEIDSAANBEVELINGEN

A. Door de overheid moet, met het oog op de vergaande gevolgen die de vergrijzing met zich meebrengt, een permanent orgaan in het leven worden geroepen (bijvoorbeeld te noemen: 'Raad voor Ouderenbeleid') dat de overheid bijstaat in het richting geven aan het ouderenbeleid.

Overweging:

Geïntegreerd ouderenbeleid is een noodzaak om diverse redenen. Ouderenbeleid beslaat een zo breed terrein, dat voor de effectuering ervan een direct aanspreekbaar orgaan de overheid in haar beleid en beslissingen bij moet kunnen staan. Er is een grote behoefte aan een op de praktijk breed gestoelde vorm van periodiek overleg waarin weloverwogen beslissingen kunnen worden genomen. Deze beslissingen dienen bovendien zo veel mogelijk daadwerkelijk meegenomen te worden bij politieke beslissingen t.a.v. voorzieningen voor ouderen en ouderenbeleid. Een objectieve en op weloverwogen gronden gestructureerde planning van de ouderenzorg is een noodzaak: 'waarbij persoonlijke politiek geen rol mag spelen.

Uitwerking:

Om te komen tot het snel realiseren van een dergelijk orgaan met breed draagvlak, waarin zowel overheidsinstanties als de particuliere zorginstanties elkaar ontmoeten en waarin de expertiseaanwezig is, kan de huidige case-commissie als uitgangspunt dienen. De instelling van de Raad voor Ouderenbeleid, haar bevoegdheden en taken, dienen door de eilandelijke overheid te worden vastgelegd. Het orgaan dient voorts een adviserende en toetsende functie te krijgen. Het heeft ook als taak de ontwikkeling van de zorgbehoefte en van de financiering ervan in kaart te brengen sturing te geven aan het effectueren van de aanbevelingen uit de Nota Ouderenbeleid.

De taken van de Raad voor Ouderenbeleid hebben niet alleen betrekking op de zorg voor ouderen, maar beslaan het welzijn in de meest brede zin. Deze taken zijn ondermeer de volgende:

1. WETGEVING REGULERING OUDERENZORG

Het instellen van wettelijk vast te stellen normen, waaraan ieder bejaardenoord (verzorgingshuis, verpleeghuis) en andere instanties die zich met de zorg van ouderen bezighouden, moeten voldoen.

2. INDICATIENORMEN

Het instellen van wettelijk vast te stellen normen waaraan iedere opname in een instituut voor ouderenzorg moet voldoen alsook de toewijzing en verstrekking van iedere vorm van zorg door iedere instantie die zich bezighoudt met de zorg voor ouderen.

3. VOORLICHTING

Het bewustmaken van ieders eigen verantwoordelijkheid voor zijn/haar oud worden. Het voorbereiden op het oud worden. Het in het leven roepen, coördineren en stimuleren van activiteiten die van belang zijn voor preventie.

4. PARTICIPATIE

Het stimuleren van de participatie van ouderen in onze samenleving door het aangeven van oplossingen van die knelpunten die zulks thans in de weg staan.

5. PLANNING VAN DE BENODIGDE FACILITEITEN VAN OUDERENZORG

6. PLANNING VAN DE FINANCIERING VAN DE OUDERENZORG

7. OPLEIDINGSNORMEN

Het benoemen van wettelijk vast te stellen normen en eisen waaraan iedere instantie die opleidingen aanbiedt ten behoeve van de zorg aan ouderen moet voldoen.

8. RESEARCH EN DATABANK

Het verzamelen en anderszins verkrijgen van statistische gegevens waarop beleid kan worden gebaseerd.

Niet tot de taken van de Raad voor Ouderenbeleid horen

- Controle en uitvoer van sancties

De samenstelling van de Raad voor Ouderenbeleid:

Om de werkzaamheden een zo breed mogelijk draagvlak te doen hebben dienen tenminste de volgende zorggebieden en instanties vertegenwoordigd te zijn in de Raad voor Ouderenbeleid.

