

Recreatie & zorg

Voorwoord

Dankzij leden in familie en schoonfamilie die werkzaam zijn in de zorg gingen gesprekken nogal eens over de situatie en belevenissen in de zorg. Als 'vastgoedkundige' hoorde ik dit alles aan en concludeerde dat de vastgoedwereld toch vooral een 'andere wereld was'. Werelden die op het eerste gezicht niet veel met elkaar te maken hadden. Of wel? Zorg vindt plaats in gebouwen en alleen daarom heeft het al met vastgoed te maken. De gebruikers stellen bijzondere eisen aan hun gebouwen. De gebouwen moeten er mede voor zorgen dat mensen met een beperking zo min mogelijk gehinderd worden in hun doen en laten. Zowel in de alle daagse bezigheden als toiletbezoek, naar bed gaan of persoonlijke verzorging als in de meer bijzondere bezigheden als sport, entertainment en recreatie. Juist de zorgmarkt vraagt om een specifieke benadering van vastgoedspecialisten. Kijkend naar de concepten die worden ontwikkeld op het gebied van kantoorontwikkeling of retail (blader eens door de vakbladen) lijkt de zorg er maar bekaaid van af te komen. Vanuit de overtuiging dat gebouw en omgeving een meerwaarde kunnen genereren, kreeg ik de ambitie om mij te verdiepen in zorgvastgoed. Het verzoek van ABZV uit Amsterdam aan de universiteit Groningen om een nader onderzoek naar nieuwe recreatieconcepten met zorg paste prima in deze ambitie.

Een aantal maanden heb ik op kantoor van ABZV mogen werken aan mijn scriptie. Ik heb de ontwikkelingen rondom de conceptontwikkeling van dichtbij mogen meemaken. Graag wil ik ABZV bedanken voor deze mogelijkheid. In het bijzonder dank aan Kees Trimp voor de deskundige begeleiding en de steun in de rug vanuit ABZV.

Samenvatting

Toerisme en recreatie zullen in 10 a 20 jaar één van de grootste bedrijfstakken ter wereld zijn. De drijvende kracht achter de groei van recreatie en toerisme is de vergrijzing. Het aantal ouderen neemt toe, het aantal jongeren daalt. In 2040 bereikt het percentage ouderen in de bevolking zijn hoogtepunt. De voortgaande vergrijzing van de bevolking leidt tot 33% meer ouderen in de vierde leeftijd (75+) in 2015, een toename van 2% per jaar. De totale zorgbehoefte blijft dus toenemen tot 2015. De verwachting is dat de informele zorg de toename van de zorgvraag niet zal bijhouden. Na 2015 zal het aantal ouderen boven 75 jaar nog sneller gaan groeien, maar zal naar verwachting de gezondheidstoestand tegelijkertijd verbeteren. Met deze veranderingen in bevolkingssamenstelling breekt een periode aan met andere vraag/ aanbodverhoudingen naar zorg en vastgoed. In 2038 is een op de vier Nederlanders ouder dan 65. Nederland wordt de komende decennia, als de babyboom-generatie – geboren tussen 1945 en 1954 – met pensioen gaat, een ander land. Andere burgers, andere gewoonten, andere vrijetijdsbesteding.

Probleemstelling en definities

Het onderzoek *Recreatie & Zorg* onderzoekt de kansen en bedreigingen voor een concept wat recreatie en zorg combineert. Onder recreatie verstaat men alle vormen van vrijetijdsbesteding, alle activiteiten die kunnen worden gedaan naast de dagelijkse verplichtingen als werken, huishouden, financiën en zorg voor anderen. Zorg omvat de verzorging, begeleiding en verpleging van mensen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. De komende decennia ontstaat er een grote verandering in bevolkingssamenstelling. Ook verschuift de zorgverlening steeds meer van een aanbodgestuurd naar vraaggestuurd model. Hiermee breekt een periode aan met andere vraag/ aanbodverhoudingen naar zorg en vastgoed. De vastgoedsector zal met specifieke producten de zorgmarkt tegemoet moeten treden. Dit uit zich niet enkel in aangepaste woonvormen maar ook in aangepaste recreatievormen. Deze rapportage is een eerste stap in het onderzoek naar verblijfsrecreatie met zorg. De probleemstelling van het onderzoek is: *Waar liggen de kansen en bedreigingen voor een vastgoedconcept van recreatiewoningen met zorg?*

Doelgroep

In de breedste zin is een vakantiepark met zorg is bestemd voor mensen met een recreatie- en zorgbehoefte. De primaire doelgroep zijn die mensen die de behoefte hebben aan recreëren in een vakantiepark maar daarin worden belemmerd door ouderdom en/of beperkingen. De doelgroep die belemmerd wordt door leeftijd zijn 'de ouderen'. Doelgroep die belemmerd worden door beperkingen zijn de 'minder validen' of 'gehandicapten'. Verpleging, familie, vrienden etc zijn direct aan deze doelgroepen gekoppeld. Dit betekent dat slechts een gedeelte van de doelgroep gebruik zal maken van zorg. Er zijn veel organisaties die zich bezighouden met doelgroepen ouderen en minder validen. Er zijn ook vele variabelen, het is zeer lastig om aan juiste hoeveelheden te komen om zo tot een afbakening van de doelgroep te komen. Nader onderzoek verdient aanbeveling. De doelgroep ouderen en gehandicapten hebben deels overlap omdat voornamelijk bij de stijging van de leeftijd het aantal gebreken toeneemt. Dit

onderzoek concludeert dat er rond 2010 alleen al aan ouderen en gehandicapten een doelgroep ontstaat van circa 2,5 miljoen mensen.

Aanbod

Concepten die recreatie koppelen aan de levering van zorg zijn zorgboerderijen en zorghotels. Drie verpleeghuizen geven aan een zorghotel te hebben. Van de ziekenhuizen hebben 2 reeds een zorghotel. Daarnaast zijn er een aantal particuliere zorghotels. Het precieze aantal is niet bekend. 30% van de verpleeghuizen en 52% van de ziekenhuizen onderzoekt de mogelijkheid om een zorghotel te ontwikkelen. In 2004 waren 432 zorgboerderijen en 28 projectplannen om een zorgboerderij te starten. De mogelijkheden van zorgverlening in het verlengde van recreatie heeft bij meerdere ondernemers de aandacht. Een analyse van het huidige aanbod laat de volgende vormen van zorgverlening zien: Postklinische zorg/ verplaatsing ziekenhuiszorg; Vervanging thuiszorg (huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf; Ontlasting mantelzorg; Private zorg (beauty & care).

Vraag

Tijdens diepte-interviews met mensen uit zowel de zorgtoerismebranche als de ouderen- en gehandicaptenzorg komt naar voren dat men voortdurend op zoek is naar goede aangepaste accommodaties. De recreatiesector lijkt zich lange tijd niet voor deze doelgroep te hebben geïnteresseerd. De analyse van het aanbod (hoofdstuk 2), de doelgroep ouderen (hoofdstuk 3.2) en de gesprekken geven een beeld van een tekort aan geschikte vakantie-accommodaties voor ouderen. De volgende zaken komen in de gesprekken meerdere malen aan de orde:

- Ouderen maakt steeds meer eigen keuzes
- Gevaar van een zorgthema
- Uiteenlopende zorgvraag
- Belang van goed personeel

Vanuit de gehandicaptenzorg bestaat vraag naar goede aangepaste accommodaties. Alle geïnterviewden uit de gehandicaptenzorg geven een behoefte aan. De vraag lijkt zich vooral op groepsaccommodaties te richten. Wanneer gesproken wordt over een vakantiepark met zorg komen de volgende zaken meerdere malen aan de orde:

- Verschillende doelgroepen verhouden zich moeilijk tot elkaar
- Profilering vraagt om uitgekiende marketing
- Zorgvraag is diffuus en kostbaar
- Gehandicapten staan midden in samenleving, extramuralisatie ook in recreatie

Er blijkt een tekort te zijn aan voldoende geschikte aangepaste vakantie-accommodaties. De resultaten zijn echter niet van dien aard dat de vraag met zekerheid geldt voor *verblijfsrecreatie met zorg*. Om hier meer zekerheid over te krijgen verdient extra specifiek op *verblijfsrecreatie* gericht marktonderzoek de aanbeveling.

Kansen

Het is een doelgroep van 'enkele miljoenen' Nederlanders. Een paar miljoen mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking of ouderdomsverschijnselen. Rekenen we het verzorgende personeel, de mantelzorgers en familie mee dan is er sprake van een doelgroep die het veelvoudige is. Deze groep bestaat voor een groot deel uit senioren. Senior, maar fitter

dan ooit, ondernemender dan ooit, rijker dan ooit. En vaak barstend van de vrije tijd, het hele jaar door. Het aanbod voor deze mensen is beperkt. Bij veel accommodaties schieten de voorzieningen tekort, zijn de ruimtes te klein of er is geen juist personeel aanwezig.

Uit het onderzoek komen de volgende kansen naar voren:

- Grote doelgroep
- Schraal aanbod
- Maatschappelijke ontwikkelingen
- Stijgende welvaart
- Stijgend aantal (binnenlandse) vakanties
- Mond op mond reclame

Bedreigingen

Dat er nog zo weinig ondernemers de stap naar zorgrecreatie hebben gezet is niet zonder reden. Wie de oudere toerist en de toerist met een lichamelijke of verstandelijke beperking als 'nieuw' marktpotentieel wil bedienen dient op zijn 'qui vive' te zijn. Op goed in te kunnen spelen op bedreigingen is regelmatig marktonderzoek absoluut noodzakelijk, want veranderingen in het vakantiegedrag zijn aan de orde van de dag. Het is een bewerkelijke markt. Succes zal vooral afhangen van doordachte promotie en het adequaat verstrekken van informatie. Inzicht in concrete eisen en wensen ontbreekt veelal. Gebeurt dit op de juiste manier dan vormen deze doelgroepen (zoals omschreven in de definiëring) een geweldige markt. Naarmate de leeftijd vordert, wordt comfort, service, zekerheid, veiligheid en persoonlijke zorg belangrijker. Ook op vakantie. Extra aandacht voor faciliteiten, mate van dienstverlening en de inrichting van de logiesvorm zijn essentieel. Angst regeert vaak de ouderdom en het is de taak van de ondernemer senioren daaroverheen te helpen zonder andere groepen af te schikken. Dit pleit voor een goede voorlichting en een uitgekende marketingstrategie. Uit het onderzoek komen de volgende bedreigingen naar voren:

- Zorgthema, werpt voor velen een drempel op
- Identiteit van het park, het moet duidelijk zijn dat het park volledig is aangepast zonder doelgroepen af te schikken.
- Personeel, verzorgend personeel moet zich het hoteldenken eigen maken.
- Diffuus hulpvraag en dure aanpassingen, zorgvraag is enorm breed en vraagt veelal dure specifieke aanpassingen.
- Verhouden van doelgroepen tot elkaar, verstandelijke gehandicapten, lichamelijke gehandicapten en ouderen verhouden zich zeer moeilijk tot elkaar.
- Locatiekeuze, een zorgpark vraag net als een 'normaal' vakantiepark om een juiste locatiekeuze.

Ten slotte, werken met deze doelgroep is een enorme uitdaging. Maar er moet een intentie achterzitten van het willen bijdragen aan een volwaardig burgerschap van ouderen en gehandicapten. Louter commercie is onvoldoende. In deze branche wordt meer gevraagd.

Inhoud

<i>Voorwoord</i>	<i>I</i>
<i>Samenvatting</i>	<i>II</i>

Inleiding 1

1	Inleiding	1
1.1	Aanleiding	
1.2	ABZV Zorgvastgoed	
1.3	Probleemstelling	
1.4	Afbakening onderzoek	
1.5	Onderzoeksvragen	
1.6	Doelstelling	
1.7	Onderzoeksopzet	
1.8	Leeswijzer	

Deel 1 Typering 6

2	Typering recreatie en zorg	6
2.1.1	Wat is recreatie?	
2.1.2	Intrinsieke waarde van recreatie	
2.1.3	Recreatie en ruimte	
2.1.4	Recreatiegedrag van Nederlanders	
2.1.5	Verblijfsrecreatie	
2.2	Wat is een recreatiewoning?	
2.2.1	Voorraad recreatiewoningen	
2.2.2	Bouwmarkt voor recreatiewoningen	
2.2.3	Het bungalowpark	
2.3	De zorg	
2.3.1	De AWBZ	
2.3.2	Verplegen	
2.3.3	Verzorgen	
2.3.4	Diverse soorten van zorg	
2.4	Deelvragen deel 1	
	<i>Wat wordt er verstaan onder recreatie?</i>	
	<i>Wat zijn de algemene cijfers over Nederlanders op vakantie?</i>	
	<i>Wat is een recreatiewoning?</i>	
	<i>Wat is zorg?</i>	

Deel 2 Aanbod 20

3 Recreatie en zorgconcepten 20

- 3.1 Zorghotels
 - 3.1.1 Zotels bij ziekenhuizen
 - 3.1.2 Zorghotels voor een bredere doelgroep
 - 3.1.3 Herstelhotel
- 3.2 Zorgboerderijen
- 3.3 Nieuwe initiatieven
 - 3.3.1 Eerste werk-vakantiepark van Nederland in Drenthe
 - 3.3.2 Verjongingsvakanties
- 3.4 Interviews met mensen uit de zorgrecreatie
 - Interview met de heer Stoevelaar, projectontwikkelaar*
 - Interview met de heer van Dijk, directeur woonzorgvoorziening*
 - Interview met de heer Lippinkhof, directeur zorghotel*
 - Interview met mevrouw Bokma, directrice herstelhotel*
 - Interview met Erik Bretveld, Directeur Privé-kliniek*
- 3.5 Deelvragen deel 2
 - Wat is het huidige aanbod van recreatie en zorgconcepten in Nederland?*
 - Zijn er nieuwe initiatieven van aanbod van vastgoedconcepten met zorg?*
 - Welke zorg is te combineren met recreatie?*
 - Wat is de visie van exploitanten van verblijfsrecreatie met zorg op een concept waar een recreatiepark wordt gecombineerd met zorg?*

Deel 3 Vraag 40

4 Doelgroep 40

- 4.1 Definiëring
 - 4.1.1 Ouderen
 - 4.1.2 Gehandicapten
- 4.2 Uitwerking doelgroepen
 - 4.2.1 Ouderen
 - 4.2.2 Demografie
 - 4.2.3 Vergrijzing
 - 4.2.4 Ontgroening
- 4.3 Ouderen en recreatie
- 4.4 Interviews met mensen uit de ouderenzorg
 - Interview met mevrouw M. Lowenthal-van Dijk, Hoofd activiteiten en Vrijwilligers*
 - Interview met drs H.K. van Leeuwen, algemeen directeur Stichting*
 - Interview met mevrouw Morssinkhof, Manager Welzijn*
 - Interview met de heer J.B.A. Lettink, Lid raad van bestuur*
- 4.5 Mensen met een beperking
 - 4.5.1 Omvang van de doelgroepen
 - 4.5.2 Aantal mensen met een lichamelijke beperking
 - 4.5.3 Aantal mensen met een chronische ziekte

- 4.5.4 Aantal mensen met een verstandelijke beperking
- 4.5.5 Totaal
- 4.6 Financiële spankracht
- 4.7 Vrijtijdsbesteding van mensen met een handicap
 - Vrijtijdsbesteding van personen met een lichamelijke beperking*
 - Vrijtijdsbesteding van personen met een verstandelijke beperking*
- 4.7.1 Non-participatie
- 4.7.2 Voorkeuren
- 4.8 Interviews met mensen uit de gehandicaptenzorg
 - Interview met mevrouw Loot-Heldeweg, directeur*
 - Interview met mevrouw Keunen, projectmedewerker*
 - Interview met de heer Vijftigschild, teamleider vakanties*
 - Interview met Mevrouw B. Verschoor, commissie reizen*
- 4.9 Deelvragen deel 3
 - Wie komen er voor het concept in aanmerking?*
 - Hoe groot zijn deze doelgroepen?*
 - Hoe recreëert de doelgroep ouderen?*
 - Hoe ontwikkelt zich de recreatiebehoefte?*
 - Bestaat er vanuit zorginstellingen ouderen vraag naar het concept 'vakantiepark met zorg'?*
 - Wat is de visie van mensen uit de ouderenzorg op een concept waar een recreatiepark wordt gecombineerd met zorg?*
 - Bestaat er vanuit zorginstellingen voor lichamelijk of geestelijk gehandicapten vraag naar het concept 'vakantiepark met zorg'?*
 - Wat is de visie van mensen uit de gehandicaptenzorg op een concept waar een vakantiepark wordt gecombineerd met zorg?*

Deel 4 Conclusies 87

- 5 Conclusies en beantwoording probleemstelling 87**
- 5.1 Waar liggen de kansen voor een vastgoedconcept van recreatiewoningen met zorg
- 5.2 Waar liggen de bedreigingen voor een vastgoedconcept van recreatiewoningen met zorg?

Bijlagen

- Financiële spankracht van ouderen
- Benaderingswijze ouderen
- Senioren spreken toeristische wensen uit

Literatuur

Inleiding

Hoofdstuk 1 Inleiding

Nederland (en Europa) staat aan de vooravond van een vergrijzingsgolf die een aantal decennia zal aanhouden. Daardoor zal de vraag naar ontspanning en recreatie voor deze doelgroep de komende dertig jaar alleen maar toenemen. Het aantal 65 plussers bedraagt nu (2005) 14% van de totale bevolking; dit aandeel stijgt de komende jaren tot 17% in 2015, 21% in 2025 en ruim 23% in 2035. Van de bevolking van 75 jaar en ouder, momenteel ruim 1 miljoen mensen, is bijna de helft op een of andere wijze klant van de zorg. De verwachte toename van het aantal 75 plussers bedraagt tot 2015 gemiddeld 1,5% per jaar, tot 1,2 miljoen. Daarnaast zijn er grote groepen mensen met een lichamelijke beperking (denk aan reuma, epilepsie, gehandicapten, MS patiënten, nierpatiënten etc.) die allen hun specifieke mogelijkheden en onmogelijkheden hebben. De omslag van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd zorgmodel zal de komende jaren merkbaar zijn. Met deze veranderingen in bevolkingssamenstelling en kijk op zorgverlening breekt een periode aan met andere vraag/aanbodverhoudingen naar zorg en vastgoed. De vastgoedsector zal met specifieke producten de zorgmarkt tegemoet moeten treden. Dit uit zich niet enkel in aangepaste woonvormen maar ook in aangepaste recreatievormen.

Dit rapport 'recreatie en zorg' beschrijft het proces van onderzoek naar recreatie met zorg. Om een beeld te krijgen van zowel de vraag als het aanbod heb ik met mensen gesproken uit zowel de aanbodzijde (herstelhotels, zorghotels, private klinieken, ontwikkelaars) als de vraagzijde (gehandicaptenzorg, ouderenzorg, gespecialiseerde reisorganisaties). Dit bracht mij van Laag-Keppel tot Eindhoven en van Leeuwarden tot Noordwijk en Breda. Alle gesprekken waren even leerzaam als verhelderend. Aan de hand van literatuurstudie en diepte-interviews ben ik gekomen tot een overzicht van de kansen en bedreigingen voor zorgrecreatie in het algemeen en de realisatie van een vakantiepark met zorg in het bijzonder.

1.1 Aanleiding

ABZV uit Amsterdam is een initiatief gestart dat recreatie met zorg combineert, het zogeheten leven & welzijn concept. Met deze conceptontwikkeling wil ABZV inspelen op de veranderende demografische verhoudingen die de komende jaren zullen plaatsvinden. Deze veranderingen zullen naar verwachting leiden tot een veranderende vraag naar recreatie-accommodaties.

Om adequaat in te spelen op deze markt dienen er een aantal belangrijke vragen beantwoord te worden. Vragen als wat is precies de doelgroep? Welke eisen stellen zij aan hun vakantie en op welke wijze kan rekening gehouden worden met de zorgbehoeften die van belang zijn bij het bepalen van het geschikte zorgaanbod? Ook is interessant te weten wat de behoeften zijn op het gebied van recreatie. In hoeverre wordt gebruik maken van verschillende soorten accommodaties en wat zijn de wensen op het gebied van dagrecreatie. Een dergelijk concept, wat verblijfsrecreatie combineert met de levering van zorg, heeft haar succes nog niet

bewezen. Deze scriptie is een eerste stap in het onderzoek naar de haalbaarheid van dit concept. Het onderzoek richt zich op de ontwikkeling van vraag en aanbod van recreatiemogelijkheden (vakantieparken) voor verschillende doelgroepen met een zorgbehoefte.

1.2 ABZV adviesbureau zorgvastgoed

Het afstudeeronderzoek wordt uitgevoerd in het kader van de master-opleiding Vastgoedkunde, Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen aan de Rijksuniversiteit Groningen. Om nader onderzoek is gevraagd door ABZV uit Amsterdam die meer kennis en inzicht wensen over vraag en aanbod van verblijfsrecreatie met zorg. ABZV is onderdeel van ABECO Makelaars & Adviseurs. Sinds 1994 is ABZV actief in de zorgvastgoedwereld. In 2001 is hiervoor een speciale afdeling opgericht: ABZV (ABECO ZorgVastgoed). ABZV wil een tolk/vertaler zijn tussen de vastgoedwereld en de zorgwereld.