- Dienst Sociale Zaken
- Geneeskundige- en Gezondheidsdienst
- Sociale Verzekerings Bank
- Departamentu Salu Mental
- Afdeling Financiën
- Fundashon Kas Popular
- Verzorgingsinstituten
- Verplegingsinstituten
- De extramurale zorg
- De organisaties van gepensioneerden
- Een oudere die niet lid is van een organisatie van gepensioneerden
- De klinische psychiatrische zorg
- Het Departement voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
- Een Jurist
- Een Medicus

De verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Raad voor Ouderenbeleid zullen In overleg met de verantwoordelijke Gedeputeerde vóór het einde van het jaar dienen te worden uitgewerkt. De effectiviteit en het nut van de raad zijn afhankelijk van de mate waarin zaken die de belangen van ouderen in onze maatschappij aangaan, aan haar worden voorgelegd:

- Er moet een gestructureerd overleg komen met de verantwoordelijke Gedeputeerde, volgens een tevoren vaststaande agenda.
- Bij alle zaken die de belangen van ouderen aangaan dient de raad gehoord te worden.
- De Raad voor Ouderenbeleid kan gevraagd en ongevraagd advies geven aan het Bestuurscollege.

B. Grote urgentie verdient het tot stand komen van wetgeving ter regulering van de ouderenzorg

Overweging:

Inherent aan het instellen van een indicatie omissie is het instellen van normen voor zowel de intramurale als de extramurale ouderenzorg, alsook voor opleidingen voor de ouderenzorg. Uit het principe van gelijkheid voor alle burgers is dit voorts een noodzaak. Voor de intramurale zorg geldt de normering zowel de gebouwelijke staat, de deskundigheid van en het aantal personeelsleden, de hygiëne, de paramedische diensten.

Uitwerking:

Als één van haar primaire taken zal de Raad voor Ouderenbeleid binnen 6 maanden na haar instelling tot voorstellen moeten komen ter normering van de diverse vormen van intra- en extramurale zorg, waarin begrepen de normen voor opleidingen voor de ouderenzorg, en het raamwerk schetsen voor de wettelijke vastlegging ervan in de vorm van eilandverordeningen, afgestemd op bestaande en nog te realiseren landsverordeningen. Inmiddels werd door een daartoe ingestelde commissie een begin gemaakt aan normering en kwaliteitsomschrijving van de intramurale zorg door middel van het zorgcontract dat thans nog maar voor een beperkt aantal zorginstanties geldt. Tenminste moet in de normen aangegeven worden dat de geboden zorg beantwoordt aan de reële zorg van de zorgvrager, dat deze van goed nivo is en doelmatig wordt verricht. Alvorens zich als zorginstantie aan te bieden moet er een 'verklaring van geen bezwaar' van overheidswege komen, die afgegeven wordt als aan de, wettelijk vast te leggen normen is voldaan. De toetsing van de kwaliteitsnormen kan geschieden door het controleteam dat in de zorgcontracten wordt genoemd en dat, volgens een minimale frequentie, elke zorginstantie bezoekt. De effectiviteit van het controleteam wordt groter indien zij gesteund wordt door regels die wettelijk zijn vastgesteld Het al of niet verlenen van vergunning en van subsidie hangt op grond van de bevindingen en het oordeel van het team, dat de wettelijk vastgestelde normen als leidraad hanteert, heeft pas dan een geldig karakter.

C. Er moet één geïntegreerde indicatiestelling komen, van waaruit iedere vorm van zorg functioneel wordt aangeboden.

Overweging:

Eén van de oorzaken van de 'verkeerde bedproblematiek' is de versnipperde aanmelding en indicatiestelling. Deze versnippering is ondermeer ontstaan doordat de Dienst Sociale Zaken zich thans slechts toe legt op toewijzing van dat deel van de intramurale zorg, dat voor kosten van de Eilandelijke Overheid geschiedt. Door het centraal stellen van de zorgbehoefte, waarbij iedere vorm van zorg toebedeeld wordt door één orgaan, is het verstrekken van zorgopmaat beter realiseerbaar en efficiënter verdeelbaar. Hierbij is de zorgbehoefte uitgangspunt en niet de zorginstantie of de voor financiering verantwoordelijke. Een op voordracht van de Raad voor Ouderenbeleid samen te stellen en door de Eilandelijke Overheid in te stellen INDICATIECOMMISSIE is bij de realisatie van geïntegreerde indicatiestelling cruciaal. De Indicatiecommissie handelt volgens eensluidende criteria die voor iedere zorgaanbieder en de zorgvrager bekend zijn Van belang is hierbij dat de normen van eilandelijke en landelijke instellingen op elkaar worden afgestemd.

Samenstelling:

De Indicatiecommissie bestaat uit personen die objectief en niet in het belang van een zorgaanbieder handelen. De volgende instanties dienen in de commissie vertegenwoordigd te zijn:

1. Dienst Sociale Zaken

2. Geneeskundige- en Gezondheidsdienst
3. Departamentu Salu Mental

Werkwijze:

AANMELDING voor het in aanmerking komen van zorg geschiedt via een één-loket-systeem bij de Afdeling Bejaardenzorg van de Dienst Sociale Zaken. Om de drempel voor aanmelding zo laag mogelijk te houden dient met het volgende rekening te worden gehouden:

1. Dagelijks dient het loket tenminste acht uur, gedurende de normale kantooruren, geopend te zijn en ook telefonisch gedurende dezelfde tijd via meerdere telefoonlijnen bereikbaar.
2. Iedere zorgvraag wordt volledig afgehandeld via dit ene loket; er is geen doorverwijzing naar andere loketten of instanties.
3. Aanmelding kan persoonlijk, per telefoon of per fax geschieden.
4. Aanmelding kan geschieden door de huisarts/specialist, een instantie die met de zorg van de betrokken oudere te maken heeft, een naaste familielid of de oudere zelf.
5. De plaats van de intake dient gemakkelijk bereikbaar te zijn.

INTAKE zal, voortvloeiende uit het bovenstaande, door/bij de Afdeling Bejaardenzorg zelf geschieden, die iedere aanmelding dus zelf afhandelt.

INDICERING geschiedt door de indicatiecommissie, die:

1. haar indicerende taak tenminste drie maal per week uitoefent waarbij alle, sinds de vorige bijeenkomst aangemelde, zorgvragen volledig worden afgehandeld. Er ontstaat dus, wat betreft de indicatiestelling, geen wachtlijst.
2. zonodig tussentijds bijeenkomen voor het bespreken van acuut te nemen beslissingen. Bij acute aanmeldingen, dat wil zeggen situaties waarin acute beslissingen dienen te worden genomen, dienen de leden van de indicatiecommissie aan hun werk als lid van de commissie prioriteit te geven, en zo mogelijk boven eventuele andere werkzaamheden binnen de overheid. De Raad voor Ouderenbeleid dient aan te geven welk soort gevallen van aanmelding aangemerkt wordt als acuut.

TOEWIJZING van de zorg geschiedt, na positieve indicering, door de Dienst Sociale Zaken.

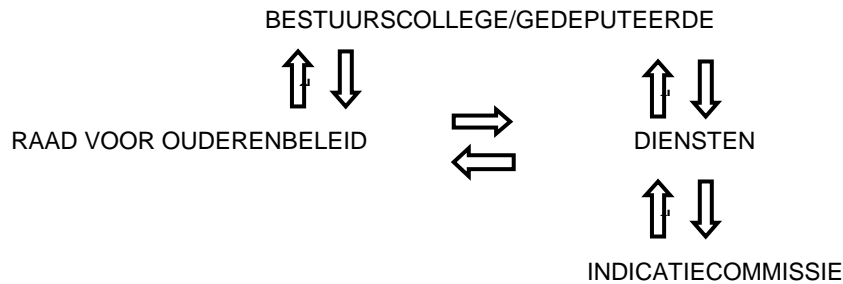
UITVOER van de zorg geschiedt door de daartoe aangewezen instantie.

FINANCIERING vindt plaats door de instantie die voor de zorg van de oudere aan wie de zorg is toegewezen verantwoordelijk is: Overheid, pensioenfonds of andere instantie.