1.3 Probleemstelling

Waar liggen de kansen en bedreigingen voor een vastgoedconcept van recreatiewoningen met zorg?

1.4 Afbakening onderzoek

Een scherpe afbakening uit zich in een concrete probleemstelling. De probleemstelling: *Waar liggen de kansen en bedreigingen van een vastgoedconcept voor recreatiewoningen met zorg?* Geeft weer dat het onderzoek zich toespitst op de kansen en bedreigingen van een nieuw vastgoedconcept. Bij de ontwikkeling van een vastgoedconcept dient rekening te worden gehouden met de wensen en eisen van de doelgroep en de functionele, juridische, bouwkundige, ruimtelijke en organisatorische randvoorwaarden. Om tot een verantwoord concept te komen voor recreatiemogelijkheden met zorg dient de vraag naar deze recreatiemogelijkheden duidelijk te zijn. Het gaat hierbij om zowel de kwantitatieve als kwalitatieve vraag. Aan de hand van de resultaten van dit onderzoek worden kansen en bedreigingen voor een nieuw vastgoedconcept gegeven aan de hand van literatuuronderzoek en diepte-interviews.

1.5 Onderzoeksvragen

Om de probleemstelling te kunnen onderzoeken is een aantal deelvragen geformuleerd. Aan de hand van deze deelvragen is de hoofdstukindeling van deze scriptie opgezet.

Deel 1, Typering

- Wat wordt er verstaan onder recreatie?
- Wat zijn de algemene cijfers over Nederlanders op vakantie?
- Wat is een recreatiewoning?
- Wat is zorg?
- Welke zorg is te combineren met recreatie?

Deel 2, Analyse aanbod in Nederland

- Wat is het huidige aanbod van recreatiezorgconcepten in Nederland?
- Zijn er nieuwe initiatieven van aanbod van vastgoedconcepten met zorg?
- Wat is de visie van exploitanten van verblijfsrecreatie met zorg op het initiatief?
- Welke lering kan uit bestaande initiatieven worden getrokken?

Deel 3, Analyse vraag in Nederland

Deel 3a Algemeen

- Wie komen er voor het concept in aanmerking?
- Hoe ontwikkelt zich de populatie de komende jaren?

Deel 3b Ouderen

- Bestaat er vanuit zorginstellingen voor ouderen vraag naar het concept 'verblijfsrecreatie met zorg'?
- Wat is de visie zorginstellingen uit de ouderenzorg op het initiatief van verblijfsrecreatie met zorg?
- Hoe recreëert deze doelgroep?
- Hoe ontwikkelt zich de recreatiebehoefte van deze populatie zich kwalitatief?

Deel 3c Minder validen

- Bestaat er vanuit zorginstellingen voor lichamelijk of geestelijk gehandicapten vraag naar het concept 'verblijfsrecreatie met zorg'?
- Wat is de visie zorginstellingen uit de ouderenzorg op het initiatief van verblijfsrecreatie met zorg?

Deel 4, Conclusie knelpunten en aanbevelingen

- Welke conclusies kunnen er getrokken worden naar aanleiding van de deelvragen?
- Waar liggen de kansen voor het concept van recreatie met zorg?
- Waar liggen de bedreigingen voor het concept van recreatie met zorg?
- Wat zijn de aanbevelingen voor verder onderzoek?

1.6 Doelstelling

Het in kaart brengen van vraag en aanbod naar recreatiewoningen met zorg en de kansen en bedreigingen voor een op recreatie met zorg toegesneden vastgoedconcept

1.7 Onderzoeksopzet

Deel 1 Typering

Dit deel van deze scriptie geeft een typering van recreatie, recreatieparken en bungalows. Ook wordt een typering gegeven van de zorg in het algemeen en de verschillende vormen van zorg in bijzonder.

Deel 2 Aanbod

In deel 2 van deze scriptie wordt de actuele situatie en ontwikkeling van de recreatie en zorg markt in Nederland geanalyseerd. Ontwikkeling van aanbod kan iets leren over de ontwikkeling van de vraag of over de mogelijkheden die er liggen in de markt. Wat is er en wat kan je er aan ontleen? Welke concepten zijn er al die zorg toevoegen aan een bepaald vastgoedconcept. Deelvragen worden beantwoord aan de hand van deze analyse en diepte-interviews.

Deel 3 Vraag

Deel 3 richt zich op de vraagzijde van recreatie en zorg in Nederland, zowel nu als in de toekomst. Aan de hand van de demografische kenmerken leeftijd, gezondheid, inkomen en vermogen wordt een voorspelling gedaan naar de vraag in Nederland. Aanbod kan vraag creëren, maar moet ook reageren op de vraag. De kennis van de recreatiewensen en overwegingen van de populatie die een rol spelen bij koop of huur van een recreatiemogelijkheid met zorg zijn onderdeel van onderzoek. Deze kennis is noodzakelijk om 'op maat gesneden' voorzieningen te kunnen creëren. Om een beeld te krijgen van deze vraag zal naar bestaande gegevens worden gekeken. Het open mondelinge interview wordt gebruikt om vooral kwalitatieve kennis te krijgen. Deelvragen worden beantwoord aan de hand van analyse en diepte-interviews.

Deel 4 Conclusies

De resultaten van de diverse delen van de scriptie leiden tot de beantwoording van de deelvragen en uiteindelijk de probleemstelling. Dit gebeurt in deel 4.

1.8 Leeswijzer

Deze scriptie bestaat uit vier delen: een typering van recreatie en bungalows en de zorg(1), een analyse van het aanbod (2), een analyse van de vraag (3), en een conclusie in de vorm van kansen en bedreigingen(4). De eerste drie delen beginnen met een korte introductie en worden afgesloten met de beantwoording van de deelvragen, die betrekking hebben op dat deel. Alle afzonderlijke delen worden ondersteund met diepte-interviews. Aan de hand van de analyse(literatuurstudie) en de interviews wordt antwoord gegeven op de afzonderlijke deelvragen. Aan de hand van de beantwoorde deelvragen worden de kansen en bedreigingen voor een recreatiepak gecombineerd met zorg gegeven.

Delen

Deel I omvat hoofdstuk 2 en geeft een typering van de context waarin zorgrecreatie plaatsvindt. Afsluitend worden de deelvragen beantwoordt. Het aanbod in Nederland wordt beschreven in deel 2, dat bestaat uit hoofdstuk 3. Dit hoofdstuk beschrijft de concepten die ontwikkeld zijn en nog in ontwikkeling zijn. Het hoofdstuk wordt afgesloten met diepte-interviews met mensen achter deze concepten. Aan de hand van de analyse en de interviews worden de deelvragen die betrekking hebben op deel 1 beantwoord. De analyse van de vraag in Nederland gebeurt in hoofdstuk 4, 5, 6. Deze hoofdstukken vormen samen deel 3. Hoofdstuk 4 geeft de doelgroepdefiniëring. Hoofdstuk 5,6 gaan in op de afzonderlijke subgroepen ouderen en mindervalide. Elke hoofdstuk wordt ondersteund met diepte-interviews. Aan de hand van de analyse en de interviews worden de deelvragen die betrekking hebben op deel 3 beantwoord. De beantwoording van de deelvragen de conclusies in de vorm van kansen en bedreigingen staat in deel 4, hoofdstuk 7.

Hoofdstukken

In hoofdstuk 1 staat de aanleiding van het onderzoek de probleem-doel en vraagstelling en de leeswijzer. Hoofdstuk 2 typeert recreatie, recreatie en ruimte, recreatiegedrag, verblijfsrecreatie, recreatiewoning, de bungalowsector en beschrijving van de verschillende type van zorgverlening.. Hoofdstuk 3 analyseert concepten die recreatie en zorg combineren. In dit onderdeel van het rapport wordt uiteengezet wat er aan concepten is ontwikkeld en wat nog in ontwikkeling is. Hierbij gaat het puur om de concepten die zich volledig op de doelgroep zorgbehoevende richt en niet de concepten waarbij een klein deel is aangepast voor gehandicapten. Het hoofdstuk wordt ondersteund met diepte-interviews met exploitanten van deze concepten. Hoofdstuk 4 geeft een definiëring van de doelgroepen aan de hand van dat deel van de bevolking met een zorgvraag. Ouderen en gehandicapten zijn de voornaamste primaire doelgroep die hoofdstuk 4 definieert. Hoofdstuk 5 beschrijft de doelgroep ouderen. Hoofdstuk 6 beschrijft de gehandicapten. Beide hoofdstukken bestaan uit een analyse van demografische gegevens en gegevens op het gebied van recreatie. De hoofdstukken worden ondersteund met diepte-interviews met mensen uit de ouderen- en gehandicaptenzorg en afgesloten met de beantwoording van de onderzoeksvragen. In het laatste hoofdstuk wordt aan de hand van de beantwoording van de verschillende deelvragen antwoord gegeven op de probleemstelling en aanbeveling voor vervolgonderzoek gedaan.

Deel 1 Typering

Hoofdstuk 2 Typering recreatie en zorg

In dit onderzoek wordt een koppeling gelegd tussen 2 werelden. De wereld van recreatie en de wereld van zorg. Dit hoofdstuk geeft een typering van de belangrijkste begrippen uit deze 2 werelden. Het samengaan leidt tot een nieuwe wereld. De wereld van zorgrecreatie. De context waarin de zorgrecreatie zich bevindt wordt beschreven in hoofdstuk 3.

2.1 Wat is recreatie?

"Dit is het land waar mensen de meeste weekeindjes weg gaan. Nederlanders zijn reislustig. En ze hebben veel vrij. Wat wij ook steeds meer zien is: opa en oma nodigen de kinderen uit en die komen dan ook, met de kleinkinderen. Dan is de hele familie bij elkaar en is het weer een beetje zoals vroeger. Samen wandelen op de hei. Even op de fiets het dorp in."

(Commercieel directeur Bas Hoogland van Landal GreenParks in NRC)

Hoe men naar recreatie kijkt, wat men erin ziet en wat men eraan waardeert is geen constant gegeven. Tot aan de jaren '60 van de vorige eeuw was de opvoedkundige waarde van recreatieactiviteiten belangrijk. In de jaren '60 werd recreatie vooral gezien als een ruimtelijke functie. In de jaren '70 was recreatie een belangrijk middel in het welzijnsbeleid, terwijl vanaf de jaren '80 de economische betekenis van recreatie en toerisme aan waardering heeft gewonnen. Er bestaan diverse indelingen van de betekenis van recreatie. (Beckers in: Raad voor de openluchtrecreatie, 1996) onderscheidt bijvoorbeeld vijf betekenissen:

- Genoegen, plezier, feest.
- Herstel van krachten, regeneratie van geestelijke en lichamelijke inspanning.
- Een georganiseerd, afgezonderd deel van tijd en ruimte.
- Ontspanning in de vrije natuur, later openluchtrecreatie buiten de stad.
- Alle gedrag gedurende de vrije tijd.

Recreatie heeft ook een eigen betekenis voor de mens. Hierbij is onder meer te denken aan:

- Ontwikkeling en ontplooiing als mens (creativiteit, nieuwsgierigheid, leren, zingeving, zintuigprikkeling, erop uit gaan)
- Identiteit en profilering (status, opvallen, prestatie, diversiteit)
- Avontuur en uitdaging (bewegen, snelheid, risico zoeken, grenzen verleggen, afwisseling)
- Rust en ontspanning (relaxen, traagheid contact met de natuur, tijdverdrijf)
- Beleving en esthetiek (beleving van de verscheidenheid in cultuur en kunst, ruimte en schoonheid van landschap en objecten)
- Socialisatie en contact (anonimiteit en sociale contacten)

- Zekerheid en geborgenheid (herkenning, veiligheid, authenticiteit)
(Commissie Maatschappelijke Betekenis, 1996; in: Raad voor de openluchtrecreatie, 1996)

De raad voor de openluchtrecreatie (1996) besteedt, mede op basis van de bovengenoemde indelingen, in haar verkenning van de waarde van recreatie aandacht aan de zelfstandige, existentiële betekenis van recreatie (in beleving, welbevinden, eigenheid, ontspanning en inspiratie) en aan de betekenis van recreatie voor andere functies of sectoren in de samenleving.

2.1.1 Intrinsieke waarde van recreatie

"Dit is het land waar mensen de meeste weekeindjes weg gaan. Nederlanders zijn reislustig. En ze hebben veel vrij. Wat wij ook steeds meer zien is: opa en oma nodigen de kinderen uit en die komen dan ook, met de kleinkinderen. Dan is de hele familie bij elkaar en is het weer een beetje zoals vroeger. Samen wandelen op de hei. Even op de fiets het dorp in."

(Commercieel directeur Bas Hoogland van Landal GreenParks in NRC)

Recreatie is niet alleen maar waardevol omdat het positieve (gezondheidseffecten) heeft, maar ook omdat het in onze maatschappij een afwisseling vormt op min of meer verplichte activiteiten zoals werken, eten, slapen en persoonlijke verzorging. Daarnaast zijn er veel mensen die zoveel vrije tijd hebben, dat de lol er af gaat. En dat terwijl ze juist zijn aangewezen op vrijetijdsbesteding om nog enige zin in het leven te hebben en zin aan het leven te geven (Raad voor de Openluchtrecreatie, 1996).



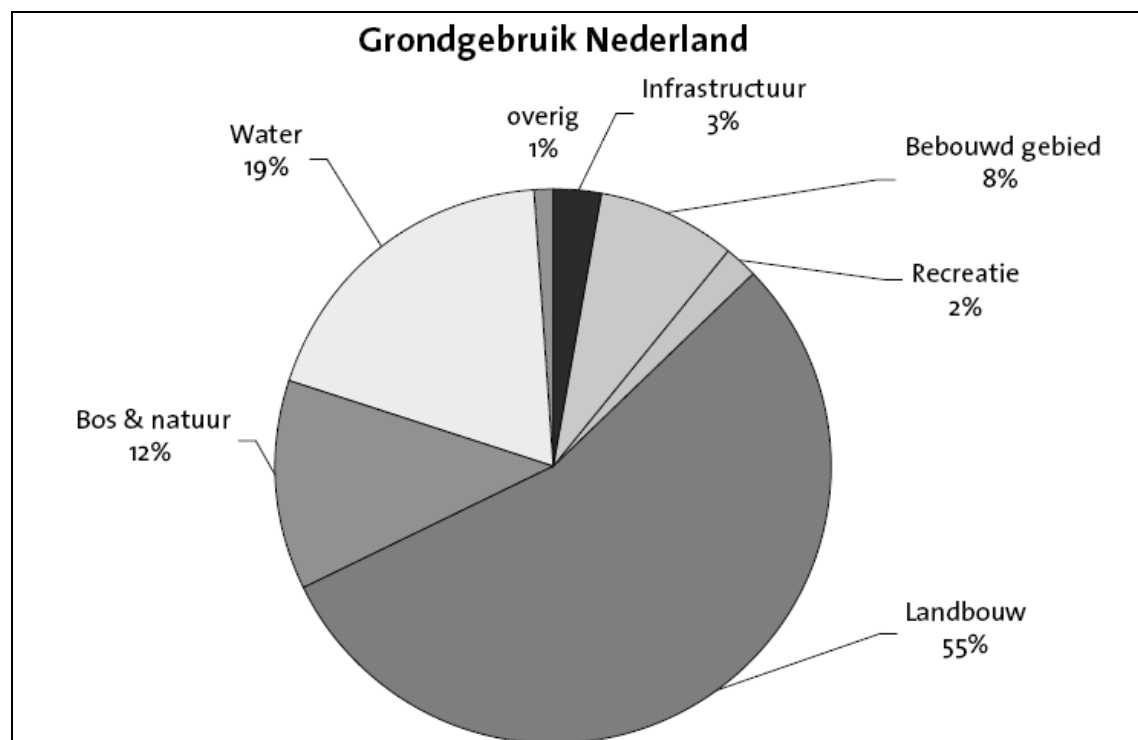
Veel ouderen behoren tot deze laatste categorie. Recreatie plaatst mensen even buiten de context van hun bestaan. Het gaat dan om waarden van recreatie zoals dagvulling, structuurgeving, inspiratie voor creativiteit, zingeving, identiteit en profilering, socialisatie en contact, zekerheid en geborgenheid en recreatie 'gewoon' als bron van vermaak, lol en plezier. Deze gedachtegang klinkt ook door in de stelling van de Nederlandse Organisaties Sociaal Toerisme (NOST) die vinden dat vakantie geen luxe is, maar noodzaak. Mensen die in

een situatie van ziekte, ouderdom of stress leven hebben volgens het onderzoek van Meijs Consultancy zichtbaar baat bij het vieren van een week onbezorgd vakantie.

2.1.2 Recreatie en ruimte

Bij het aanbod van ruimte en vrije tijd wordt gedoeld op groene ruimte, maar recreëren kun je ook in een stedelijke omgeving zoals een plein, een pretpark of een zwembad. Het gaat enerzijds om ruimte voor gebouwen en terreinen en anderzijds om buitenruimte voor toeristen, recreanten en sportievelingen. De bedrijfstak neemt slechts 0,5% van in Nederland beschikbare ruimte direct in beslag. CBS noemt in grondgebruikgegevens 88.877 ha recreatieterreinen. Daaronder vallen parken, plantsoenen, sportterreinen, volkstuinten, dag- of verblijfsrecreatieve objecten en terreinen. Bovendien is het daadwerkelijke ruimtegebruik voor de vrije tijd veel groter. Vanuit bedrijven en terreinen bezoeken toeristen en recreanten de omgeving en maken zij gebruik van fiets-wandelpaden, waterwegen en autoroutes. Het gaat hierbij met name om medegebruik van bos-, natuur-, en agrarische gebieden. Vrije tijd besteed je niet alleen op het land maar ook op of aan het water. Nederland bestaat voor 17% uit water en heeft een vaarwegenstelsel van circa 6000 km lengte. Sommige wateren hebben een recreatieve hoofdfunctie, bij andere is in meer of mindere mate sprake van recreatief medegebruik.

Grondgebruik in Nederland

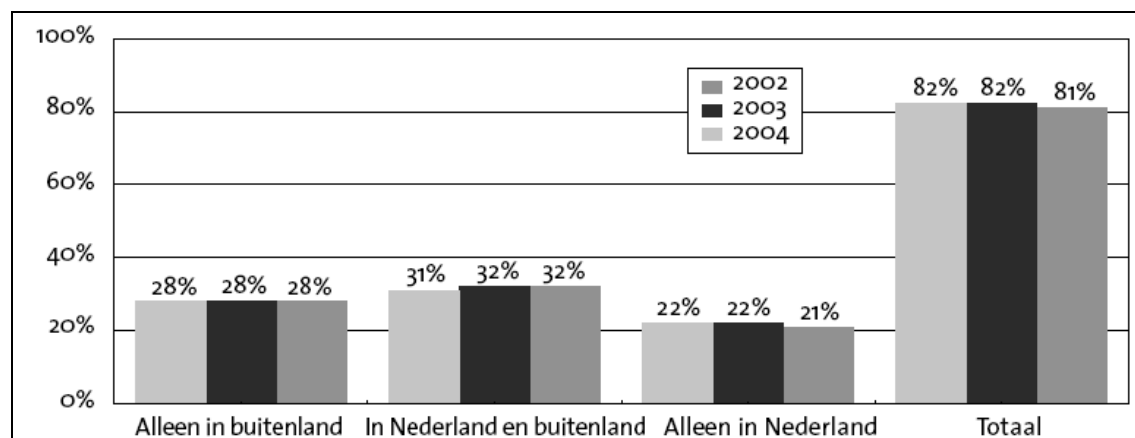


Bron: Kerncijfers recreatie en toerisme 2005

2.1.3 Recreatiegedrag van Nederlanders

Om een beeld te hebben van het vakantiegedrag van Nederlanders geeft het Centraal Bureau van de Statistiek 'vakanties van Nederlanders uit'. Deze publicatie geeft een overzicht van de uitkomsten uit het Continu Vakantie Overzicht (CVO), dat wordt uitgevoerd door de BV Nederlands Vakantie en Vrijtijdsonderzoek. Dit is een samenwerkingsverband van TNS NIPO, het Nederlands Bureau voor Toerisme & Congressen (NBT&C) en het Nederlands Research Instituut voor Recreatie en Toerisme (NRIT). Deze subparagraaf geeft een samenvatting van de uitkomsten van dit onderzoek uit 2004 voor binnenlandse vakanties en in het bijzonder het aandeel van de bungalowsector. In 2004 ging 81% van de Nederlandse bevolking op vakantie. Dit komt absoluut neer op **12,5 miljoen personen**. Ze waren goed voor in totaal 35,2 miljoen vakanties. Bij ruim de helft van deze vakanties bleef men in eigen land. In Nederland werden 9,1 miljoen lange vakanties doorgebracht. De gemiddelde duur daarvan was 10,1 dagen. Daarnaast trok men er 8,9 miljoen keer op uit voor een korte vakantie. Deze duurden gemiddeld 3,2 dagen. Het totaal aantal overnachtingen voor binnenlandse vakanties bedroeg 101 miljoen.

Vakantieparticipatie van Nederlanders in procenten.



Bron: Kerncijfers recreatie en toerisme 2005

2.1.4 Bestemmingen

Bij lange vakanties in Nederland trokken de Noordzee badplaatsen in 2004 de meeste vakantiegangers. Op enige afstand volgden de toeristengebieden 'Veluwe en Veluwerand' en de 'Groningse, Friese en Drentse zandgronden'. Ook bij de korte vakanties prijken de Noordzee badplaatsen boven aan de ranglijst. Het toeristengebied 'Veluwe en Veluwerand' komt op de tweede plaats. De derde plaats is voor 'West- en Midden-Brabant'.

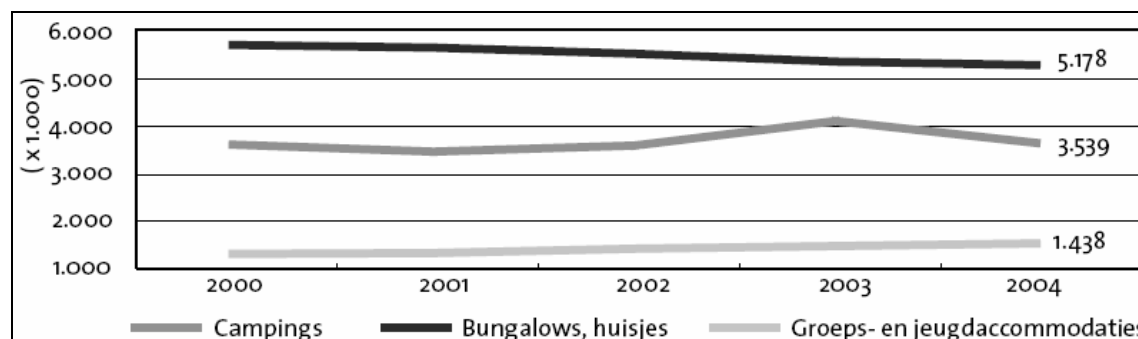
2.1.5 Uitgaven

Voor lange vakanties zijn juli en augustus de belangrijkste maanden. Dit geldt zowel voor het binnen- als buitenland. De drukste week van 2003 (eind juli – begin augustus) waren er bijna 2,7 miljoen Nederlanders voor een lange vakantie van huis. Buiten het hoogseizoen viel de keuze relatief vaak op de meivakantie. Het voorseizoen (mei en juni) was traditioneel het meest in trek bij degene die er voor een korte vakantie op uit trokken. In 2004 hebben Nederlanders 12,7 miljard euro aan vakanties uitgegeven. Daarvan werd 2,5 miljard euro aan vakanties in eigen land uitgegeven. Aan lange vakanties in Nederland werd gemiddeld €193,- uitgegeven. Aan korte vakanties €92,-. (CVO)

2.1.6 Verblifsrecreatie

Bij verblifsrecreatie gaat het om terreinen voor kamperen, caravans, bungalows en vakantiehuusjes waarvoor natuurlijke settings geliefd zijn. De logiesmogelijkheden voor toerisme en vrije tijd van de hedendaagse consument zijn echter breder. Tweede woningen, appartementen, boten, hotels en pensions zijn ook belangrijke accommodaties geworden. In 2000 werden er 11,6 miljoen korte en 19,0 miljoen lange binnenlandse vakanties gemaakt – goed voor 95,1 miljoen overnachtingen en 2,1 miljard euro. Daarnaast brengen er jaarlijks ca 10 miljoen buitenlanders in totaal 27,3 miljoen overnachtingen in ons land door waarbij nog eens 7,8 miljard euro wordt uitgegeven.

Gasten in verblifsrecreatieve accommodaties (zowel Nederlanders als buitenlanders)



Bron: Kerncijfers recreatie en toerisme 2005

2.2 Wat is een recreatiewoning?

“Pinksteren is net achter de rug. In de 41 Nederlandse bungalowparken van Landal GreenParks (onderdeel van de Amerikaanse, beursgenoteerde Cendant Corporation, actief in leisure & travel in ruim honderd landen) zaten dat weekeinde zo'n 50.000 gasten. In totaal bevonden zich met Pinksteren naar schatting 400.000 Nederlanders op een van de 427 bungalowparken in Nederland. Geen land ter wereld heeft naar verhouding zoveel bungalowparken.”

(NRC, June 25, 2005)

‘Toenemende welvaart en vergrijzing zullen positieve en constante factoren blijven voor de vraag naar recreatiewoningen. Juist de groep van 50-plussers zit in een levensfase waarin de aanschaf van een recreatiewoning financieel haalbaar is. Daarom is deze groep verantwoordelijk voor het leeuwendeel van de vraag’ schrijft drs. P.A.J. Metzmakers in Bouw/Werk van april 2004. Hoopgevende woorden voor hen die willen investeren in deze markt. Belangrijke vraag is wat onder een recreatiewoning wordt verstaan? Gemeenten maken bij de administratieve telling van de woningvoorraad onderscheid tussen vier categorieën woongebouwen: woningen, wooneenheden, recreatiewoningen en bijzondere woongebouwen.

Het CBS beschrijft een recreatiewoning als volgt:

‘Een recreatiewoning is een tot bewoning bestemd gebouw dat voldoet aan alle criteria die gelden voor woningen, maar waarvoor daarnaast geldt dat de woning of voor vakantieoelinden is bestemd of gelegen is op een officieel voor recreatie aangewezen terrein. Een recreatiewoning wordt, anders dan een gewone woning, in principe niet permanent bewoond en voornamelijk gebruikt in het zomerseizoen. Daarom hoeft zij niet noodzakelijkerwijs te voldoen aan het criterium tegen het klimaat.



Volgens het bouwbesluit is een recreatiewoning een permanent aanwezig gebouw, geen woonkeet en geen caravan of ander bouwsel op wielen zijnde, bestemd om uitsluitend door een huishouden, of een daarmee gelijk te stellen groep, dat een hoofdverblijf elders heeft, gedurende een gedeelte van het jaar te worden bewoond. Voor de bouw van een recreatiewoning moet een bouwvergunning worden aangevraagd. Deze vergunning moet voldoen aan de voorschriften van het bouwbesluit, de

bouwverordening, het bestemmingsplan en aan de eisen van de welstand. Een recreatiewoning kan alleen gebouwd worden op een voor recreatie bestemd terrein. Het belangrijkste verschil met een normale woning is de bestemming van de bouwgrond en, in het verlengde daarvan, het verbod op permanente bebouwing.

2.2.1 Voorraad recreatiewoningen

De voorraad recreatiewoningen is relatief klein. Op 1 januari 2003 stonden er 90.338 van dit soort onderkomens in Nederland (CBS. In de totale voorraad van de vier categorieën hebben recreatiewoningen het kleinste aandeel: 1,2 procent.) Op de markt voor recreatiewoningen zijn over het algemeen 3 soorten opdrachtgevers actief; projectontwikkelaars, recreatieondernemingen en individuele particulieren. Projectontwikkelaars bouwen de meeste huisjes (ongeveer tweederde van het totaal) omdat zij grote projecten realiseren. Particuliere opdrachtgevers vragen het merendeel van de vergunningen aan. Zij laten veelal een vakantiewoning bouwen voor eigen gebruik. Tachtig procent van de voorraad is particulier bezit, de resterende twintig procent zijn bestemd voor de verhuur, in het bezit van recreatieondernemers. Omdat de productie van recreatiewoningen is opgenomen in de totale nieuwbouwproductie, is het bouwproductieniveau van recreatiewoningen niet exact te achterhalen.

2.2.2 Bouwmarkt voor recreatiewoningen



De bouwmarkt van recreatiewoningen blijkt relatief klein. Landelijk gezien was de bouwsom in 2002 ruim €78 miljoen. Dat is slechts twee procent van de bouwsom voor reguliere woningen. Ook de jaren hiervoor schommelde de bouwsom rond dit percentage. Recreatiewoningen worden vooral in toeristische gebieden gebouwd waardoor ze voor een regionale markt van wezenlijk belang kunnen zijn. Populaire recreatiegebieden zijn de Noordzeekust (vooral de Zeeuwse eilanden en de kop van Noord-Holland), de Waddeneilanden, de Veluwe en de dunbevolkte plattelandsgebieden in het oostelijke en noordelijke deel van ons land. De bouw van recreatiewoningen ontwikkelde zich sterk in de jaren negentig. In totaal nam de voorraad toe van ruim 60.000 in 1992 tot ruim 90.000 in 2003. De laatste jaren lijkt het aantal vergunningen te stabiliseren op een aantal van rond de 2500 woningen. Gezien het aantal verleende vergunningen in de laatste drie jaar, zal de bouwproductie van recreatiewoningen de komende jaren lager zijn dan in de jaren negentig. Door gelijkenschakeling van reguliere woningen en recreatiewoningen zal op de lange termijn de bouwproductie blijvend op een lager niveau liggen.

Toenemende vraag naar luxe bungalows

Er is een toenemende vraag naar luxe bungalows, waaraan de parken tegemoetkomen. De bungalows worden groter, beter geoutilleerd en voorzien van duurder meubilair. Uit het Continu Vakantie Onderzoek komt naar voren dat mensen in de bungalow graag een afwasmachine, een wasmachine, maar bijvoorbeeld ook wel een jacuzzi of bubbelbad willen. De bungalowparken ondervinden de laatste jaren hinder van 'stuntaanbiedingen' uit bijvoorbeeld Turkije. Daarnaast is de markt 'vol'. De gemiddelde bezettingsgraad is 50 procent. Maar in de vakanties en in lange weekeinden zitten de meeste parken helemaal vol. Bijna een kwart van de bungalowparken is in handen van ketens, zoals Center Parcs, Landal

GreenParks, Roompot Parken, Hogenboom Vakantieparken, Zilverberk Parken. Die ketens hebben steeds vaker vakantiebungalowparken in Duitsland, België, Frankrijk of Engeland, maar bijvoorbeeld ook in Tsjechië (NRC, 2005).

2.2.3 Het bungalowpark

"In een bungalow heb je alles. En er is ruimte. Vooral met kinderen is het aantrekkelijker dan een hotel. Momenteel is de vakantiebungalow de populairste toeristische verblijfsvorm van het land, populairder nog dan kamperen."

(Commercieel directeur Bas Hoogland van Landal GreenParks in NRC)

Nederland telt **427 vakantiebungalowparken**. Daarop staan ongeveer **93.530 bungalows**. In 1987 waren er nog zo'n 60 parken. Daarop stonden toen 15.000 bungalows. Dit grote aantal bungalowparken is uniek in de wereld. "Nergens heb je zo'n mind shift van hotel naar park gezien als hier", zegt directeur Tim Bolweg van de 'vereniging van recreatieondernemers Nederland', Recron. De Recron verklaart dit uit de toename van het aantal tweede, derde en vierde vakanties en weekeindjes weg en de vraag naar gemak en comfort.. Volgens het Continu Vakantie Onderzoek werd 36 procent van de korte vakanties (2 tot 7 dagen) in Nederland in 2004 doorgebracht in een bungalow, 28 procent in een hotel en 19 procent op de camping. Voor vakanties langer dan een week ging het om respectievelijk 44, 4 en 35 procent. Deze omslag is van recente datum. Volgens het NRIT (Nederlands researchinstituut voor recreatie en toerisme) werden in 2002 voor het eerst meer vakanties doorgebracht in een bungalowpark dan op de camping. De bungalowparkvakanties zijn redelijk verspreid over het hele jaar. Wel zijn er pieken met de feestdagen, in de voorjaarsvakantie, de zomervakantie en de herfstvakantie.



Luxe bungalows op recreatiepark in Rolde

2.3 De zorg

In deze paragraaf worden de belangrijkste begrippen en verschillende vormen van zorg getypeerd. De vraag naar verpleging en verzorging neemt toe. Dit komt onder meer doordat de Nederlandse bevolking vergrijst, waardoor het aantal mensen met een ziekte toeneemt. Daarnaast neemt het aantal eenpersoonshuishoudens toe, wat resulteert in een toenemende vraag, omdat alleenstaanden vaker gebruik maken van zorgvoorzieningen dan samenlevende. Naast de professionele verpleegkundigen en verzorgenden voeren vaak naaste familie en vrienden van zorgbehoevende ook verpleegkundige en verzorgende taken uit. Deze zogenaamde informele hulp of mantelzorg vormt een belangrijk onderdeel van de verpleging en verzorging van zieken.

2.3.1 De AWBZ

AWBZ staat voor Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De AWBZ is een volksverzekering die de kosten vergoedt voor onder meer langdurig ziekte, handicap of ouderdom. Onder de AWBZ valt een zeer divers zorgaanbod, waarvan men gebruik kan maken als men door lichamelijke, geestelijke of verstandelijke beperking langdurig specialistische zorg nodig heeft. AWBZ-zorg wordt uitgedrukt in functies (met bijbehorende klassen). De functies worden geleverd in de vorm van onder meer thuiszorg, verpleging, verzorging en begeleiding in verzorgingshuizen, verpleeghuizen, zorginstellingen voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrische hulpverlening, maar ook zorg in ziekenhuizen en revalidatie-instellingen indien het verblijf langer dan 365 dagen duurt.

2.3.2 Verplegen

Onder 'verplegen' wordt verstaan 'het beroepsmatig ondersteunen en beïnvloeden van de vermogens van de zorgvrager bij feitelijke of potentiële reacties op gezondheids- en/of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op behandeling of therapie, om het evenwicht tussen draagkracht en draaglast te handhaven of te herstellen' (Leistra et al., 1999).

2.3.3 Verzorgen

Onder 'verzorgen' wordt verstaan 'de zorgvrager in zijn woon- en leefomgeving stimuleren, ondersteunen of compensatie bieden bij niet-toereikende zelfredzaamheid op lichamelijk en psychosociaal gebied' (Van de Haterd et al., 2000).

Diverse soorten zorg geleverd door sector verpleging en verzorging

De sector verpleging en verzorging biedt zowel lang- als kortdurende zorg. De voorzieningen in deze sector worden met name gebruikt door ouderen en chronisch zieken. De belangrijkste voorzieningen binnen de sector verpleging en verzorging zijn verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg, en thuiszorg. Woonzorg is een indirecte voorzieningen binnen de sector verpleging en verzorging, aangezien woonzorg wordt gekenmerkt door het gebruik van verpleging en verzorging (bijvoorbeeld thuiszorg en extramurale dienstverlening door verzorgingshuizen) welke wordt geleverd in de eigen woonomgeving van de cliënt/patiënt. Verpleging in het ziekenhuis is ondergebracht bij curatieve somatische zorg. De zorgzwaarte van verpleging en verzorging in verpleeg- en verzorgingshuizen en door de thuiszorg neemt de laatste jaren toe, onder andere doordat patiënten eerder uit het ziekenhuis worden ontslagen. Patiënten die na een korte ligduur uit het ziekenhuis worden ontslagen vragen na

ontslag meer zorg dan patiënten die na een langere ligduur worden ontslagen. De zorgzwaarte in de thuiszorg neemt ook toe door de wachtlijsten voor verpleeg- en verzorgingshuizen. Zo wachtten in 2003 ruim 6.942 en 27.800 mensen op een plaats in respectievelijk een verpleeg- en verzorgingshuis. (www.nivel.nl) Over de periode 2000-2004 is het aantal werkzame personen in loondienst in de verpleging en verzorging toegenomen met ongeveer 15%, tot een aantal van 348.444.

2.3.4 Diverse soorten zorg

Gehandicaptenzorg

Gehandicaptenzorg omvat de verzorging, begeleiding en verpleging van mensen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. (Nivel)

Ouderenzorg

Ouderenzorg omvat de verzorging, begeleiding en verpleging van mensen tussen de leeftijd van 65 tot 100+ van vrij zelfstandig tot volledig afhankelijk van de zorg. (Nivel)

De geestelijke gezondheidszorg

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) biedt behandeling, zorg en begeleiding aan mensen met psychische problemen en stoornissen. Zij draagt bij aan de verbetering van de geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven van de patiënt (Tonnaer, 1999).

Basiszorg

Onder basiszorg vallen eenvoudige, veel voorkomende behandelingen die elk ziekenhuis biedt. De huisarts heeft meestal vastgesteld wat de patiënt mankeert en welke behandeling nodig is.

Topklinische zorg

Hieronder vallen behandelingen die duur zijn omdat er geavanceerde apparatuur, bijzondere voorzieningen of specifieke deskundigheid voor nodig is. Topklinische zorg wordt alleen verleend door ziekenhuizen die daar een speciale vergunning voor hebben. Dat zijn overigens niet alleen de academische ziekenhuizen. (ACZ)

Topreferente zorg

Topreferente zorg is zeer specialistische zorg voor patiënten die zeldzame, moeilijk vast te stellen en/of moeilijk te behandelen aandoeningen hebben. (www.nivel.nl)

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg is te omschrijven als de zorg die gericht is op het verzachten van lijden - in de brede zin van het woord - in de laatste fase van een ongeneeslijke ziekte. Inmiddels is er een groot aantal meer uitgewerkte definities. Binnen veel gebruikte definities (zoals die van de World Health Organisation) wordt benadrukt dat palliatieve zorg niet alleen bestrijding van lichamelijke symptomen inhoudt, maar ook aandacht voor psychosociale, emotionele en spirituele aspecten. (www.nivel.nl)

Recreatie & Zorg

Terminale zorg

De begrippen palliatief en terminaal worden soms als synoniemen van elkaar gebruikt, wat niet helemaal terecht is. Meestal beschouwt men zes weken of drie maanden vóór het overlijden als het begin van de terminale fase (o.a. Spreeuwenberg e.a., 2002). Terminale zorg richt zich specifiek op zorg in deze laatste fase, terwijl palliatieve zorg vaak al in een eerder stadium wordt geboden. (www.nivel.nl)

Curatieve zorg

De curatieve zorg richt zich op het behandelen en genezen van acute en chronische ziekten. Bij de curatieve zorg zijn vele uiteenlopende instellingen en beroepsbeoefenaren betrokken. Van deze instellingen en beroepsbeoefenaren vormen de huisarts, de medisch specialist en het ziekenhuis de kerndisciplines (NIVEL & NZi, 1999).

Generalistische zorg

Inhoudelijk is de curatieve zorg op te splitsen naar generalistische zorg en specialistische zorg. Onder generalistische zorg wordt medische zorg verstaan die geen specifieke medisch-specialistische kennis of uitgebreide medisch-technische voorzieningen vergt. Het gaat om algemene curatieve zorgverlening, gericht op het volledig functioneren van de patiënt. Eigenlijk leveren alleen huisartsen generalistische zorg. De zorg van andere zorgverleners wordt al snel als specialistisch gekenmerkt

Specialistische zorg

De specialistische zorg omvat specifieke deskundigheid en vaak ook beschikbaarheid van geavanceerde medisch-technische voorzieningen. De zorg binnen ziekenhuizen geleverd door medische specialisten is een voorbeeld van specialistische zorg (Commissie modernisering curatieve zorg, 1994)

Eerstelijns- en tweedelijnszorg

De onderverdeling naar eerstelijns- en tweedelijnszorg is deels overlappend met de verdeling naar generalistische en specialistische zorg. Huisartsenzorg, tandartsen en ziekenvervoer vallen onder de eerstelijnszorg. Onder de tweedelijnszorg vallen bijvoorbeeld de medisch-specialistische zorg en de ziekenhuiszorg.

Thuiszorg

Thuishulp is hulp in de thuissituatie. Het bieden van verpleging en verzorging in de thuissituatie is er specifiek op gericht om de hulpvrager in staat te stellen zich te handhaven in de thuissituatie (Schrijvers, 2001). Professionele thuiszorg is aanvullend op informele hulp van bijvoorbeeld familieleden (IGZ, 1997), en biedt zowel lang- als kortdurende zorg (Schrijvers, 1993). In de thuiszorgsector werken in Nederland ruim 184.000 medewerkers: dit zijn verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden die zorg verlenen aan huis. 'Aan huis' kan betekenen bij mensen thuis maar ook en steeds vaker in het verpleeg- of verzorgingshuis of andere woonzorgvoorzieningen. De thuiszorgmedewerkers verzorgen gezamenlijk per jaar circa 2 miljoen cliënten.

Toename van de vraag naar thuiszorg

De vraag naar thuiszorg stijgt. Oudere mensen willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen en ook het beleid van de overheid is hierop gericht. Daarnaast wil iedereen - oud en jong - zo snel mogelijk naar huis na een tijdelijke opname in een intramurale instelling. Ook door de verkorting van de opnameduur in ziekenhuizen neemt de vraag naar thuiszorg nog steeds toe. Verder wordt de stijgende vraag naar thuiszorg sterk bepaald door de toenemende vergrijzing: het aantal ouderen boven de 75 jaar groeit naar schatting de komende jaren met gemiddeld 15.000 mensen per jaar tot ruim 1.1 miljoen in 2010 (VWS, 2004k).