BEËINDIGING / HER-INDICERING van de verleende zorg geschiedt door de Indicatiecommissie. Gedurende de periode waarin de zorg wordt verleend kan de zorgbehoefte van de oudere veranderen of beëindigen. Periodiek zal iedere vorm van verleende zorg moeten worden geëvalueerd op de noodzakelijkheid en juistheid ervan.

BEROEP op een door de indicatiecommissie toegewezen vorm van zorg is mogelijk bij de beroepscommissie, die in het leven wordt geroepen en ressorteert onder de Raad voor Ouderenbeleid.

Er moet naar gestreefd worden dat de indicatiecommissie ook andere vormen van hulpaanvraag, naast die om intramurale zorg, ter indicering beoordeelt: bijvoorbeeld Open Bejaardenwerk, woningaanpassing en hulpmiddelenverstrekking, omdat de commissie in voorkomende gevallen dan de hulpvraag kan leiden naar het meest juiste alternatief.



D. Een belangrijk middel in het bevorderen van het welzijn van ouderen is het structureel stimuleren van participatie van ouderen in onze samenleving

Overweging:

Ofschoon ouderen geen directe rol meer hebben in het arbeidsproces kan, ondanks het bestaan van een handicap of hulpbehoefendheid, middels gunstige regelingen voor ouderen, de participatie aan maatschappelijke processen worden gestimuleerd. Hiermee wordt een wezenlijke bijdrage geleverd aan de mogelijkheid voor ouderen om in de eigen vertrouwde omgeving te blijven.

Uitwerking:

Gunstige tarieven voor bus- en taxivervoer, gunstige toegangsprijzen voor schouwburg, muzikale en andere culturele activiteiten, sportontmoetingen, lidmaatschapsbijdragen van ondermeer de Openbare Bibliotheek zijn allemaal middelen om deelname aan activiteiten te bevorderen. Onderlinge contacten tussen ouderen kunnen worden bevorderd door als overheid het bedrijfsleven en het particuliere initiatief met gerichte activiteiten te ondersteunen. De criminaliteitsspiraal vormt een remmende factor op de maatschappelijke participatie. De beveiliging van de kwetsbare groep ouderen zal in overleg met politie en beveiligingsexperts ter hand moeten worden genomen.

E. Afdeling Bejaardenzorg van de Dienst Sociale Zaken dient met mankracht en faciliteiten uitgebreid te worden.

Overweging:

Indien de Afdeling Bejaardenzorg de centrale rol zal gaan spelen en de intake van de zorgvraag en de toewijzing van zorg en de controlerende functie, dan ontbreekt het deze afdeling aan man{-vrouw}kracht.

Uitwerking:

Middels een één-loket-systeem is de afdeling gedurende normale werkuren altijd telefonisch bereikbaar, ter verstrekking van informatie aan of doorverwijzing van de zorgvrager. Bij het één-loket-systeem van aanmelding kan sneller de aanvraag gesubstitueerd worden door een andere vorm van zorg, indien zulks beter geïndiceerd is. Meerdere directe telefoonlijnen worden door ter zake kundigen beantwoord. Die professionele kundigheid van iedere werker van de Afdeling Bejaardenzorg, waarvan het benodigde aantal en de vereisten reeds in een interne studie zijn vastgelegd, is van cruciaal belang voor het doelmatig functioneren van deze afdeling.

F Samenwerking van extramurale zorginstanties leidt tot onderlinge afstemming en een effectievere ouderenzorg.

Overweging:

De extramurale zorginstanties zijn de spil tot het effectueren van het uitgangspunt dat de oudere zo lang mogelijk in de eigen, vertrouwde omgeving moet blijven. Thuiszorg is bovendien beduidend goedkoper en werkt preventiever dan intramurale zorg. De wijkverpleging, het open bejaardenwerk en de gezinszorg opereren als gescheiden organisaties, maar bieden wel aan dezelfde ouderen zorg. Niet alleen de betrokken instanties pleiten voor het samenvoegen van de activiteiten. De samenwerking van de diverse instanties die in de thuiszorg werken kan de volgende punten inhouden: samenvoegen en effectiever gebruik maken van mankracht, van huisvesting en van afstemming/coördinatie met de huisartsenzorg.