Informele zorg

Informele zorg is het best te omschrijven als hulp die vrijwillig en onbetaald wordt gegeven. Het gaat om steun aan iemand uit het sociale netwerk die vanwege een bijzondere hulpbehoefte (als gevolg van ziekte of handicap) bepaalde activiteiten niet kan uitvoeren. Sommigen onderzoekers en beleidsmakers sluiten hulp aan huisgenoten uit, anderen stellen eisen aan de intensiteit van de geboden zorg (deze moet bijvoorbeeld 'geregeld' plaatsvinden), of nemen specifieke groepen hulpbehoevenden onder de loep (ouderen, chronisch zieken). Soms valt ook de hulp aan niet-hulpbehoevenden onder de definitie. De verschillen in omschrijving hebben nogal wat gevolgen voor de inschatting van de omvang en samenstelling van de groep informele helpers (Timmermans et al., 2004). Informele zorg en mantelzorg zijn vaak synoniemen; soms maakt men onderscheid waarbij men bij de mantelzorg het vrijwilligerswerk (onbetaalde hulp in georganiseerd verband) expliciet uitsluit. (www.rivm.nl)

2.4 Deelvragen deel 1

Wat wordt er verstaan onder recreatie?

Onder recreatie verstaat men alle vormen van vrijetijdsbesteding, alle activiteiten die kunnen worden gedaan naast de dagelijkse verplichtingen als werken, huishouden, financiën en zorg voor anderen. Recreëren doet men voor ontspanning en vermaak. Het woord op zich, 'recreatie' duidt op vernieuwing, verfrissing; de bedoeling van recreëren is het opladen van de persoonlijke actie-radius, het vernieuwen van de energie, het verzetten van de zinnen en het ontladen van opgelopen spanning. Recreatie is niet alleen maar waardevol omdat het positieve (gezondheidseffecten) heeft, maar ook omdat het in onze maatschappij een afwisseling vormt op min of meer verplichte activiteiten zoals werken, eten, slapen en persoonlijke verzorging.

Wat zijn de algemene cijfers over Nederlanders op vakantie?

In 2004 ging **81%** van de Nederlandse bevolking op vakantie. Dit komt, absoluut gezien, neer op **12,5 miljoen personen**. Ze waren goed voor in totaal **35,2 miljoen vakanties**. Bij ruim de helft van deze vakanties bleef men in eigen land. In Nederland werden 9,1 miljoen lange vakanties doorgebracht. De gemiddelde duur daarvan was 10,1 dagen. Daarnaast trok men er 8,9 miljoen keer op uit voor een korte vakantie. Deze duurden gemiddeld 3,2 dagen. Het totaal aantal overnachtingen voor binnenlandse vakanties bedroeg 101 miljoen. In 2004 hebben Nederlanders 13,6 miljoen lange vakanties en 3,6 miljoen korte vakanties in het buitenland doorgebracht. De gemiddelde duur van deze vakanties was respectievelijk 13,0 en 3,2 dagen. In totaal brachten de Nederlanders voor vakantie ruim 172 miljoen overnachtingen in het buitenland door. Bij de lange vakanties in Nederland trokken de Noordzebadplaatsen in 2004 de meeste vakantiegangers. Bij de lange vakanties in het buitenland is Frankrijk vakantie-land nummer één.

In Nederland gingen vorig jaar negen van de tien vakantiegangers met de auto op pad. Daarnaast was in feite alleen de trein van enig belang. Ook voor vakanties naar het buitenland maakt men meestal gebruik van de eigen auto. Met een aandeel van 55% voor lange vakanties en bijna 70% voor korte vakanties heeft de auto een enorme voorsprong op de overige vervoermiddelen. Voor overnachtingen zijn in Nederland vooral de kampeer- en bungalowsector van belang. In 2004 werden ruim 4 van de 10 lange vakanties in een zomerhuisje, vakantiebungalow of tweede woning doorgebracht. Het aantal kampeervakanties bleef daar ruim bij achter. Voor een korte binnenlandse vakantie zijn hotels (23%) en gehuurd huisjes of bungalows (20%) erg in trek. Voor vakanties in het buitenland is het hotel veruit de belangrijkste logiesvorm. Voor lange vakanties zijn juli en augustus de belangrijkste maanden. Dit geldt zowel voor het binnen- als buitenland. In de drukste week van 2004 (eind juli–begin augustus) waren er 2,7 miljoen Nederlanders voor een lange vakantie van huis. Buiten het hoogseizoen viel de keuze relatief vaak op de meivakantie. Het voorseizoen (mei en juni) was traditioneel het meest in trek bij degenen die er voor een korte vakantie op uit trokken. In 2004 hebben Nederlanders 12,7 miljard euro aan vakanties uitgegeven. Aan buitenlandse vakanties werd in totaal 10,2 miljard euro uitgegeven. In eigen land waren de uitgaven in dezelfde periode 2,5 miljard euro.

Wat is een recreatiewoning?

Het CBS hanteert de volgende omschrijving:

'Een recreatiewoning is een tot bewoning bestemd gebouw dat voldoet aan alle criteria die gelden voor woningen, maar waarvoor daarnaast geldt dat de woning of voor vakantiedoeleinden is bestemd of gelegen is op een officieel voor recreatie aangewezen terrein. Een recreatiewoning wordt, anders dan een gewone woning, in principe niet permanent bewoond en voornamelijk gebruikt in het zomerseizoen. Daarom hoeft zij niet noodzakelijkerwijs te voldoen aan het criterium tegen het klimaat.' De voorraad recreatiewoningen is relatief klein. Op 1 januari 2003 stonden er 90.338 van dit soort onderkomens in Nederland. Tachtig procent van de voorraad is particulier bezit, de resterende twintig procent zijn bestemd voor de verhuur, in het bezit van recreatieondernemers. Nederland telt circa 430 vakantiebungalowparken. Daarop staan circa 93.530 bungalows.

Wat is zorg?

Zorg omvat de verzorging, begeleiding en verpleging van mensen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. Onder 'verplegen' wordt verstaan 'het beroepsmatig ondersteunen en beïnvloeden van de vermogens van de zorgvrager bij feitelijke of potentiële reacties op gezondheids- en/of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op behandeling of therapie, om het evenwicht tussen draagkracht en draaglast te handhaven of te herstellen' (Leistra et al., 1999). Onder 'verzorgen' wordt verstaan 'de zorgvrager in zijn woon- en leefomgeving stimuleren, ondersteunen of compensatie bieden bij niet-toereikende zelfredzaamheid op lichamelijk en psychosociaal gebied'

Deel 2 Aanbod

Hoofdstuk 3 Recreatie en zorgconcepten

Na analyse van recreatie en zorg wordt in dit hoofdstuk de context van recreatie en zorg geanalyseerd. Er wordt uiteengezet wat er aan concepten is ontwikkeld en wat nog in ontwikkeling is. Hierbij gaat het puur om de concepten die recreatie koppelen aan zorglevering en zich volledig op de doelgroep zorgbehoevende richt.

3.1 Zorghotels

3.1.1 Zotels bij ziekenhuizen

Op een aantal plaatsen in Nederland is door ziekenhuizen, verpleeghuizen of verzorgingshuizen het initiatief genomen om een zorghotel (zotel) of verpleeghotel op te zetten. 30% van de verpleeghuizen en 52% van de ziekenhuizen onderzoekt de mogelijkheid om een zorghotel te ontwikkelen. Dit blijkt uit onderzoek dat door consultants van Horwath Consulting in samenwerking met adviesbureau scenter is uitgevoerd. Het onderzoek is uitgevoerd onder 66 verpleeghuizen en 23 ziekenhuizen. Drie verpleeghuizen geven aan een zorghotel te hebben. Twintig verpleeghuizen geven aan plannen te hebben in de toekomst een zorghotel te willen realiseren. In totaal geldt derhalve dat 35 % van de verpleeghuizen een zorghotel of plannen daartoe heeft. Van de ziekenhuizen hebben 2 reeds een zorghotel, terwijl nog eens 12 plannen hiertoe hebben; in totaal 61%. Het aantal plannen voor zorghotels neemt toe. Bij de verpleeghuizen is het aandeel dat plannen heeft voor een zorghotel toegenomen van 18% in 2000 tot 30% in 2002. Bij de ziekenhuizen is dit gestegen van 39% tot 52% (Scenter). Als doelgroep wordt hierbij gedacht aan patiënten die na een ziekenhuisopname nog niet naar huis kunnen en aan somatische verpleeghuispatiënten met een kortdurend verblijf (www.kcwz.nl).

3.1.2 Zorghotels voor een bredere doelgroep

De Gouden Leeuw in Laag-Keppel bedient een veel ruimere doelgroep. Het gaat niet alleen om postklinische zorg, maar ook om een logeerfunctie voor mensen die gewoonlijk thuis worden verzorgd door de partner, b.v. tijdens vakanties. Ook uitbehandelde ziekenhuispatiënten die nog geen plaats kunnen krijgen in een verpleeghuis kunnen hier terecht. Tenslotte is er ook een hospice-functie voor terminale zorg. Dezelfde brede doelgroep wordt bediend door het zorghotel in Alkmaar (56 bedden) en door het zorghotel in Breda (16 bedden). Het zorghotel te Alkmaar is een initiatief van verzorgingshuis De Dillenburg i.s.m. het zorgkantoor, de regionale zorgverzekeraar en de woningcorporatie Woonwaard. Er is hier ook een beperkte 'commerciële afdeling' voor mensen zonder indicatie. Het zorghotel te Breda bestaat sinds april 1997 en is een samenwerkingsproject van Stichting Elisabeth en Stichting Thuiszorg Breda. Gasten verblijven enkele dagen tot maximaal drie maanden in het

zorghotel. Daarnaast zijn er nog plannen in Meppel, Leeuwarden (Zorgpalet), Zeewolde en Amsterdam waarover geen verdere informatie beschikbaar is.

3.1.2 Herstelhotel

Het is geen hotel, het is geen zorginstelling en het is zelfs geen zotel. Herstelhotel de kim in Noordwijk aan Zee wil revaliderende zieken een 'zomerhuisgevoel' meegeven. In een luxueus en tegelijk functioneel ingericht nieuw gebouw wordt de service van een hotel gecombineerd met de betrokkenheid van zorgverleners. De kim biedt zijn gasten zorg en verblijf. Daarmee lijkt het herstelhotel op de inmiddels bekende zorghotels ofwel zotels. De eigenaresse ziet het anders: 'Zorghotels richten zich vooral op ontslagen ziekenhuis patiënten die eigenlijk nog een paar dagen moeten blijven, maar daarvoor geen duur ziekenhuisbed bezet hoeven houden. Die hotels zijn meestal gelieerd aan ziekenhuizen, en vaak bevinden die zich op hetzelfde terrein. Wij hebben geen enkele binding met welke zorgaanbieder dan ook.' De kim ontvangt herstellende gasten die de drukte van thuis een tijdje willen ontlopen of niet afhankelijk willen zijn van thuiszorg. Dat kan net als in een zorghotel voor een paar dagen zijn, maar een paar weken komt ook voor. Een andere doelgroep vormen ouderen die op de wachtlijst voor een verzorgingshuis staan en zich thuis niet meer veilig en prettig voelen. 'En verder richten we ons nadrukkelijk ook op zieke of gehandicapte vakantiegasten die hier net als ieder ander vakantie kunnen vieren.

3.2 Zorg boerderijen

Een zorgboerderij is een land- of tuinbouwbedrijf waar mensen met een zorgvraag een passende dagbesteding vinden en/of meewerken. Er zijn zelfstandige boerderijen, waar de boerderij het eigendom is van een agrarisch gezin en er bestaan instellingsboerderijen, waar de boerderij eigendom is van een zorginstelling. Zorgboerderijen bieden verschillende vormen van zorg. Meestal gaat het om dagbesteding of arbeidstraining voor een aantal dagdelen per week. Maar er zijn ook boerderijen waar zorgvragers zowel werken als wonen. Daarnaast bestaan er boerderijen die specifiek logeeropvang bieden in het weekend of in vakanties. De meeste zorgboerderijen bieden dagbesteding voor mensen die zorg en begeleiding nodig hebben. Er zijn ook boerderijen die sociale activering, arbeidstraining of een begeleide werkplek bieden. Het werk op de boerderij is dan bedoeld om arbeidsritme en sociale contacten op te doen. Het kan ook zijn dat mensen naar de boerderij gaan om bij te komen en zich te bezinnen op de toekomst. De begeleiding van de zorgvragers op de boerderij gebeurt meestal door de zorgboer en -boerin zelf. Soms brengen zorgvragers hun eigen begeleiding mee, bijvoorbeeld iemand van de zorginstelling waar zij wonen. Ook kan het zijn dat de boer en boerin ondersteund worden door een team van begeleiders. Op een instellingsboerderij is er naast de boer een vast team van begeleiders.

Doelgroepen van zorgboerderijen

- Mensen met een verstandelijke beperking
- Mensen met psychische of psychiatrische problemen
- Mensen met een lichamelijke beperking
- (Ex-)verslaafden
- (Ex-)gedetineerden (waaronder taakgestraften)

- Dementerende ouderen
- Ouderen
- Mensen met autisme
- Mensen met niet aangeboren hersenletsel (n.a.h.)
- Mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt
- Jongeren met leer- of opvoedingsmoeilijkheden
- Leerlingen uit het speciaal onderwijs
- Mensen die burn-out zijn geraakt



Op veel zorgboerderijen zijn mensen uit verschillende doelgroepen welkom. Deze combinaties kunnen in sommige gevallen leiden naar diverse bronnen van financiering. Een ander groot voordeel is de positieve wisselwerking tussen diverse mensen met verschillende beperkingen en hulpvragen. De grootste groep zorgboeren biedt (ook) plaats aan mensen met een verstandelijke beperking. Het fenomeen Landbouw & Zorg wordt zowel bij instellingen als individuen steeds bekender, wat de actieve vraag stimuleert. Vraag

en aanbod kunnen elkaar nu makkelijker vinden. Het aantal zorgboerderijen groeit. In onderstaand schema is de groei tijdens de afgelopen jaren te zien.

Tabel 2. Aantallen zorgboerderijen en nieuwe initiatieven:

	1998	2000	2001	2003	2004
Bestaande zorgboerderijen	75	214	323	372	432
Projectplan opgesteld	13	49	55	53	28
Serieuze oriënteerders	?	114	110	141	119

Bron: www.landbouwenzorg.nl

De groei neemt, zeker procentueel gezien, af. Toch blijkt uit het aantal oriënteerders dat het einde van de groei voorlopig nog niet in zicht is. Veel oriënteerders besluiten toch om niet te starten met een landbouw & zorg combinatie. Het niet rond krijgen van financiën en het 'vinden' van de zorgvragers zijn hiervoor de meest genoemde oorzaken. (www.landbouwenzorg.nl).

3.3 Nieuwe initiatieven

3.3.1 Eerste werk-vakantiepark van Nederland in Drenthe.

'Drenthe krijgt in 2008 het eerste werkvakantiepark van Nederland. Projectontwikkelaar Polderland uit Dronten heeft camping de Raatakkers aangekocht om er een 8 hectare groot en 12 miljoen euro kostende gezondheidspark van te maken. In het park kunnen zieke en gezonde mensen vakantie houden en kunnen gehandicapten en arbeidsongeschikten aan revalidatie en dagbesteding doen. Dat maakte de eigenaar van Polderland, B. Middelbos, vrijdag bekend. Hij krijgt steun vanuit de provincie en de gemeente. Binnen de Provinciale

Staten bestond al langer het idee om Drenthe meer als zorg- en recreatieprovincie te promoten. Fractievoorzitter van GroenLinks J. Langenkamp heeft zelfs de naam van het nieuwe park bedacht: Gezondrente. Van de 12 miljoen wil Middelbos 70 procent uit eigen zak betalen. Voor de rest vraagt hij subsidies aan bij onder andere de investerings- en ontwikkelingsmaatschappij voor Noord-Nederland de NOM en het samenwerkingsverband van Groningen, Friesland en Drenthe de SNN. In 2008 moet het park met zijn kampeerplaatsen, dagactiviteitencentra, aangepaste bungalows en chalets en thermaalbaden klaar zijn. Middelbos kreeg het idee voor een reïntegratiepark toen hij in 1999 zelf zwaargewond raakte bij een auto-ongeluk. "Het duurde allemaal vreselijk lang om weer in het arbeidsproces te komen. Dat kan in zo'n park veel sneller." Langenkamp ziet in de toekomst meer van dit soort parken verschijnen. " Het is een soort pilotproject, dat misschien in de toekomst uitgebreid kan worden of er kunnen op meer plaatsen zulke parken ontstaan. De vraag groeit in elk geval vanzelf." (de telegraaf, 12 augustus 2005)

3.3.2 Verjongingsvakanties

‘Vakantieparkengigant Euroase/ Roompot biedt vanaf 1 september ‘verjongingsvakanties’ aan Tijdens deze faceliftvakantie kunnen de gasten een verjongingsoperatie of een behandeling van andere ‘schoonheidsproblemen’ ondergaan. Terwijl de familieleden overdag naar het zwembad of het strand gaan ondergaan vader of moeder een zogenaamde MACS-lift operatie waarbij het gezichtweefsel strak wordt getrokken. Ook voorhoofdslifting, ooglidcorrectie en laserbehandeling van rimpels rond mond of ogen, kunnen voortaan plaatsvinden in de faceliftvakantie. Het bedrijf begint met de verjongingsvakanties in Zeeland. Om de faceliftvakanties aan te bieden, heeft de vakantieparkaanbieder een contact gesloten met de chirurgen Tonnard en Verpaele. Zij zijn officieel erkend in de plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde. Daarnaast gaat Euroase/ roompot (22 parken in Nederland) zorgvakanties aanbieden aan oudere of gehandicapte vakantiegangers die extra zorg of verpleging nodig hebben. Het personeel zal niet in de witte pakken lopen zodat het vakantiegevoel behouden blijft.’ (de telegraaf, datum onbekend)

3.4 Interviews met mensen uit de zorgrecreatie

‘Waarom ziet elk aangepast toilet er zo steriel uit?’

De heer G. Stoevelaar Projectontwikkelaar

Introvast is een projectontwikkelaar uit Oosterbeek die de seniorenmarkt benadert vanuit het hotel denken. Vanuit die gedachte heeft het bedrijf een aantal concepten in ontwikkeling, waaronder hotels voor senioren en mindervalide.

- Verzilverd wonen
- Inn-home hotel voor minder validen
- Elision permanente huisvesting voor demente ouderen

Kunt u iets vertellen over introvast en haar specialisatie richting Zorgvastgoed?

‘Introvast doet zowel de conceptontwikkeling als de ontwikkeling van het onroerend goed als de exploitatie. Het bedrijf heeft ervaringen opgedaan met de ontwikkeling van hotels in binnen en buitenland. We willen mensen laten wonen in een hotel, dus dat betekent topniveau. Luxueus aangekleed en topkwaliteit, want waar moeten mensen met geld en een functiebeperking naar toe? Introvast kiest voor een integrale benadering van zorg en service. De ultieme serviceflat is een 5-sterrenhotel.’

Hoe organiseert u de zorg in de Zorghotels?

‘Alles vindt plaats in de private sfeer, los van de AWBZ. De invalshoek is de gastvrijheidsbenadering. Het concept is een hotel voor mensen met een functiebeperking dus geheel rolstoelvriendelijk.’

Na wonen met zorg wordt door ABZV uit Amsterdam nu de stap gezet naar recreatie met zorg. ABZV is door een exploitant benaderd een concept uit te werken gericht op verblijfsrecreatie met zorg. Zowel de woningen als de activiteiten zijn gericht op ouderen en/of minder validen. Wat vindt u van deze ontwikkeling?

‘Vastgoedwereld moet begrijpen dat enkel het gebouw veranderen niet het denken verandert. Als conceptontwikkelaar moet je je ook afvragen wat er binnen de muren gebeurt. De truttigheid blijft vaak. En dat is het betuttelende van het invullen van wat mensen willen. Laat mensen zelf beslissen. Mensen met een functiebeperking zijn prima in staat zelf keuzes te maken en hun leven in te richten zoals zij dat willen.’

Heeft u een advies aan vastgoedspecialisten die zich bezighouden met dit concept?

‘Je begint met het optellen van het concept en vervolgens definieer je de doelgroep. De invulling is een vertaling hiervan. Wat doet iemand in een bungalowpark met een functiebeperking weken lang. Wat eet men? Hoeveel zorg heeft iemand nodig? Is er behoefte aan gezamenlijke faciliteiten? Wat doe ik die 2 weken buiten het huisje? Is de omgeving van belang of niet? Onderschat niet het belang van de architectuur. Uit onderzoek blijkt dat 90% van de keuze voor een vakantielocatie wordt bepaald door de architectuur. Wij werken bewust met architecten uit de hotelwereld en niet met architecten uit de zorgwereld.’