Uitwerking:

Het Programmdossier Wijkverpleging (IMD 1994) en het Beleidskaderplan Wijkverpleging (GGD 1994) moeten worden geëffectueerd. Met name de wijkverpleging en het open bejaardenwerk kunnen door vèrgaande samenwerking komen tot een gedifferentieerd aanbod van zorgtaken. Ook de fysiotherapie kan door integratie in de aangeboden zorg de zelfstandigheid van de oudere op belangrijke wijze bevorderen.

G. De voorzieningen van dagverzorging dienen te worden vergroot en het pakket aan zorg moet worden uitgebreid met dagverpleging.

Overweging:

De reden tot opname van een oudere kan worden beperkt indien, ter ontlasting van de mantelzorg, dagverzorging en dagverpleging worden geboden. Met name voor psychogeriatrische zorg biedt dit een uitkomst, vooral voor de werkende familieleden. Het inbedden van dagverzorging in het verzorgingshuis zal openheid van het instituut bevorderen en de participatie van haar bewoners. Ditzelfde geldt voor de dagverpleging.

Uitwerking:

Verspreid over het eiland zal bij een drietal verzorgingshuizen de dagverzorging kunnen worden geïncorporeerd. De dagverpleging dient in principe aan het verpleeghuis te zijn verbonden, omdat daar de ondersteunende (para-)medische zorg dagelijks voorhanden is.

H. De huisvesting en het leefmilieu van ouderen verdient aparte aandacht, waarbij de gebouwelijke staat van de verzorgingshuizen tot urgente actie noopt.

Overweging:

Op wettelijke gronden draagt de Eilandelijke Overheid de verantwoordelijkheid voor de kosten van huisvesting van ouderen in het kader van een vast te stellen ouderenbeleid.

Uitwerking:

De Raad voor Ouderenbeleid zal ernaar moeten streven om binnen één jaar, aan de hand van inventarisatie, tot een planning te komen van de intra- en extramurale huisvesting van de ouderen in onze maatschappij, waarbij rekening moet worden gehouden met de gevolgen van verdere planmatige uitbreiding

van de thuiszorg. Hierbij zullen de toename van de maatschappelijke participatie van ouderen, de behoefte aan beschermd en begeleid woonvormen mede van invloed zijn. Uitbreiding van de thuiszorg heeft als vereiste dat er fondsen zullen moeten worden gereserveerd voor aanpassing van woningen in voorkomende gevallen en voor het waarborgen van alles wat de maatschappelijke participatie van ouderen bevordert.

Op grond van de genoemde inventarisatie, en van historische en statistische gegevens, en sociaal-culturele ontwikkelingen zal gekozen moeten worden voor een scenario voor planning van de huisvesting.

Voor wat betreft de intramurale zorg zal in de planning naar voren moeten komen hoeveel verzorgingshuizen er nodig zullen zijn en hoe de spreiding over het eiland moet zijn. De verzorgingshuizen zullen bovendien moeten inspelen op de verwachtingen van de ouderen. De slechte staat van vele verzorgingshuizen staat adequate zorg in de weg alsmede het voldoen aan de norm van 'ondersteunend woonmilieu'. Bovendien is de situatie thans in een aantal gevallen voor het personeel bijzonder demotiverend. Een mogelijkheid zou zijn om het huidige probleem op te lossen door nieuwbouw, bijvoorbeeld door de constructie van een viertal verzorgingshuizen. Een andere overweging hiertoe is het feit dat de huidige verzorgingshuizen niet gebouwd zijn als zodanig. Door nieuwbouw kan bovendien beter worden ingespeeld op de behoefte aan dagverzorging en kan voor wat betreft de normering de uniformiteit beter worden gerealiseerd.

De tweede mogelijkheid is dat van verbouw, waarbij eveneens, mede door het steeds aanpassen aan de te verwachten behoefte, rekening moet worden gehouden met een wellicht even grote kapitaallast waarbij dan weliswaar een deel van het bedrag als kapitaalvernietiging kan worden beschouwd, omdat geïnvesteerd wordt in oude gebouwen. Voor zowel nieuw te bouwen als verbouwde huizen geldt dat voor het beheer de onderhoudsplicht een onherroepelijke vereiste zal zijn.

I. Preventie zal een veel grotere rol moeten spelen in het geheel van ouderenzorg. Een belangrijke taak van de Raad voor Ouderenbeleid in deze is het opstellen van een raamwerk voor het verstrekken van informatie over de gevolgen van ouder worden, van de vergrijzing en de rol van de oudere in onze samenleving.

Overweging:

'Voorkómen is beter dan genezen' is een essentieel uitgangspunt voor iedere vorm van ouderenzorg. Niet alleen uit humaan oogpunt is het van belang de risico's van ouderdom te voorkómen; de kosten die gespaard kunnen worden zijn indrukwekkend. De oproep tot preventie geldt een breed arsenaal aan maatregelen op zowel medisch, sociaal als educatief terrein. Hierdoor worden ziekten voorkómen, worden lichamelijke en geestelijke kwalen beperkt en de voorwaarden geschapen voor gezond en onafhankelijk oud worden. De kosten voor preventie worden op termijn terugverdiend.

Velen weten niet hoe met ouderen om te gaan of kunnen of willen dit contact niet. Dit kan leiden tot het 'opbergen' door de familie van hun hulpbehoevende oudere familielid in een tehuis.

Uitwerking:

Met het oog op gezondheidsbescherming en -bevordering werken maatregelen met betrekking tot de sociale situatie als woning (rekening houdend met de minder mobiele oudere; beschermd en begeleid woonvormen, Abbeyfield-huis), sociale veiligheid (criminaliteit!) en ook de financiële situatie (bevordering van pensioenvorming). Ziektepreventie is, zoals blijkt uit het GGD-onderzoek 'Kon salu Kòrsou ta?' uitermate van belang en effectief, reeds bij aanpak van de grootste ziekmakers: suikerziekte en hoge bloeddruk, die dé grote veroorzakers zijn van lichamelijke gebreken en handicaps op oudere leeftijd (Gezondheids-) voorlichting is een zaak voor de hele bevolking en niet alleen voor ouderen of ouderen die reeds de (gevolgen van de) ziekte hebben. De belangrijke oorzaak van blindheid, glaucoom, kan voor een groot deel door effectief screenen en door het geven van voorlichting voorkómen worden! In het overheidsbeleid dient een aantal voorlichtings- en bewustmakingsacties programmatisch te worden ingevuld. Ieder der actiepunten leidt tot het voorkómen van afhankelijkheid van (duurdere) zorg. Het bevorderen van participatie van ouderen in de meest brede zin draagt bij tot preventie.

AFKORTINGEN

ADL	Activiteiten van het Dagelijks Leven
AOV	Algemene Ouderdoms Voorziening
AVBZ	Algemene Verzekering Bijzondere Ziektekosten
AZV	Algemene Ziektekosten Voorziening
BNP	Bruto Nationaal Product
BZV	Bureau Ziektekosten Voorzieningen
CAO	Collectieve Arbeids Overeenkomst
CBS	Centraal Bureau van de Statistiek
DSM	Departamentu Salú Mental
FKP	Fundashon Kas Popular
FZOG	Fonds Ziektekosten Overheids Gepensioneerden
GGD	Geneeskundige- en Gezondheidsdienst
OBW	Open Bejaardenwerk
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PP	Pro Paupere
SEHOS	Sint Elisabeth Hospitaal
SVB	Sociale Verzekerings Bank