‘Veel luxevoorzieningen worden nooit gebruikt’

De heer f. van Dijk directeur Woonzorg-voorziening de Gouden Leeuw Laag Keppel

‘Wooncomfort en privacy zijn basisbehoeften van vrijwel ieder mens. Naarmate men ouder wordt, nemen die behoeften niet af. Woon-zorgvoorziening De Gouden Leeuw stelt zich als hoofddoel het scheppen van een aantrekkelijk woon-leefklimaat voor zijn bewoners. De woonzorgvoorziening biedt zijn bewoners naast de woonfunctie, met alle voorzieningen, een mogelijkheid tot zorgverlening. Heeft u verzorging nodig en kunt of wilt u niet thuisblijven dan biedt woon-zorgvoorziening? De Gouden Leeuw zowel tijdelijke als permanente hulp. De zorg zal worden uitgevoerd door verpleegkundigen en verzorgenden die op de hoogte zijn van alle zaken die voor de cliënt van belang zijn. Door de kleinschalige opzet van de woon-zorgvoorziening zijn wij in staat een cliëntgericht kwaliteitsbeleid te voeren. Daarbij staan tijd en ruimte voor persoonlijke aandacht voorop. Het zal altijd ons doel zijn om dienstverlening te bieden met respect voor ieders individualiteit.’ Dit meldt woonzorgvoorziening de Gouden Leeuw op haar website. Op donderdag 8 september ben ik op bezoek geweest in Laag Keppel en gesproken met de heer van Dijk, directeur van de Gouden Leeuw: ‘Wanneer de zorg niet goed is dan komt een klant niet terug, hoe mooi de locatie ook is.’

Hoe bent u met dit initiatief gestart?

‘We komen allemaal uit de zorgsector. Twee zwagers werkten bij een bemiddelingsbureau voor de thuiszorg en kregen van cliënten vaak de vraag “heb je niet een plekje waar ik kan revalideren of opknappen”. Er bleek een grote vraag te zijn naar accommodaties waar men tot rust kon komen en ontspannen terwijl de zorg gewaarborgd was. Ook vanuit de mantelzorg was die vraag er, bijvoorbeeld in de maanden dat zij het liefst op vakantie gaan. Het zorghotel als tijdelijke vervanger van de mantelzorg. De maanden juni, juli en augustus waren in het begin het snelst volgeboekt. We zijn in dat gat in de markt gesprongen, met succes want we hebben nu nagenoeg een 100% bezetting.’



Zorghotel de Gouden Leeuw

Wat is uw instelling voor een instelling?

‘De gouden Leeuw bestaat uit 5 appartementen die continu worden bewoond. Daarnaast hebben we 31 kamers in het hotel die tijdelijk worden bewoond. Het aantal appartementen is veel te laag. Er is een wachtlijst voor deze appartementen daarom zijn we een initiatief begonnen in Zelhem waar we het oude gemeentehuis ombouwen tot een woonzorg-hotel met 31 appartementen en wat kleinschalige hotelkamers.’

Wat is uw doelgroep?

‘De doelgroep zijn hoofdzakelijk 70/ 75+. Mensen die afhankelijk zijn van 24-uurs hulp. Deze doelgroep zoekt erg naar veiligheid. Mensen in de jongere categorie redden zichzelf al snel weer. In de Gouden Leeuw zitten bijvoorbeeld veel mensen die een operatie aan heup of knie hebben gehad en hier een aantal weken revalideren.’

Wat is het grootste risico?

‘De vraag is hoe je door de 1^e periode heen komt. Doelgroepen zijn lastig te bereiken en deze doelgroep gaat vooral af op mond op mond. Dit heeft tijd nodig om door te dringen. Maar je moet de eerste periode wel door, dat betekende voor ons weken van 100 uur of meer...’

Heeft u een overeenkomst met verpleeg- of verzorghuizen in de regio?

‘In het begin hebben we contact gezocht met de verzorg- en verpleeghuizen. Bij de verpleeghuizen was een wachtlijst van 200 plaatsen. Toch werden we niet hartelijk ontvangen, eerder vijandig. Ze zagen ons toch als concurrent. Het argument dat we mensen van de wachtlijst konden halen ging niet op. Dat was niet hun probleem. Op het moment dat het verpleeghuis een leeg bed heeft konden ze die direct opvullen, de rest was niet hun probleem.’

Hoe heeft u het zorghotel in de markt gezet?

‘Aan adverteerders hebben we nauwelijks iets gedaan. We hebben het geluk gehad dat we lange tijd hebben meegestreden om ‘*ondernemer van Gelderland*’ te worden zodat we veel in het regionale nieuws zijn geweest. We probeerden ook met al onze vorderingen en plannen in de krant te komen. In eerste instantie hadden we geen AWBZ-erkenning waardoor alleen de goeie burgers kwamen. Mensen met financiële middelen. Later, toen we ook onze eigen thuiszorgorganisatie hadden opgezet, kwamen ook mensen die afhankelijk zijn van de AWBZ. Mond-op-mond reclame is zeer belangrijk geweest. Mensen die hier een fijne tijd hebben gehad vertellen dat door aan anderen maar komen zelf ook vaak weer terug.’

Welke zorgvraag is er en welke mate van zorg wordt er geleverd, en op welke wijze?

‘De helft van ons personeel is verpleegkundig en de andere helft is verzorgende, daarnaast hebben we ook enkele stagiaires die helpende zijn. In totaal werken hier 130 mensen. Hier in Laag Keppel werken in de ochtend 10 man op 36 gasten waarvan er zich 6 zelf kunnen redden. Dus op elke 3 gasten 1 werknemer die afspraken maakt met de gast over welke zorg en hoe laat.’

Hoe berekent u de uiteindelijke huurprijs inclusief de zorg? ‘Onze berekening van de prijs is hotelmatig, dat betekent een basisprijs voor de kamer met eten en drinken en een basisprijs voor de geleverde zorg al dan niet AWBZ. Mensen blijven hier gemiddeld meerdere weken en betalen zo’n €1100,- per maand voor kamerhuur en circa €2000,- voor de zorg. Met dit prijsniveau zitten we erg laag in vergelijking met andere initiatieven.’

Organiseert uw instelling recreatie voor bewoners?

‘De gouden Leeuw organiseert ook recreatieve uitstapjes maar niet teveel en niet te lang. Onze gasten hebben weinig energie. We organiseren een klassieke muziek avond of een middag bridgen, maar ook ochtendgymnastiek. De ervaring leert; niet meer dan 1 activiteit per dag. Het eten moet ook niet langer dan 1 of 1,5 uur duren anders is het te lang. Mensen willen graag even een eindje door de natuur wandelen of lekker op het terras zitten. Mensen die net uit een operatie komen hebben geen behoefte aan een dagvullende activiteit. De ouderen doen tussen de middag een dutje. Mensen vinden het fijn dat ze hier altijd bezoek kunnen ontvangen en de gelegenheid hebben bezoek te trakteren, dat ze zorg ontvangen op de tijd dat het hen het beste uitkomt. Vrijheid!’

Een van de locaties die voor het concept 'Leven en Welzijn' van ABZV in beeld is het Lauwersmeergebied in Friesland. Hier zou een ontwikkeling van circa 250 aangepaste woningen gebouwd moeten worden. Met activiteiten en vermaak, de insteek is welzijn. Gekoppeld; een absolute zorggarantie. Heeft u en advies aan vastgoedspecialisten die zich bezighouden met dit concept?

'Het belangrijkste is de zorg die wordt geleverd. Wanneer de zorg niet goed is dan komt een klant niet terug, hoe mooi de locatie ook is. Zorg is de absolute basis. Mensen moeten zich veilig en gewaardeerd voelen. Dit betekent een band met het personeel. Vriendelijkheid en flexibiliteit 24 uur van de dag. Een gevaar van een grootschalig project als dit is dat de levering van zorg weer net wordt als in het verpleeghuis. Dat het lopende band werk wordt en volgens vaste protocollen. Niet de klant centraal maar het proces. Het grootste probleem bij grootschalige projecten als deze is het organiseren van zorg. De zorg moet goed zijn anders komen mensen niet terug. Bij deze aantallen dreigt de zorg toch gepland en onpersoonlijk te worden. Het vraagt veel van het verzorgende personeel om bij deze aantallen zich volledig aan te passen aan de wensen van de klant. De vraag is er wel, er zijn mensen zat voor een plekje....'

'Hier in Laag Keppel werken in de ochtend 10 man op 36 gasten waarvan er zich 6 zelf kunnen redden. Dus op elke 3 gasten 1 werknemer die afspraken maakt met de gast over welke zorg en hoe laat. Wanneer 350 huisjes bezet zijn met 200 gasten met een zorgvraag dreigt er een gevaar. Daarom is onze insteek ook om altijd kleinschalig te blijven, alleen dan kan je de mensen de persoonlijke zorg bieden waarvoor men naar een zorghotel komt.'

'Wees voorzichtig met luxe. Het is misschien een argument om voor een accommodatie te kiezen, maar er maken maar weinig mensen gebruik van. Een sauna is leuk maar niemand zit erin. Een zonnebank wordt alleen door het personeel gebruikt. Zorg ervoor dat je er bent als mensen bellen voor zorg, wees vriendelijk en last but not least.. het eten. Goed eten wordt gewaardeerd. Wanneer je deze 3 dingen goed doet is 90% tevreden. De luxevoorzieningen is meer voor volgende generaties. De generaties die met welvaart zijn opgegroeid.'

'In niets afbreuk doen aan de hoteluitstraling'
de heer H. Lippinkhof directeur De Palatijn zorghotel

'Op 1 mei 2004 opende zorg-hotel *de Palatijn* haar deuren in Alkmaar. *de Palatijn* is een viersterren zorghotel dat zich primair richt op doelgroepen met een uiteenlopende zorg-behoefte, een nieuwe schakel tussen ziekenhuis en thuis, met zorg op maat. De kamers lijken op die van een luxe hotel maar de bedden zijn in een handomdraai om te toveren in een 'ziekenhuisbed'. De deuren zijn opvallend breed. In de badkamer ontbreken drempels en douchecabines. Geen hotel, maar ook geen zorgcentrum. Een zorghotel dus. Vanuit deze ervaring, opgedaan bij de realisering van deze accommodatie en de samenwerking tussen zorginstellingen, verzekeraar en zorgkantoor, is *de Palatijn Consultancy B.V.* opgericht.' (www.depalatijn.nl)

De Palatijn Consultancy B.V. is een adviesbureau dat zich specifiek richt op het adviseren van instanties die hotel accommodaties binnen de zorgsector willen gaan opzetten en exploiteren. Te denken valt aan verzekeringsmaatschappijen, zorginstellingen, ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties, woning- bouwverenigingen, vastgoed- maatschappijen, hotelketens, ontwikkelingsmaatschappijen of particuliere initiatieven. Op 25 augustus is er gesproken met de directeur van *de Palatijn* in Alkmaar de heer Lippinkhof. 'Het belangrijkste is dat je je blijft afvragen wie je doelgroep is.'

Kunt u iets vertellen over de Palatijn zorghotel?

'Ruim 3,5 jaar geleden is op initiatief van Woningstichting Woonwaard Noord-Kennemerland, stichting De Dillenburg (stichting voor zorg, welzijn en dienstverlening in Alkmaar), in samenwerking met Medisch Centrum Alkmaar en de provincie Noord-Holland zorghotel *de Palatijn* gerealiseerd. Het hotel is gebouwd op de plek van het oude verpleeghuis van de Dillenburg We bestaan nu 3 jaar en 14 maanden en zijn van een bezetting van 55% vorig jaar gegroeid naar een bezetting van 70% dit jaar. De Palatijn is een behoorlijk chique ANWB- en VVV-hotel, dat van de Nederlandse hotelclassificatie vier sterren heeft meegekregen. Maar zonder dat het opvalt, zijn de kamers geheel aangepast voor zorgbehoevende mensen. Noem het een hotel met zorgaspecten zonder dat die afbreuk doen aan het hotelconcept.'

Wat is de doelgroep van de zorghotels?

'Niet alleen patiënten kunnen in *de Palatijn* terecht, ook 'gewone' recreanten. De doelgroep van het zorghotel is breed. Er logeren onder anderen mensen die na een ziekenhuisopname in de Palatijn revalideren. In het begin richtte we ons op mensen die weg moesten uit het ziekenhuis maar nog wel nazorg nodig hadden. Eerst enkel de orthopedie maar later zijn daar andere afdelingen bijgekomen. We zijn onze doelgroep breder gaan definiëren en ook ons gericht op bijvoorbeeld mantelzorgers. Ook recreanten bezoeken het hotel. Dat kunnen gehandicapten zijn, of ouderen voor wie de aanpassingen prettig zijn. De Palatijn is een uitkomst voor bijvoorbeeld ouders met een gehandicapt kind. Willen de ouders 's avonds met zijn tweeën op stap, dan neemt de verpleging de zorg over.'

Hoe organiseert u de zorg in de Zorghotels?

‘Het ziekenhuis is goed in ‘behandeling’ wij zijn goed in ‘het verblijf’, de Palatijn levert geen medische zorg maar puur de nabehandeling. De verpleging is tot niveau 5. Binnen het zorghotel doen we enkel verpleegkundige handelingen. We kunnen eventuele medische zorg opvragen bij het ziekenhuis. Dit wil niet zeggen dat we een parkeerplaats van het plaatselijke ziekenhuis zijn. Voordat iemand hier komt wordt de zorgvraag goed in kaart gebracht. Welke mate van zorg heeft iemand nodig? welke medicijnen en hoe laat? Dit vraagt veel van het personeel, het plannen van de zorg is zeer belangrijk. Het is complexer dan in een regulier hotel waar de afstand tussen personeel en bezoekers veel groter is. De palatijn geeft ook zorg aan mensen in een terminale levensfase en we zijn bezig met kraamzorg. De zorg is zo enorm breed’

Hoe financiert u de zorg?

‘De zorg wordt betaald door de zorgverzekeraars. Met Univé is daarover een overeenkomst gesloten, met andere verzekeraars nog niet. Een bed in het zorghotel is goedkoper dan een bed in het ziekenhuis. Verzekeraars zijn logge maatschappijen. Het gaat heel langzaam. Ook omdat wij dit concept hier voor het eerst toepassen in Nederland. Er zijn wel ziekenhuizen die een vleugel hebben ingericht met wat bedden, maar daar krijg je niet bepaald een warm hotelgevoel van.’

Wat zijn belangrijke aanpassingen?



‘Het toilet is verlengd zodat er eventueel een douchetoiletstoel overheen kan. Onder de speciaal gegoten designwastafel past een rolstoel. De bedden zijn bijzonder. Een speciaal ontwikkelde kruising tussen hotel- en zorgbedden. Voorzien van bediening om het ledikant in alle gewenste standen te zetten. Er kan een hek aan worden gemonteerd voor als iemand onrustig slaapt. In één klik kan er een bedpapegaai aan het hoofdeinde worden bevestigd. Noodknoppen om het verplegend personeel op te roepen ontbreken. Geen punt, wie dat nodig heeft krijgt een polsband met noodknop. Kun je ook nog mee onder de douche of de sauna in’.

Waar selecteert u uw locaties op?

‘Elke locatie vraagt om een ander concept. De Palatijn in Alkmaar is een typisch citycenter concept. Nabij de binnenstad gelegen en direct verbonden aan een ziekenhuis. Je doelgroep is daarmee direct de overloop uit het ziekenhuis. We zijn bezig met andere locaties waarbij de nadruk meer op het recreatieve ligt omdat locaties in natuurgebieden liggen, niet in de nabijheid van een ziekenhuis. Elke locatie creëert zo haar eigen doelgroep.’

Hoe selecteert u uw personeel?

‘Bij de Palatijn konden we het personeel van het verzorgingshuis overnemen. Deze mensen moesten op een andere manier naar zorgverlening gaan aankijken. Niet vanuit een instituut maar vanuit het hotel-denken. De klant als koning. Men moest niet langer vasthouden aan bestaande regels en protocollen maar de klant zelf laten bepalen welke zorg hij wil hoe laat en in welke mate. Wil de klant pas om 10.00 uit bed geholpen worden? Geen probleem dan

komen we toch wat later? Dit blijkt voor vele een leerproces. Het maken van die switch in de benadering van de klant, daarom organiseren we een proefperiode in een klooster waar het personeel wordt getraind in het hoteldenken.'

'Een goede communicatie met de gasten is enorm belangrijk. Bij een gewoon hotel is dat het geval maar bij een zorghotel nog veel meer. Gasten zijn meer afhankelijk van het personeel daarom is het belangrijk dat het personeel van tevoren precies weet wat de zorgvraag van de klant is.'

Wordt naast publieke zorg ook private zorg aangeboden?

Binnen de Palatijn is er de mogelijkheid voor een beautybehandeling er is een sauna en een stoombad. Ook is er intern een kapper.'

Hoe worden de kosten doorberekend?

'Je hebt de kale huurprijs dit vatten we samen onder deel a van de rekening. De kamerpijs met de basiszorg het eten en 4x koffie. Onder deel b van de rekening staan de kosten van alle extras, de extra zorg, de drankjes etc. Dan hebben we ook nog een deel c hier staan de bijzondere dingen op zoals giften. Bijvoorbeeld: mensen betalen vooraf 100 euro zodat opa een lekker 3-gangen diner krijgt.'

Wat is uw mening over het samengaan van ouderen en minder validen?

'Dat is een van de moeilijkste punten. Het klopt dat bepaalde groepen niet met elkaar geassocieerd willen worden. Maar dit is niet omdat sommige mensen nou zoveel meer overlast bezorgen, het ligt puur aan de instelling van mensen. Bijna discriminerend. In een zorghotel is dit niet te voorkomen. We proberen wel zoveel mogelijk de hulpmiddelen zoals rolstoelen ed uit het zicht te houden. Wanneer je door de gangen loopt wijst eigenlijk niets erop dat het een zorg-functie heeft dat heeft als voordeel dat mensen zich ook gedragen zoals ze in een hotel zouden doen. Men gedraagt zich nu eenmaal naar de locatie.'

‘Zo grootschalig, dat wordt helemaal niets’

Mevrouw A. Bokma Directrice Herstelhotel de Kim, Noordwijk

Herstelhotel de Kim in Noordwijk aan Zee wil revaliderende gasten en vakantievierende zieken een ‘zomerhuisgevoel’ meegeven. In een luxueus en tegelijk functioneel ingericht nieuw gebouw wordt de service van een hotel gecombineerd met de betrokkenheid van zorgverleners. Vanuit de kamers is er uitzicht op zee, en op een paar minuten lopen bevindt zich de Noordwijkse boulevard. In 1991 is Agaath Bosma directrice geworden. Op woensdag 28 september heeft er in Noordwijk een gesprek plaatsgevonden. ‘Alles draait om vrijheid, zelfstandigheid en respect’.

Wat is uw instelling voor een instelling?

Herstelhotel de Kim is 16 juni 2005 officieel geopend, het gebouw is nieuw maar de geschiedenis van de Kim gaat al bijna een eeuw terug. In 1909 kocht een groep Amsterdamse ambtenaren, verenigd onder de naam Willen is Kunnen(WIK), een pand in Wageningen: De Leemkuil. Overspannen of lichamelijk zieke ambtenaren konden hier werken aan hun herstel. In de jaren tachtig stopte de subsidies en kocht de WIK een pand in Noordwijk aan. Het nieuwe herstellingsoord in wording – de Kim- werd een BV, met de WIK- vereniging als grootste aandeelhouder.

Herstelhotel?

Toen men het ‘herstellingsoord wilde noemen zij ik: maak daar maar ‘herstelhotel’ van. Het herstelhotel geeft zorg aan gasten en niet aan patiënten in een niet medische setting’



Waarin verschilt een herstelhotel met een zorghotel?

‘Zorghotels richten zich vooral op ontslagen ziekenhuis patiënten die eigenlijk nog een paar dagen moeten blijven, maar daarvoor geen duur ziekenhuisbed bezet hoeven houden. Die hotels zijn meestal gelieerd aan ziekenhuizen, en vaak bevinden ze zich vaak op hetzelfde terrein. Wij hebben geen enkele binding met welke zorgaanbieder dan ook.’

Wat is de filosofie van uw instelling?

‘Vanaf het begin hebben mensen zich hier gastvrij behandeld gevoeld. Niets moet, veel kan. Wij hebben nooit betuttelend gedaan tegen mensen die ijs met slagroom bestelden, terwijl ze dat beter niet zouden kunnen doen.’

Wat is de doelgroep?

De Kim ontvangt herstellende gasten die de drukte van thuis een tijdje willen ontlopen of niet afhankelijk willen zijn van thuiszorg. Dat kan net als in een zorghotel voor een paar dagen zijn, maar een paar weken komt ook voor. Een andere doelgroep vormen ouderen die op een wachtlijst staan en zich thuis niet meer veilig of prettig voelen. Van de 42 kamers zijn er gemiddeld 32 bezet. Zestig procent van onze gasten zijn gasten die herstellen na een heup of knie-operatie. En verder richten we ons nadrukkelijk ook op zieke of gehandicapte vakantiegasten die hier net als ieder ander vakantie kunnen vieren'

Wat is de gemiddelde verblijfsduur?