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- 1973 Rapport m.b.t. de Bejaardenzorg op Curaçao; A.J. Gijsbers
- 1979 Nota Bejaardenbeleid 1979-2000; MA Horsford
- 1985 Traha pa un pueblo salú ta traha pa Kòrsou; seminarverslag
- 1990 Salud de los adultos en Las Americas; PAHO
- 1990 25 aña na vanguardia di salú; CBV
- 1991 Naadloos zorgcircuit voor ouderen: uitdaging of bedreiging? Nederland
- 1992 Aanzet tot een beleidsplan; "Stichting Birgen di Rosario"
- 1992 Wet op de Bejaardenoorden; Den Haag
- 1993 Beroepskrachtenplanning 1993-2000
- 1993 Bejaardenzorg op de Nederlandse Antillen; Westlord & Associates
- 1993 Sociaal Jaarverslag; "Stichting Birgen di Rosario"
- 1993 Het zorgcontract; IMD
- 1993 Kiezen voor Perspectief; Stuurgroep Nieuw Beleid
- 1993 50 jaar bejaardenzorg op Curaçao; "Stichting Birgen di Rosario"
- 1993 Third Population and Housing Census Netherlands Antilles 1992; CBS
- 1993 Statistical Yearbook of the Netherlands Antilles
- 1993 Staat de tijd gelijk? Ouderen tussen differentiatie en integratie; Tilburg, R. Muffels
- 1993/1994 Ouderen in Tel, Staatsdrukkerij Den Haag
- 1994 objectieve versus subjectieve gezondheidstoestand op Curaçao; GGD
- 1994 La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa; PAHO
- 1994 Het Bejaardenbeleid; G.P.A. Braam, Nederland
- 1994 Jaarverslag 1991/1992; Stichting Prinses Margriet
- 1994 Studiewerkconferentie: Naar een huis met zorg; Dienst Welzijn Utrecht
- 1994 Program of action of the United Nations International Conference on Population and Development
- 1994 Kleurrijk Grijs, Ministerie van WVC, Den Haag
- 1994 Healthy life expectancy in Curaçao; Den Haag
- 1994 Beleidsnota Zorg voor Gehandicapten; Departement VOMIL
- 1994 Censusatlas 1992; CBS
- 1994 Verslag studieconferentie 'Alternatieven voor opneemfinanciering in de zorg'
- 1994 Aanzet beleidskader Wijkverpleging; GGD
- 1994 Doorgaan met vernieuwen; Ministerie WVC; Den Haag
- 1994 Statistical Yearbook of the Netherlands Antilles; CBS
- 1994 Siklo Lina Tecla; lezingencyclus, Biblioteka Públika
- 1995 St. Elisabeth Hospitaal. Ziekenhuisanalyse 1991-1993; SIG Utrecht
- 1995 Futuro, over heden en toekomst; SEHOS
- 1995 Sociaal Jaarverslag 1994; "Stichting Birgen di Rosario"
- 1995 Zorg voor Zorg; Bestuur en Management, Leusden .
- 1995 Akuerdo di Pietermaai; PAR i MAN

1995 Small in size, but great in service; Antillean Adventist Hospital
1995 Hoe gezond is Curaçao? ISOG 2000
1995 Conceptnota Seniorenbeleid; Korps Politie Nederlandse Antillen
1995 Jaarverslag; Stichting Prinses Wilhelminafonds
1995 Sociale Gids van de Nederlandse Antillen
1995 Programmdossier Wijkverpleging; IMD

COLOFON

De personen die deel uitmaakten of hebben uitgemaakt van de Kommissie Voorbereiding Ouderenbeleid waren: de dames E. Anthony, I. Daal, G. van Dal, A. Gregorio, B. Janzen, J. Joseph-Brown, F. Parker, R. Pieters, C. Veeris en de heren C. Axson, H. Francisca, M. Horsford, D. Kibbelaar, R. de Lannoy, V. Monk, E. Raphaéla, R. Rosario.

Een belangrijke bijdrage betekende het voorbereidend werk van de heer 1. Kardol van het bureau 'Bestuur & Management' uit Leusden. Het werk van de heren M. Goede en A. Konket van het bureau 'Arthur Andersen' was van groot belang bij het tot stand brengen van de diverse malen in het ITC gehouden 'Seminario Maneho di Grandinan'.

Het reproduceren van deze nota is mogelijk gemaakt door een donatie van Maduro & Curriel's Bank