De gemiddelde gast verblijft zo'n drie weken in een van de 41 kamers. We hebben een maximum gesteld van 6 weken omdat het niet de bedoeling is dat mensen hier komen wonen.'

Welke zorgvraag is er en welke mate van zorg wordt er geleverd, en op welke wijze?

'De Kim heeft 45 werknemers in dienst, waarvan 14 in de zorgverlening. De zorg die de Kim levert is in principe de zorg die men thuis kan ontvangen via de thuishulp. Of de zorg ter ontlasting van de mantelzorg. Mensen die hier komen durven nog niet alleen naar huis waar ze afhankelijk zijn van de wijk verpleging. Hier is er 24-uur zorg aanwezig.'

Welke bijzondere voorzieningen heeft de Kim?

'Net als in een normaal hotel is de Kim voorzien van allerlei faciliteiten en is de inrichting luxueus. Maar in de Kim bevindt zich ook een fysiotherapieruimte, alle ruimtes zijn rolstoeltoegankelijk, alle sanitaire ruimtes zijn voorzien van toiletbeugels en douchezitjes en al het meubilair is toegesneden op heup- en rugproblemen. We zochten de uitstraling en allure van een hotel, daarom hebben de kamers bijvoorbeeld lekkere dikke vloerbedekking. Tegelijkertijd wilden we ook de functionele inrichting van een zorginstelling. Daarom hebben we, denkend aan de carapatiënten een paar kamers voorzien van marmoleum.'

Organiseert uw instelling recreatieve activiteiten?

'De ervaring leert dat mensen die hier komen niet de energie hebben veel dingen te ondernemen. Men is bezig aan een herstelperiode. Wij organiseren bewust geen activiteiten. Deze herstellende zijn moeilijk te combineren met gewoon recreërende gasten. Dit gaat niet samen. Ons hotel richt zich enkel op de herstellende gasten. Anderen hebben hier eigenlijk niets te zoeken.'

Wat kost een verblijf?

'Een verblijf in de Kim kost tussen de €60,- en €65 euro p.p.p.n., afhankelijk van het type kamer, de gewenste maaltijd en het zorgpakket. De Kim ontvangt geen subsidie, wel worden de kosten deels door een aantal verzekeraars vergoed.'

Een van de locaties die voor het concept 'Leven en Welzijn' van ABZV in beeld is het Lauwersmeergebied in Friesland. Hier zou een ontwikkeling van circa 350 aangepaste woningen gebouwd moeten worden. Met activiteiten en vermaak, de insteek is welzijn. Gekoppeld; een absolute zorggarantie. Zou u overwegen gebruik te maken van dit park? 'Bij zulke aantallen krijg je toch het gevoel naar een ziekenhuis op vakantie te gaan? Ik zou geen gebruik van maken. Veel te grootschalig. Dat wordt helemaal niets.'

Heeft u tot slot een advies aan vastgoedspecialisten die zich bezighouden met zorgconcepten? 'Deze generatie laat zich niet in een hoekje drukken. Deze generaties maakt eigen keuzes, volgt haar eigen plan. Zij hebben een accommodatie nodig om eropuit te trekken. Mensen blijven niet heel de vakantie op het park. De omgeving is belangrijk. 80% van onze gasten komt hier vanwege de kust en de zee. Zorgafhankelijkheid is iets wat niemand wil. Je zult dit dan ook zo lang mogelijk uitstellen. Men probeert zich zo lang mogelijk te redden. Mensen gaan niet naar een zorghotel zomaar omdat ze het leuk of gezellig vinden. Men komt omdat men afhankelijk is van zorg. Het is de vraag of je op die manier 350 huisjes kunt vullen helemaal in het licht van het gegeven dat juist de persoonlijke aandacht en de kleinschaligheid van ons hotel zo wordt gewaardeerd.'

‘Het product is de mens’

Erik Bretveld, Algemeen Directeur Medinova

MediNova is het eerste netwerk van Zelfstandige Behandelcentra (ZBC) in Nederland. MediNova is lid van de Nederlandse Raad van Particuliere Klinieken. Verspreid over het land vinden in onze klinieken jaarlijks meer dan 100.000 patiëntencontacten plaats. Ervaren specialisten en gemotiveerde medewerkers staan borg voor kwalitatief hoogwaardige zorg bij dagbehandelingen. Bij dit alles staat de cliënt centraal. MediNova geeft zo een duidelijk antwoord op de huidige ontwikkelingen in de markt.



Technologische en medisch-wetenschappelijke ontwikkelingen hebben de afgelopen decennia grote veranderingen in de gezondheidszorg teweeggebracht. De gewijzigde houding van de patiënt zorgt de laatste jaren voor een ware omwenteling. Hij of zij wil niet langer nodeloos wachten op een operatie. Tevens verwachten patiënten bij opname of dagbehandeling een persoonlijke benadering van een betrokken en enthousiaste staf. MediNova heeft hierop het antwoord. Geen onnodige wachtlijsten en een professionele, persoonlijke en klantvriendelijke benadering van de patiënt’. Dit zegt de heer Bretveld op de internetsite van MediNova. Op dinsdag 12 heeft er in de OMC Kliniek

in Haarlem een gesprek plaatsgevonden met de heer Bretveld; ‘Logistieke efficiënte, daar gaat het om’.

Wat is de filosofie van Medinova?

‘Iedereen in Nederland onderkent het belang van een goede gezondheidszorg. De druk op de reguliere medische dienstverlening is echter hoog. Hierdoor loopt de kwaliteit én snelheid van de zorg gevaar. Naast de centraal gereguleerde en centraal gefinancierde gezondheidszorg heeft de overheid er mee ingestemd ook particulier gefinancierde zorgaanbieders op de markt van de gezondheidszorg toe te laten middels de zogenaamde Zelfstandige Behandel Centra (ZBC). De ZBC dienen binnen het segment van de verzekerde zorg tegen CTG-tarieven hun diensten aan te bieden. ZBC hebben alleen kans van slagen als zowel op kwalitatief als op kwantitatief niveau alternatieven worden geboden naast de traditionele zorgaanbieders. Het niveau van dienstverlening door ZBC dient minimaal te voldoen aan de eisen die de markt stelt: de dienstverlening dient snel en efficiënt plaats te vinden. Met het aanbieden van een breed pakket van diensten door een keten van medische klinieken is MediNova in staat om hierop in te spelen.’

‘MediNova wil een nieuwe dimensie toevoegen aan de medische zorg in Nederland. MediNova biedt cliënten een sterk alternatief op het gebied van medische dienstverlening. Hierbij staat de persoonlijke aandacht en een optimale service centraal. De kwaliteit van de zorg is hoogstaand en er wordt alleen van de meest moderne apparatuur gebruik gemaakt.

Doordat de samenstelling van de keten op elkaar is afgestemd is MediNova in staat een volledig assortiment van specialistische dagbehandelingen aan te bieden.'

Wat is de doelgroep?

'Alle mensen in Nederland. Maar in het bijzonder de mensen die in de reguliere ziekenhuizen op een wachtlijst zouden komen te staan. Mensen staan soms maandenlang op een wachtlijst. Wij hebben een contract met de zorgverzekeraar dat iemand binnen 10 dagen in behandeling nemen.'

Wat is het doel van de verzekeraar?

'Het verminderen van de schadelast. Verzekeraars denken altijd in termen van schadelast.'

Welke mate van zorg wordt er geleverd?

'Naast volledig geprivatiseerde zorg en cosmetische chirurgie hebben wij een vergunning voor de verzekerende zorg. Van de vier klassen van de ASA leveren wij de zorg voor de eerste twee categorieën. Dit zijn de cliënten met een laag risicoprofiel, dit is overigens het merendeel van alle patiënten in Nederland zo'n 80%.'

Hoe ziet u de toekomst voor private zorginstellingen?

'Op dit moment kunnen we veel winst halen uit een goede logistiek. Hier onderscheidt MediNova zich mee. Reguliere ziekenhuizen moeten nog leren zakelijk te denken. Zij zien de zorg (nog) niet als markt. Door een goedlopende logistiek kunnen wij zorg goedkoop aanbieden. Op dit moment heeft MediNova zo'n 200 cliënten en een jaarlijkse omzet van circa €25 mln. euro. Na jaren van operationeel verlies maart MediNova nu winst. Let wel dat 40% van onze cliënten komen via de mond op mond reclame. Omdat mensen goede ervaringen hebben verwijzen ze anderen door. Op dit moment is 10% van de markt vrijgegeven en zie je dat de concurrentie toeneemt. En met toename van de concurrentie toename van overnames. Straks bij de privatisering van de ziekenhuizen in 2012 zullen privé-klinieken, ben ik bang, het langzaam moeten afleggen tegen beter en zakelijker draaiende ziekenhuizen.'

Hoe ziet u de taak van het vastgoedbeheer binnen uw organisatie?

'MediNova huurt al haar panden. Heeft geen onroerend goed in bezit. Maar het waarden van zorgvastgoed is erg lastig. Hoe bepaal je de waarde van een ziekenhuis dat is complexer dan dat van een kantoorgebouw.'

Na wonen met zorg wordt door ABZV uit Amsterdam nu de stap gezet naar recreatie met zorg. ABZV is door een exploitant benaderd een concept uit te werken gericht op verblijfsrecreatie met zorg. Zowel de woningen als de activiteiten zijn gericht op ouderen en/of minder validen. Goede ontwikkeling?

'Zeker, ik geloof wel in de combinatie van zorg en recreatie. Wat wij op dit moment doen is contracten sluiten met zorghotels. Bijvoorbeeld met De Gouden Leeuw in Laagkeppel. Om onze logistiek op orde te houden brengen we cliënten onder in een zorghotel. De prijs die betaald moet worden voor een overnachting in een hotel is lager dan de kosten van een patiënt intern. De verzekeraar betaalt een standaard bedrag voor verblijf wat hoger ligt dan de prijzen die wij afspreken met het zorghotel. De zorg wordt dan ook volledig uitbesteed. De prijs in

een ziekenhuis ligt tussen de €500,- en €700,- per bed per nacht, bij ons ligt die prijs tussen de €300,- en €350,- per nacht. Onderhandelingen met zorghotels gaan dus hoofdzakelijk over de kostprijs.'

Welke voorzieningen vindt u belangrijk?

'Het belangrijkste is dat er veiligheid wordt gewaarborgd. Mensen die wij onderbrengen in een accommodatie zijn nog steeds onze verantwoordelijkheid. Wat sowieso aanwezig dient te zijn zijn de voorzieningen voor spoedeisende hulp. Een zogeheten crash-car met defibrillator. Goede voorzieningen vragen een behoorlijke investering. Wanneer je onvoldoende aandacht besteed aan deze voorzieningen loop je kans dat de accommodatie wordt afgewezen door een zorgverzekeraar of de inspectie van de gezondheidszorg.'

Wat vindt u van het idee om een cosmetische behandeling te koppelen aan een vakantie?

'Het beeld dat mensen die kiezen voor een cosmetische ingreep high-society en rijk is verdient enige bijstelling. Het wordt door alle mensen uit alle lagen van de bevolking gedaan. Ik schat dat tachtig procent voor een cosmetische ingreep moet sparen voor deze ingreep. Een ingreep als een borstvergroting kost al snel ruim €4000,- euro. Komt daar een vakantie bij dan kost alles bij elkaar misschien wel €6000,- euro. Een hoop geld. De gedachte erachter snap ik wel. Mensen die voor een dergelijke ingreep kiezen hebben vaak behoefte aan een stuk privacy en gelegenheid te wennen en te ontspannen. Maar overschat dit niet.'

Heeft u tot slot een advies aan vastgoedspecialisten die zich bezighouden met dit zorgconcept?

'Bedenk goed voor wie het park gebouwd wordt. En speciale voorzieningen vragen een hoge investering. Zorg voor een brede, duidelijk omschreven doelgroep en een aanvaardbaar prijsniveau. Dit om niet na de feestelijke opening op dag 1 met een strop te zitten op dag 2.'

3.5 Deelvragen deel 2

Wat is het huidige aanbod van recreatie en zorg concepten in Nederland?

Concepten die recreatie koppelen aan de levering van zorg zijn zorgboerderijen en zorghotels. In 2004 waren er in Nederland 432 zorgboerderijen actief en waren er 28 projectplannen om een zorgboerderij te starten. De groei neemt, zeker procentueel gezien, af. Toch blijkt uit het aantal oriënteerders dat het einde van de groei voorlopig nog niet in zicht is. Over het aantal bezoekers zijn geen duidelijke cijfers bekend. Het aantal plannen voor zorghotels neemt toe.. Drie verpleeghuizen geven aan een zorghotel te hebben. Twintig verpleeghuizen geven aan plannen te hebben in de toekomst een zorghotel te willen realiseren. Van de ziekenhuizen hebben 2 reeds een zorghotel, terwijl nog eens 12 plannen hiertoe hebben. Daarnaast is er een onbekend aantal particuliere initiatieven.

Tijdens gesprekken komt naar voren dat men voortdurend op zoek is naar goede aangepaste accommodaties. Mensen met een beperking komen er in Nederland bekaaid vanaf. De sector lijkt zich lange tijd niet voor deze doelgroep te hebben geïnteresseerd. Het huidige aanbod van recreatiewoningen bestaat uit aangepaste recreatiewoningen gekoppeld aan en bestaand vakantiepark. Er wordt geen zorg geleverd door.

Zijn er nieuwe initiatieven van aanbod van vastgoedconcepten met zorg?

30% van de verpleeghuizen en 52% van de ziekenhuizen onderzoekt de mogelijkheid om een zorghotel te ontwikkelen. Dit blijkt uit onderzoek dat door consultants van Horwath Consulting in samenwerking met adviesbureau scenter is uitgevoerd. Het onderzoek is uitgevoerd onder 66 verpleeghuizen en 23 ziekenhuizen. De mogelijkheden van zorgverlening in het verlengde van recreatie heeft bij meerdere ondernemers de aandacht. Phanos uit Houten gaat in het lauwersmeergebied in Friesland een vakantiepark met zorg realiseren. Het Medisch centrum Alkmaar dit voorjaar begonnen met een nierdialysecentrum op Texel. De projectontwikkelaar Middelbos is bezig met de ontwikkeling van een revalidatiepark in Drenthe en Roompot vakanties gaat in de toekomst vakantiearrangementen aanbieden in samenwerking met particuliere klinieken. Door de toenemende (dubbele) vergrijzing lijken steeds meer partijen te beseffen dat er een markt ontstaat die niet genegeerd mag worden. In de vakbladen verschijnen meer en meer berichten over initiatieven waarin recreatie wordt gekoppeld aan de levering van zorg. De informatie over de bestaande en geplande projecten is nog allesbehalve volledig. Een inventariserend onderzoek is aan te bevelen.

Welke zorg is te combineren met recreatie?

Welke zorg is redelijkerwijs te combineren met een recreatiefunctie. Om dit vast te kunnen stellen is de zorg die in zorghotels wordt geleverd geanalyseerd. De doelgroep van aan ziekenhuis gerelateerde zorghotels zijn patiënten die na een ziekenhuisopname nog niet naar huis kunnen en aan somatische verpleeghuispatiënten met een kortdurend verblijf. Ook patiënten die regelmatig de polokliniek moeten bezoeken kunnen hier verblijven. Zorghotels richten zich vooral op ontslagen ziekenhuis patiënten die eigenlijk nog en paar dagen moeten blijven, maar daarvoor geen duur ziekenhuisbed bezet hoeven houden. Er zijn ook zorghotels

die een veel ruimere doelgroep hebben. Het gaat niet alleen om postklinische zorg, maar ook om een logeerfunctie voor mensen die gewoonlijk thuis worden verzorgd door de partner, b.v. tijdens vakanties. Ook uitbehandelde ziekenhuispatiënten die nog geen plaats kunnen krijgen in een verpleeghuis kunnen er terecht. Tenslotte is er ook een hospice-functie voor terminale zorg of speciale voorzieningen voor kraamzorg. Er zijn verzorgende en verplegende aanwezig. Geen medische zorg maar de nabehandeling.

Een recreatiepark met zorg zou de volgende soorten zorg kunnen combineren met recreatie:

- Postklinische zorg/ verplaatsing ziekenhuiszorg;
- Vervanging thuiszorg (huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf);
- Ontlasting mantelzorg;
- Private zorg (beauty & care);

Eventueel aan te vullen met:

- Terminale zorg;
- Kraamzorg;
- Specialistische zorg voor bijzondere doelgroepen (nierdialyse).

Wat is de visie van exploitanten van verblijfsrecreatie met zorg op een concept waar een recreatiepark wordt gecombineerd met zorg?

De volgende zaken komen in de gesprekken meerdere malen aan de orde:

- **Juiste doelgroepdefiniëring**
- Gevaar van grootschaligheid
- Belang van goede zorg

Meerdere malen wordt het belang van een juiste doelgroepdefiniëring aangegeven.. De heer Bretveld (Medinova); ‘bedenk goed voor wie het park gebouwd wordt, speciale doelgroepen vragen om speciale voorzieningen die een hoge investering betekenen. Zorg voor een brede duidelijk omschreven doelgroep en een aanvaardbaar prijsniveau. De heer Stoevelaar (Introvast) zegt hierover: ‘Je begint met het optellen van het concept en vervolgens definieer je de doelgroep. De invulling is een vertaling hiervan.’ De komende generatie gaat haar eigen keuzes maken en laat zich niet leiden door instituten of protocollen. Er wordt gewaarschuwd om deze trend niet te negeren.

De heer Stoevelaar (Introvast): ‘Als conceptontwikkelaar moet je je ook afvragen wat er binnen de muren gebeurt. De truttigheid blijft vaak. En dat is het betuttelende van het invullen van wat mensen willen. Laat mensen zelf beslissen. Mensen met een functiebeperking zijn prima in staat zelf keuzes te maken en hun leven in te richten zoals zij dat willen.’ Mevrouw Bokma (herstelhotel de Kim): ‘Deze generatie laat zich niet in een hoekje drukken. Deze generaties maakt eigen keuzes, volgt haar eigen plan.’ De heer van Dijk (de Gouden Leeuw) waarschuwt nadrukkelijk voor het risico van grootschaligheid: ‘een gevaar van een grootschalig project is dat de levering van zorg weer wordt zoals in een verpleeghuis, dat het

lopende band werk wordt en volgens vaste protocollen. Net de klant centraal maar het proces. De zorg dreigt gepland en onpersoonlijk te worden.’ Mevrouw Bokma stemt hiermee in; Het is de vraag of je op die manier 350 huisjes kunt vullen helemaal in het licht van het gegeven dat juist de persoonlijke aandacht en de kleinschaligheid van ons hotel zo wordt gewaardeerd.’

Wanneer mensen uit de zorg gaan werken op een vakantie-accommodaties moeten zij op een andere manier leren denken. De heer Lippinkhof (de Palatijn): ‘mensen moeten op een andere manier tegen zorgverlening gaan aankijken, niet vanuit een instituut maar vanuit het hoteldenken. Niet langer vasthouden aan vaste gewoonten maar de klant laten bepalen hoe laat en waar hij de zorg wil ontvangen.’ Dit vraagt ook om een juiste communicatie; een goede communicatie met de gasten is enorm belangrijk. Bij een gewoon hotel is dat het geval maar bij een zorghotel nog veel meer. Gasten zijn meer afhankelijk van het personeel daarom is het belangrijk dat het personeel van tevoren precies weet wat de zorgvraag van de klant is.

De heer van Dijk (de gouden Leeuw) geeft het belang van goede zorg weer; ‘het belangrijkste is de zorg die wordt geleverd. Wanneer de zorg niet goed is dan komt een klant niet terug, hoe mooi de locatie ook is. Zorg is de absolute basis. Mensen moeten zich veilig en gewaardeerd voelen. Dit betekent een band met het personeel. Vriendelijkheid en flexibiliteit 24 uur van de dag. Mevrouw Bokma (de Kim) zegt; ‘de zorg moet goed zijn anders komen mensen niet terug. Bij deze aantallen dreigt de zorg toch gepland en onpersoonlijk te worden. Het vraagt veel van het verzorgende personeel om bij deze aantallen zich volledig aan te passen aan de wensen van de klant. Wanneer huisjes bezet zijn met honderden gasten met een zorgvraag dreigt er een gevaar. Daarom is onze insteek ook om altijd kleinschalig te blijven, alleen dan kan je de mensen de persoonlijke zorg bieden waarvoor men naar een zorghotel komt.’

Deel 3 Vraag

Hoofdstuk 4 Doelgroep

4.1 Doelgroepdefiniëring

Voor wie is dit concept bestemd? In de breedste zin is een vakantiepark met zorg is bestemd voor mensen met een recreatie- en zorgbehoefte. Doelgroep zijn die mensen die de behoefte hebben aan recreëren in een vakantiepark maar daarin worden belemmerd door ouderdom en/of beperkingen. De doelgroep die belemmerd wordt door leeftijd zijn 'de ouderen'. Doelgroep die belemmerd worden door beperkingen zijn de 'minder validen' of 'gehandicapten'. Dit zijn de 2 primaire doelgroepen. Verpleging, familie, vrienden etc zijn direct aan deze doelgroepen gekoppeld. Daarnaast kan een vakantiepark met zorg worden ingezet voor mensen met een tijdelijke zorgvraag of revalidatieperiode. Of als tijdelijke opvang bij bijvoorbeeld verhuizingen en/of verbouwingen van verzorg- verpleeg of ziekenhuizen etc. De lijst van secundaire doelgroepen is mede afhankelijk van de creativiteit van de exploitant.

4.1.1 Ouderen

“De grote informatiebehoefte van vijftigplussers onderscheidt ze van jongere leden.”

(Dianda Veldman, sectormanager Marketing & Communicatie Vereniging Eigen Huis)

Nu de vergrijzing in rap tempo naar zijn hoogtepunt in 2040 gaat, worden ouderen steeds vaker doelgroep van overheidsbeleid. Ouderen moeten zo lang mogelijk zelfstandig kunnen functioneren. Dat is het streven van het overheidsbeleid en dat is wat ouderen ook zelf graag willen. De eerste vraag die gesteld wordt is wie tot deze ouderen behoren. Als het over oudere werknemers gaat doelt men op de leeftijdsgroep tussen de 50 en 65 jaar en soms zelfs op 40-plussers. In de belastingwet hanteert men een leeftijdsgrens van 65 jaar, de leeftijd waarop iemand een uitkering krijgt in het kader van de Algemene Ouderdomswet (AOW). Mensen kunnen echter al vanaf hun vijftigste lid worden van een ouderenbond. In het ouderenbeleid wordt geen vaste leeftijdsgrens gehanteerd omdat de afbakening van de doelgroep sterk samenhangt met het beleidsterrein. Leeftijd moet beschouwd worden als slechts een globaal criterium op basis waarvan uitspraken gedaan kunnen worden over algemene ontwikkelingen in de seniorenmarkt. In dit rapport wordt ter afbakening van de seniorenmarkt als operationele ondergrens de leeftijd van 55 jaar gebruikt. Deze leeftijdsgrens wordt veelal in literatuur gehanteerd. In sommige gevallen wordt ook gekozen voor een ondergrens van 50+. De trend van nu is dat mensen langer, ook na hun 55^e, blijven werken. Arbeidsparticipatie bepaald voor een belangrijk deel het leefpatroon en daarmee de mogelijkheden tot vrijetijdsbesteding (Ministerie WVC). Bij de keuze voor de doelgroep binnen dit onderzoek is gekozen voor een leeftijdsgrens van 50+. Veel onderzoeken gebruiken deze grens wanneer zij spreken over

ouderen. Bij 65 jarige leeftijd, waar de zorgvraag toeneemt, spreekt men over senioren. De 50+'ers zijn de senioren van de toekomst. Bij het onderzoek naar de doelgroep is constant gezocht naar de relatie met recreatie en toerisme. Ouder worden is een natuurlijk proces dat wordt bepaald door zowel genetische factoren ('primaire veroudering') als door factoren als lifestyle en de omgeving die het genetische proces van veroudering beïnvloeden ('secundaire veroudering'; McGuire et al., 1996; in Siegenthaler, 1999). Omdat het primaire proces vastligt, maar ouderen (en de samenleving) wel invloed uit kunnen oefenen op het secundaire proces, is het meeste onderzoek naar 'succesvol ouder worden' gericht op secundaire factoren. Er bestaan een aantal definities van succesvol ouder worden, maar zij delen een aantal kenmerken (Baltes & Baltes; in Siegenthaler, 1999).

- Levensduur
- Biologische gezondheid
- Mentale gezondheid
- Cognitieve doeltreffendheid en kracht
- Sociale competentie en productiviteit
- Gevoel van persoonlijke controle
- Tevredenheid met het leven

Rowe en Kahn (1997); in Siegenthaler conceptualiseren succesvol ouder worden met drie hoofdcomponenten:

- Lage kans op ziekten en de hieraan gerelateerde handicaps
- Hoge cognitieve en fysieke functionele capaciteit
- Actieve betrokkenheid bij het leven

Je wordt 'succesvol' ouder als je ziekten en handicaps weet te voorkomen en als je actief en geestelijk gezond blijft. Recreatie kan daar aan bijdragen. Bijvoorbeeld via de positieve effecten van bewegen, sociale contacten en het heilzame effect van groen. Recreatie lijkt goed voor ouderen.

4.1.2 Gehandicapten

Het International Classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH) wat uitgebracht wordt door de World Health organization (WHO) definieert drie begrippen waarin de gevolgen van ziekte en aandoeningen zijn te vatten ziekte/aandoening, stoornis, beperking, handicap:

Stoornis	:iedere afwezigheid of afwijking van een psychologische, fysiologische of anatomische structuur of functie
Beperking	:iedere vermindering of afwezigheid (ten gevolge van een stoornis) van de mogelijkheid tot een voor de mens normale activiteit.
Handicap	:een nadelige positie van een persoon als gevolg van een stoornis of beperking, welke de normale rolvulling van de betrokkene (gezien leeftijd, geslacht en sociaal culturele achtergrond) begrenst of verhindert.

De term gehandicapt heeft in het Nederlandse taalgebruik aan andere betekenis. Naar schatting van het CBS heeft 11,5% van de Nederlandse bevolking een ernstige tot zeer ernstige lichamelijke beperking. Het CBS definieert een gehandicapte als: 'iemand die een of meer functiestoornissen in tenminste een bepaalde mate heeft'. Bij welke mate van beperkingen is iemand gehandicapt? Het begrip is relatief. Vaak wordt de voorkeur gegeven aan de beperkingenclassificatie. Deze wordt bovendien het meest relevant geacht; de gevolgen van ziekte in termen van vermindering of belemmering in dagelijkse activiteiten zijn van cruciale betekenis voor de betrokken personen. In dit rapport worden met 'mensen met een handicap' bedoeld alle mensen die als gevolg van ziekte, ouderdom of een handicap aanvullende voorzieningen nodig hebben om te kunnen deelnemen aan recreatie en toerisme.

4.2 Uitwerking doelgroepen

4.2.1 De ouderen

'Vergrijzing is niets nieuws. "Sinds 1800 wordt de Nederlandse bevolking steeds ouder," zegt demograaf Gijs Beets van het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut. Wat de vergrijzing nu zo bijzonder maakt, is de enorme omvang. De komende 33 jaar stijgt het percentage 65-plussers naar een kwart van de bevolking: drie keer zo snel als in de afgelopen 120 jaar. Dat komt niet alleen door de geboortegolf na de Tweede Wereldoorlog (1940-1945), de babyboom. Ook de geboortedip die op de babyboom volgde, speelde een rol. Onder meer de anticonceptiepil leidde vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw tot 'ontgroening': minder kinderen. Vergrijzing is een wereldwijd fenomeen. 'Zelfs Afrika vergrijst,' zegt Beets. Volgens hem is de vergrijzing onvermijdelijk. Of er zou een epidemie moeten uitbreken die alleen ouderen treft. Beets: 'Immigratie helpt er niet tegen. Dan zouden we in Nederland elk jaar tienduizenden extra migranten moeten toelaten. Dat zou betekenen dat er aan het eind van deze eeuw 25 tot 30 miljoen mensen in Nederland wonen.' Volgens Beets gaat de vergrijzing zo geleidelijk dat er geen precies moment is aan te wijzen waarop ze merkbaar wordt. 'Het is geen tsunami die ons overspoelt.' Hij denkt dat Nederland de vergrijzing begint te voelen in de periode 2011-2015. 'Dan gaan de grootste leeftijdscohorten van de babyboom – geboren tussen 1946 en 1950 – met pensioen.' 'Mensen zullen zich de vergrijzing pas bewust worden als publieke figuren ophouden met werken,' zegt de Amerikaanse deskundige Nancy Welch, directrice van het Morrison Institute for Public Policy van de Arizona State University in Phoenix. Want dan valt heel snel enorm veel ervaring weg in onder meer het management van bedrijven, de politiek en andere sectoren. Na 2030 sterft de babyboom uit en zal de bevolking niet alleen ouder worden, maar ook krimpen. Vanaf 2040 zal dan door een kleine vergroening het percentage 65-plussers afnemen tot 22 procent, waarna het zich stabiliseert. Beets: 'Eén hobbel in het geboortecijfer, maar je hebt er honderd jaar last van.' (Elsevier 'Bevolking wordt wereldwijd onvermijdelijk grijs' 24 september 2005)

Nederland heeft net als de rest van het westerse cultuurgebied te maken met de gevolgen van de naoorlogse babyboom. Zo telt Nederland nu bijna 5 miljoen 50-plussers, in 2020 zullen dit er 6,8 miljoen zijn. Het gaat dan om bijna 40% van de Nederlandse bevolking. Dit heeft gevolgen voor vele aspecten binnen onze samenleving. Ook de toeristisch-recreatieve sector zal met een veranderende vraag naar toerisme en recreatie te maken krijgen. Het is de vraag in hoeverre de branche er toe in staat is deze vraag te beantwoorden. Want dat de vraag zal komen staat vast. Dit hoofdstuk levert hier een onderbouwing voor.

4.2.2 Demografie

Op 1 januari 2000 waren er 3,7 miljoen mensen van 55 jaar of ouder in Nederland, dat is circa 23% van de bevolking. Ter vergelijking: in 1970 waren er 2,5 miljoen en in 2030 zullen er, naar verwachting circa 6 miljoen mensen van 55 jaar of ouder zijn. Dit betekent dat het aantal 55-plussers de komende dertig jaar naar verwachting met circa 63% zal stijgen. De komende tien jaar zal met name het aantal 55-tot 64-jarigen flink stijgen. Vanaf het jaar 2000 hebben de eerste babyboomers, die net na de tweedewereldoorlog geboren zijn, de leeftijd van 55 jaar bereikt. Kijken we nog verder, na 2050, dan zal het overgrote deel van deze generatie zijn overleden. Hierdoor zal de verhouding tussen de diverse leeftijdsgroepen weer evenwichtig worden. Dit maakt de vergrijzing tot een tijdelijk verschijnsel (Huisman en Van Wissen 2000).

Tabel 4.1 Bevolkingsopbouw en leeftijdsopbouw 2001-2050:

	0-19 jaar	20-64 jaar	65 +		Grijze druk
	%			Mln.	
2001	24,4	62	13,6	16,0	22,9
2002	24,5	61,9	13,7	16,1	22,1
2010	24,2	61	14,8	16,9	24,3
2020	22,9	58,7	18,4	17,5	31,3
2030	22,4	56,2	21,5	17,8	38,3
2040	22,8	54,3	22,9	18,1	41,3
2050	22,7	55,6	21,6	18,0	38,8

Bron: CBS (2002a, 2003a; berekening grijze druk SR - KIC)

4.2.3 Vergrijzing

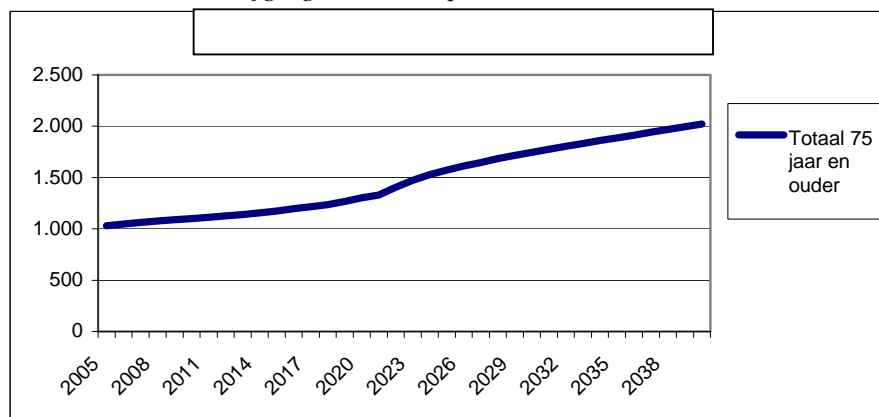
Bij vergrijzing gaat het volgens het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) om de demografische ontwikkeling waarbij het aandeel van ouderen in de totale bevolkingsopbouw toeneemt. Bij ontgroening is er sprake van een demografische ontwikkeling waarbij het aantal jonge mensen in de totale bevolkingsopbouw afneemt. Beide trends vinden op dit moment in Nederland plaats.

De belangrijkste oorzaken zijn:

- De naoorlogse geboortegolf (1946-1965 of 1970) waarvan de eerste inmiddels de 55 jaar gepasseerd zijn.
- De daling van het vruchtbaarheidscijfer (het gem. aantal kinderen per vrouw) van 3,12 in 1960 naar 1,62 in 1990 en 1,71 in 2001 (CBS, 2003)
- De stijging van de leeftijd waarop de vrouw haar eerste kind krijgt
- De toegenomen levensverwachting bij geboorte van ca 40 jaar in 1900 na ca 78 in 2000.

Mede door dit laatste fenomeen neemt zowel het absolute als het relatieve aandeel van personen vanaf 80 jaar onder ouderen toe. Tabel 1 bevat de bevolkingsprognoses tussen nu en 2050> Uit deze cijfers blijkt dat de vergrijzing en de bevolkingsomvang rond 2040 maximaal zullen zijn. Nederland telt dan 18,1 miljoen inwoners, waarvan 22,9% 65 jaar of ouder is. Met andere woorden, volgens de huidige prognoses zullen er in 2040 ca 4,1 miljoen 65 plussers zijn. Uitgaande van de pensioengerechtigde leeftijd van 65 jaar staan dan tegenover elke 100 volwassenen in de leeftijd van 20-64 jaar 41,3 pensioengerechtigden. Ter vergelijking: in 2002 stonden er slechts 22,1 pensioengerechtigde tegenover elke 100 personen tussen de 20 en 64 jaar. Na 2040 neemt de grijze druk snel weer af. Ook de dubbele vergrijzing zal sterk zijn. Anno 2000 was 1,9% van de mannen en 4,4% van de vrouwen 80 jaar of ouder. Rond 2050 zullen deze percentages 6,6% respectievelijk 8,9% bedragen (CBS, 2001). Dit heeft o.a. te maken met het stijgen van de levensverwachting van 75,5 naar 79,1 jaar voor mannen en van 80,6 naar 82,3 jaar voor vrouwen (prognoses voor 2000 en 2040; CBS, 2002a).

Tabel 4.1.1 Sterke stijging aantal 75-plussers



Bron: CBS

4.2.4 Ontgroening

Bij ontgroening is er sprake van een demografische ontwikkeling waarbij het aantal jonge mensen in de totale bevolkingsopbouw afneemt. De sterke groei van het absolute aantal ouderen heeft ook gevolgen voor het percentage ouderen binnen de bevolking. In het jaar 2000 was circa 23% van de Nederlanders 55 jaar of ouder. Dit percentage zal toenemen tot 35% in 2030. Het aandeel 15- tot 64-jarigen, dat is de potentiële beroepsbevolking, zal de komende jaren daarentegen steeds kleiner worden.

4.3 Ouderen en recreatie

“Met elke verbetering op het gebied van gemak win je de senior als klant. Bijvoorbeeld rookvrije bungalows en bungalows voor minder validen. Deze zijn aangepast door onder andere drempels weg te nemen en door het plaatsen van een beugel bij de douche.”

(Commercieel directeur Bas Hoogland van Landal GreenParks in NRC)

“De senior op vakantie wordt steeds veeleisender.”

(J.G. te Haar, commercieel directeur Oad reizen)

Toerisme en recreatie zullen in 10 a 20 jaar de grootste bedrijfstak ter wereld zijn. De drijvende kracht achter de groei van recreatie en toerisme is de vergrijzing. Zo stijgt in Nederland het aantal 50-plussers van 4,9 miljoen in 2000 naar 7,1 miljoen in 2025, een stijging van 45%. Bij de 65-plussers is de stijging nog groter: van 2,1 miljoen in 2000 naar 3,5 miljoen in 2025, een stijging van 66%. Het is niet alleen de omvang van de groep ouderen waardoor de vraag naar toeristische en recreatieve producten zal stijgen.

Ouderen zijn zeer aantrekkelijke en profijtelijke consumenten omdat:

- Ze geld hebben, zowel een redelijk inkomen als een aanzienlijk vrij besteedbaar vermogen
- Ze tijd hebben: recreatie en toerisme zijn daarvoor een prima invulling
- Ze hoger opgeleid zijn dan vroeger; een hoge opleiding wakkert de vraag naar toeristische producten aan
- Ze tot een generatie behoren waarin reizen gewoon is
- Ze gezond zijn; het aantal jaren dat mensen in gezondheid leven neemt toe
- Ze weten dat een actief leven de gezondheid bevordert
- Daar waar lichamelijk gebreken een rol gaan spelen, er steeds betere technologische voorzieningen komen om hiervoor oplossingen te bieden.

In deze subparagraaf wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste cijfers voor vakanties van Nederlandse ouderen en voor vakanties van buitenlandse ouderen in Nederland.

Van alle Nederlanders ging volgens het CVO 81% in 2001 minimaal een keer op vakantie in binnen of buitenland. Deze vakantieparticipatie is de afgelopen decennia sterk gestegen, maar stabiliseert de laatste jaren rond de 80%. Ook de groep Nederlanders in de leeftijd van 50 tot 65 jaar blijkt 80 tot 82% minimaal een keer per jaar op vakantie te gaan.

De vakantieparticipatie onder de 65-plussers ligt beduidend lager: van deze groep ging tweederde (68%) in 2002 op vakantie. Ongeveer de helft van alle Nederlanders en ook van de 50-plussers ging in 2002 in Nederland op vakantie. In de tabel staat een overzicht van de algemene kerncijfers voor vakanties naar leeftijdsgroep in 2001. Uit tabel 11 is op te maken dat 50-plussers in 2001 gezamenlijk ruim 11 miljoen vakanties ondernamen. Dit is circa 35% van de vakanties van alle Nederlanders dat jaar, terwijl deze groep nog geen 32% van de bevolking uitmaakt. Het aantal vakantiedagen voor deze leeftijdsgroep bedroeg in 2001 bijna 99 miljoen en het aantalovernachtingen 87,5 miljoen. 50-plussers gaven in 2001 3,9 miljard euro uit. Dit was 36% van alle uitgaven aan vakanties van Nederlanders dat jaar.

Tabel 4.2 Kerncijfers over vakanties van de Nederlandse bevolking naar leeftijd op macroniveau

Bestemming	Vakan- ties (x1000)	Aandeel vakanties (%)	Participatie (%)	Gemiddelde verblijfsduur (dagen)	Gemiddelde uitgaven (euro p.p.p.d)	Gemiddelde uitgaven (per vakantie)	Totale uitgaven (x mln.euro)
Binnenland							
0-5 jaar	1.508	66,2	68,5	6,48	18,25,-	124,76,-	188,1
6-14 jaar	2.441	65,1	59,3	7,08	14,64,-	103,58,-	252,9
15-18 jaar	505	44	46,3	7,15	23,90,-	170,99,-	86,4
19-24 jaar	615	37	36,3	5,84	24,99,-	145,96,-	89,8
25-29 jaar	758	36,1	45,2	5,17	28,18,-	145,74,-	110,5
30-39 jaar	2.490	51,9	55,4	6,6	20,82,-	137,34,-	342
40-49 jaar	2.877	56,5	50,2	6,62	20,55,-	136,05,-	381,5
50-64 jaar	4.483	57,9	48,4	5,91	18,62,-	110,14,-	493,8
65+	2.054	60,7	41,6	8,12	19,24,-	156,32,-	321,1
Totaal	17.733						2.276,10
Buitenland							
0-5 jaar	770	33,8	50,4	12,57	30,77,-	386,79,-	297,9
6-14 jaar	1.308	34,9	54	12,56	33,36,-	418,88,-	548
15-18 jaar	648	56,4	62,8	11,67	36,61,-	427,08,-	276,8
19-24 jaar	1.047	63	65,3	10,03	60,03,-	602,15,-	630,7
25-29 jaar	1.341	63,9	66,8	10,16	69,39,-	705,07,-	945,4
30-39 jaar	2.311	48,1	58,2	11,09	52,75,-	585,02,-	1.351,90
40-49 jaar	2.213	43,5	59,9	12,2	52,42,-	639,65,-	1.415,60
50-64 jaar	3.261	42,1	62,6	11,7	55,86,-	653,74,-	2.131,50

65+	1.329	39,3	37,8	13,03	55,54,-	723,53,-	961,3
Totaal							8559,1

Bron: Continu Vakantie Onderzoek (CVO) (m.b.v. de Marketingtracker van scanmar)

In tegenstelling tot senioren zijn ouderen het minst reislustig van alle leeftijdsgroepen. Met het toenemen van de leeftijd daalt met name de participatie aan vakanties. Slechts 58,6% van alle ouderen ging in 2001 een of meer keren op vakantie. De vakantiefrequentie van ouderen die wel op vakantie gaan ligt lager dan die van de senioren, maar nog altijd hoger dan het landelijke gemiddelde. Er is bekend dat de vakantieparticipatie van vooral de 75-plussers in de afgelopen jaren sterk is toegenomen. In tabel is te zien dat de toename van de vakantieparticipatie van 75-plussers veel sterker is gestegen dan het gemiddeld van de gehele bevolking; van 27% in 1987 naar 46% tien jaar later, tegen een landelijke stijging van 72% naar 78% in diezelfde periode. Een groot deel heeft betrekking op binnenlandse vakanties (Krolis & Op 't Veld, 1999). Het aantal vakanties van senioren zal hierbij het snelst stijgen. In 2005 werden er ca 3,4 miljoen binnenlandse vakanties van 50-plussers verwacht. Het middelsegment (65 tot 74 jaar groeit het langzaamst (ca 20%) tot 2,1 miljoen vakanties in eigen land. Bij de 75-plussers is de groei 32,5% naar 1,1 miljoen binnenlandse vakanties in 2005. Dit geeft alleen al aan 65-plussers 3,3 miljoen binnenlandse vakanties!

4.4 Interviews met mensen uit de ouderenzorg

‘Het grote probleem is het vinden van geschikte locaties’

Mevrouw M. Lowenthal-van Dijk, Hoofdactiviteiten en Vrijwilligers Vitalis Zorggroep

De Vitalis Zorg Groep Eindhoven vindt haar oorsprong in 1969, in de intramurale sector van verpleeg- en verzorgingshuizen. Tegenwoordig behoort ook thuiszorg tot het dienstenpakket. In 1983 is gestart met activiteiten in de markt voor luxe woonzorg appartementen. De Vitalis Zorg Groep heeft sinds 1990 een formele samenwerkingsrelatie met de wooncorporatie de R.K. Stichting bejaardenhuisvesting Eindhoven. Om hun cliënten optimaal tegemoet te komen, hanteert De Vitalis Zorg Groep het Vitalisconcept; een breed aanbod aan woonvoorzieningen, in combinatie met een compleet pakket aan zorg- en dienstverlening. Perfect afgestemd op de levensstijl, het inkomen en de fysieke gesteldheid van senioren. De Vitalis Zorg Groep in drie stichtingen onderverdeeld, die ieder zorgdragen voor een eigen gebied: Stichting Residentiële woonvormen, de woningcorporatie de R.K. Stichting Bejaardenhuisvesting Eindhoven en De Vitalis Zorg Groep.

Op maandag 20 juni heeft er een gesprek plaatsgevonden met mevrouw Lowenthal van de Vitalis Zorg Groep. Zij is als hoofd welzijn verantwoordelijk voor alle activiteiten en vakanties. Het gesprek vond plaats in verpleeghuis de Weerden in Eindhoven. ‘Mensen leven zo enorm op na hun vakantie’.

Wat is uw instelling voor een instelling?

‘Vitalis heeft als doelstelling het leveren van een optimale bijdrage aan voorzieningen op het gebied van wonen, zorg, verpleging en behandeling. Daarmee bestrijkt zij het gebied van het zorggerichte verpleeghuis tot en met het zelfstandig wonen in appartementen. Als toegevoegde waarde kan gesteld worden dat De Vitalis Zorg Groep ook verpleeghuiszorg aan mensen thuis in verzorgingshuizen en woonzorgcentra levert. Denk hierbij onder meer aan revalidatie van medisch-specialistisch uitbehandelde ouderen, palliatieven zorg, geronto-psychiatrische en psychogeriatrische hulp. Het ambitieniveau is hoog: een individueel zorgplan op maat voor iedere cliënt. Dat houdt onder meer in dat alles in het werk gesteld zal worden om te kunnen beantwoorden aan de vraag van een toenemend aantal bewoners die prijs stelt op een meer luxe woon-/zorgpakket.’

‘Vitalis biedt mensen de mogelijkheid te wonen zoals ze willen wonen. Wij bieden een grote variëteit de prijsklasse varieert van circa €350,- tot €2000,- per maand exclusief service kosten. We bezitten zo’n 600 luxe appartementen waaronder enkele penthouses. Er bestaat een grote vraag naar deze luxe appartementen, de winst die hier wordt gemaakt vloeit terug in de stichting.’

Dus niet langer op instellingsniveau?

‘Nee, we moeten af van het ‘instellingsdenken’. Dat gaat verdwijnen. Je ziet nu al de vervaging tussen het oude verzorgingshuis en het verpleeghuis, mensen kiezen ervoor zo lang mogelijk in de verzorgingshuizen te blijven. Zorg die oorspronkelijk alleen in de verpleeghuissfeer werd geleverd wordt en meer en meer ook in het verzorgingshuis aangeboden. De grenzen vervagen.’

Meer extramurale zorg?

‘De helft van onze bewoners zijn op dit moment al extramuraal. Er komt steeds meer aandacht voor het individu en haar keuzevrijheid.’

Waar bevindt de instelling zich?

‘Hoofdzakelijk in en rond Eindhoven maar ook in Heerlen en Helmond’.

Wat is de omvang?

‘Op dit moment dragen ongeveer 1600 medewerkers en 380 vrijwilligers zorg voor ruim 3500 bewoners.’

Wat is de filosofie van uw instelling?

‘wij zijn een organisatie die cliënten een grote variatie van woonvoorzieningen aanbiedt, met een op hun behoefte, belevingen en verwachtingen afgestemd pakket aan verzorging, verpleging en overige diensten. Wij streven ernaar dat onze voorzieningen bijdragen aan een optimale kwaliteit van het leven van de cliënt. Ons antwoord op een verzoek van een cliënt luidt in beginsel. ‘Ja’. Wij zijn erop uit dat de cliënt onze dienstverlening als ‘topkwaliteit’ ervaart.’

Welke zorgvraag is er en welke mate van zorg wordt er geleverd, en op welke wijze?

‘Thuiszorg leveren wij niet zelf maar wij werken samen met een thuiszorgorganisatie. Vitalis levert in de verpleeghuizen de 24uurs verpleeghulp en de verzorging in de verzorgingshuizen. Mensen hebben daar alarmopvolging en hun eigen huisarts.’

Levert u ook private zorg of werkt u samen met private zorgverleners?

‘Bij het zelfstandig wonen in onze residentie Petruspark biedt Vitalis ook private zorg, men kan zorg inkopen. Dat houdt in dat bij alarmopvolging de eerste 2 minuten publiek zijn en de tijd daarna privaat dus daar moet extra voor betaald worden. Wat we merken is dat mensen hier echt wel geld voor over hebben. Als de basis maar goed is. Daarna kan iedereen dit naar wens opplussen.’

Vastgoedspecialisten zijn op zoek naar nieuwe wegen in vastgoed. Jaren lang heeft de (private) vastgoedwereld zich weinig met de zorgwereld bemoeid. De laatste tijd is er vanuit de vastgoedsector steeds meer aandacht voor de zorg. Dit resulteert onder andere in verscheidene woon-zorg concepten zowel privaat als regulier. Wat vindt u van deze ontwikkeling?

‘Een goede ontwikkeling. De zorgwereld krijgt steeds meer te maken met veroudering van panden. Gebouwen voldoen niet langer. Vastgoedspecialisten kunnen de exploitatie en beheer van gebouwen verbeteren. Vitalis werkt samen met een corporatie en is sterk in de ontwikkeling en exploitatie van nieuwe vastgoedprojecten. Vastgoedkundige kunnen met name wat betekenen voor kleine stichtingen.’

Organiseert uw instelling recreatie en/of vakantie reizen voor bewoners?

‘Vitalis is al 15 jaar actief met het organiseren van bewonersvakanties. Zo heeft Vitalis een eigen touringbus waarmee kan worden gereisd. Het op vakantie gaan wordt door Vitalis als belangrijk middel gezien om mensen weer een stuk levensvreugde te geven, er zijn een aantal

verpleeghuizen die het welzijn afstoten maar Vitalis niet. Bij de vakanties maken we onderscheid tussen de dementerende ouderen en de somatische ouderen. Het is fantastisch om te zien hoe mensen opleven na een vakantie, men geniet van een andere omgeving en de aandacht. Ook bij dementerende ouderen is dit te zien, sommige raken in paniek bij een vreemde omgeving maar de meeste genieten zichtbaar. De vakanties zijn dan ook altijd een hot item binnen de cliëntenraad. De vakanties zijn absoluut in opmars.'

| *Waar heen gaan deze reizen?*

'We organiseren naast vakanties in huisjes ook bootvakanties. Het probleem is altijd het vervoer. Doordat het aanbod zo laag is gaan we vaak naar dezelfde plek terwijl het zo leuk zou zijn eens ergens anders te kijken. Even over het concept, Friesland is voor ons te ver. We gaan in groepen van 18- 25 bewoners. De groepsgrootte hangt af van het aantal huisjes. We zijn altijd op zoek naar nieuwe geschikte locaties voor met name de somatische bewoners.'

Wat is uw mening over de vakantieaccommodaties in Nederland?

'Er zijn er veel te weinig. En veel aangepaste woningen zijn te krap of hebben geen tillift. Echte goede accommodaties zijn zeer schaars. Een goede locatie is de Putse Hoeve in Bergeyk als je meer wil weten over de juiste aanpassingen zou je daar eens moeten gaan kijken.'

Hoe organiseert u de zorg tijdens deze vakanties?

'Op een groep van 20-25 bewoners gaan zo'n 10 begeleiders mee. De zorg verhuist dus als het ware mee.'

Hoe worden de reizen gefinancierd?

'Bij de georganiseerde reizen wordt van de bewoners een eigen bijdrage van €100,- gevraagd. Een deel van de bewoners heeft meer te besteden en deze groep lijkt in de toekomst alleen maar groter te worden. Heel lang hebben we in de gezondheidszorg het gelijkheidsdenken gehad, iedereen heeft recht op dezelfde behandeling ongeacht zijn of haar maatschappelijke positie of inkomen. Het gevolg was zelfs dat de oude directeur van ons verpleeghuis pas mocht mee-eten wanneer hij zich net als een ieder van tevoren had aangemeld. Onzin natuurlijk, het klassensysteem komt ook hier steeds meer. Een goede ontwikkeling vinden wij, waarom mag iemand die zijn leven hard gewekt heeft niet extra genieten van zijn oude dag in een ruimer appartement of een luxer vakantie? De beter gesitueerden gaan nu bijvoorbeeld al liever naar een speciaal zorghotel. Dit zul je in de toekomst alleen maar meer gaan zien. In de maatschappij zijn er klassenverschillen, de een woont in een rijtje de ander in een villa. Dus waarom niet in de zorg en daar aangekoppeld het welzijn en recreatie? Ik heb daar geen problemen mee. Voor mensen met meer financiële mogelijkheden moeten er faciliteiten zijn om te genieten van hun oude dag. De vraag is er wel, nu nog het juiste aanbod.'

Hoe gaat u om met extra personeelskosten?

'De extra personeelskosten worden door Vitalis betaald. De stichting heeft een speciaal budget voor welzijn en vakanties. Een dreigend probleem is dat wanneer de overheid besluit dat de personeelskosten ook uit de A moeten worden betaald. "dat is de bom onder onze vakanties, die nu al veelal op vrijwilligers draaien.'

Wat is uw mening over het samengaan van ouderen en minder validen?

‘Wat ik belangrijk vind is dat mensen niet weer bij elkaar worden gestopt. Niet meer denken op instellingsniveau maar mengen met gewonen mensen. Koppel het aan een bestaand park.’

Welke voorzieningen vindt u belangrijk?

‘Goed sanitair met de juiste aanpassingen, voldoende beddenmogelijkheden, een luxe omgeving met veel kleur en sfeer. Voldoende ondersteunende hulpmiddelen dus zeker een tillift. Voor dementerende een omgeving creëren die veilig is zodat ze niet weg kunnen lopen. Vlakke paden, geen drempels een alarmsysteem en voldoende vierkantenmeters.’

Welke zorg zou u afnemen?

‘De basiszorg neem Vitalis zelf mee. Wat de mensen vervolgens extra willen inkopen is aan de bewoners.’

Een van de locaties die voor het concept ‘Leven en Welzijn’ van ABZV in beeld is het Lauwersmeergebied in Friesland. Hier zou een ontwikkeling van circa 300 aangepaste woningen gebouwd moeten worden. Met activiteiten en vermaak, de insteek is welzijn. Gekoppeld; een absolute zorggarantie. Zou u overwegen gebruik te maken van dit park? ‘Op het moment dat dit in de omgeving van Eindhoven wordt gerealiseerd zeker.’

Heeft u tot slot een advies aan vastgoedspecialisten die zich bezighouden met dit concept?

‘Ik zie zeker toekomst voor een concept als deze, wel is het belangrijk goed na te denken over de doelgroep en de daarbij horende zorg- en infrastructuur. Elke subgroep heeft een andere zorgvraag. Bij dementerende ouderen zou je bijvoorbeeld moeten zorgen voor een voorziening waardoor mensen niet weg kunnen lopen. Dat vraagt om een boel creativiteit om dan toch een aantrekkelijke omgeving te houden. Een oplossing die elders bedacht is is om een hek langs een dierenveldje te bouwen. Dit hek dient zo een dubbel doel, al hoeven de gasten dat niet te weten. Kortom, het is erg belangrijk om onderscheid te maken tussen de verschillende doelgroepen met een zorgbehoefte. Deze kunnen ver uiteenlopen’. De voorzieningen moeten top zijn. Mensen moeten zich even heerlijk kunnen ontspannen en privacy is ook belangrijk. Creëer zulke huisjes dat mensen samen met hun familie iets kunnen eten of een activiteit doen, niet weer dat in groepen denken.’

‘Grote kloof tussen droom en werkelijkheid’

drs H.K. van Leeuwen Algemeen directeur Stichting Opella Ede

Op 1 juli 2002 is Opella ontstaan en daarmee kan zij een breed pakket aan diensten bieden aan cliënten in de regio Ede/Wageningen. De geschiedenis van Opella zelf is nog maar kort maar de zorginstellingen waaruit ze is ontstaan, zijn al vele jaren actief in de regio. Opella heeft een regionale functie en wil vanuit haar, op de protestants-christelijke grondslag gebaseerde, mens- en zorgvisie een vraaggerichte bijdrage leveren aan het welbevinden van mensen met beperkingen. De beperkingen kunnen fysiek, psychisch of sociaal van aard zijn, tijdelijk of blijvend; veelal ten gevolge van, of in combinatie met, verouderingsprocessen. De bijdrage bestaat uit het bieden van de noodzakelijke professionele zorg en uit het maximaal bevorderen en ondersteunen van: de eigen regie en zelfzorg van de cliënt de betrokkenheid en hulp van naasten en vrijwilligers het sociaal en maatschappelijk functioneren. Zo nodig en mogelijk bieden we tevens (bemiddeling naar) dienstverlening, welzijnsfuncties en aangepaste huisvesting. Opella heeft een omzet van €40,- miljoen per jaar en levert 200.000 uur thuiszorg per jaar en de intramurale zorg in verpleeg- en verzorgingshuis.

Op dinsdag 21 juni heeft er in Ede een gesprek plaatsgevonden met de heer van Leeuwen, algemeen directeur van stichting Opella; ‘vastgoedmarkt overschat de zorgmarkt.’

Organiseert uw instelling recreatie en/of vakantie reizen voor bewoners?

‘Stichting Opella organiseert zelf geen vakanties, mensen gaan wel identiek op vakantie. Maar dit is op eigen initiatief. Mensen gaan naar locaties in de buurt vanwege de korte reisafstand. Een directe behoefte aan door Opella georganiseerde vakanties zien wij niet. Voor vakanties is ook geen geld beschikbaar.’

Op de vraag of ouderen niet, net als ieder mens, behoefte hebben aan ontspanning en vakantie zegt de heer van Leeuwen;

‘Dat geloof ik niet, je kunt die behoeftes niet doortrekken. Zodra mensen afhankelijk worden van zorg en de mobiliteit afneemt accepteren mensen een kleine wereld. Of daarin plaats een vakantie in een luxueus vakantiepark zou ik niet durven zeggen. Een onderzoek naar de werkelijke vraag zou daar een antwoord op moeten geven. Enquêtes onder bewoners.’

Na wonen met zorg wordt door ABZV uit Amsterdam nu de stap gezet naar recreatie met zorg. ABZV is door een exploitant benaderd een concept uit te werken gericht op verblijfsrecreatie met zorg. Zowel de woningen als de activiteiten zijn gericht op ouderen en/of minder validen. Wat vindt u van deze ontwikkeling?

‘Het uitstellen van de zorg is specifiek voor deze doelgroep. De vastgoedwereld heeft daarin ook de zorgwoningen overschat. Woningen die speciaal het label ‘zorgwoning’ meekregen bleven bijvoorbeeld hier in Ede onverkocht. Terwijl de andere woningen binnen no-time waren verkocht. Een signaal dat je niet mag negeren. Echt zorggerelateerde concepten zijn maar voor een selecte groep. Er bestaat een grote kloof tussen droom en werkelijkheid.’

Heeft u een advies aan vastgoedspecialisten die zich bezighouden met dit concept?

‘Een ‘zorgthema’ werpt een enorme drempel op. Immers mensen stellen hun afhankelijkheid zo lang mogelijk uit. Ik zou adviseren het meer een algemeen park te maken. Zorgrecreatie is een noodzaak. Zolang je zelf nog mobiel bent zal de keuze niet snel vallen op een park met aangepaste woningen. Op zorg wordt nooit geanticipeerd mensen leven in de veronderstelling ‘dat overkomt mij niet’. De klanten die op een zorgpark afkomen zijn die mensen die geen andere keuze hebben. Die dit als enige manier zien om nog op vakantie te gaan. Wil je werkelijk weten wat er speelt dan moet je het de mensen in de verpleeghuizen zelf vragen.’ Over de behoeftes die leven onder veel ouderen zegt de heer van Leeuwen dat aandacht geven enorm belangrijk is. ‘Mensen genieten van de aandacht, dat mensen de tijd nemen voor je. Het haar wordt even uitgebreid gedaan, de nagels worden gelakt. Dat zijn kleine dingen waar mensen van genieten, 1 op 1 begeleiding. Mensen zoeken naar intimiteit en veiligheid. Als dit zou moeten vertalen naar het concept; veilige intieme omgeving, intensieve begeleiding. Een beautycentrum, dynamiek, fun en ontspanning, iets waar je vrolijk van wordt.’

‘Onderschat niet de psychologie van de veroudering. Naarmate mensen ouder worden verkleint hun wereld. Dat is inherent aan het ouder worden. Dit uit zich het meest direct in de mobiliteit, de mensen worden steeds minder mobiel. Vervoer naar het vakantieadres is dan veelal een belemmering. Ik vraag me af of dit zal aanslaan. Moeilijk, ik zou het niet weten.’

‘Vakantie moet meer zijn dan de verplaatsing van het verpleeghuis’

Mevrouw Morssinkhof Manager Welzijn Solis Zorg Groep

Op dinsdag 5 juli heeft er een gesprek plaatsgevonden met mevrouw Morssinkhof van de Zolis Zorg Groep in Deventer. Mevrouw Morssinkhof is al vele jaren actief in de werksoort Welzijn Ouderen. Zij heeft gewerkt bij stichting welzijn ouderen in Eindhoven en daar actief geweest met het opzetten van educatieprogramma's voor ouderen. Verder is zij directeur welzijn ouderen geweest in Oosterhout, Hengelo en Borne. Sinds enkele maanden is zij manager welzijn bij de Zorggroep Solis en bezig met het welzijn van ouderen binnen deze intramurale stichting.

Wat is uw instelling voor een instelling?

‘Hoewel Solis in 2001 uit een fusie van diverse zorgorganisaties is ontstaan dragen wij, ondanks oorlogen, epidemieën en economische tegenslagen, sinds 1267 in Deventer verantwoordelijkheid voor de zorg aan bewoners van Deventer. Solis is derhalve primair een Deventer not-for-profit zorgorganisatie met de volgende missie: wij bieden de betere zorg, diensten en woonfuncties aan met name ouderen in de regio Deventer en omstreken aan, zodat zij hun leven aangenaam, zinvol en betaalbaar kunnen continueren en hun welbevinden versterkt wordt. Al het handelen van Solis is gericht op het realiseren van onze missie. Onze medewerkers zijn daarbij zowel gezamenlijk als individueel verantwoordelijk en aanspreekbaar op hun toegevoegde waarde bij de realisatie van de missie.’

Welke mate van zorg wordt er geleverd?

‘Solis heeft 4 woonzorgcomplexen en 1 verpleeghuis. Solis heeft zelf geen thuiszorg, Solis heeft zorgsteunpunten in ontwikkeling maar nog niet in gebruik. De zorgarrangementen die Solis biedt worden zo veel mogelijk op maat gesneden. In overleg tussen CIZ, huisarts en maatschappelijk werk zoeken wij naar de best mogelijke oplossing voor de individuele situatie van een cliënt. Dat gebeurt in samenwerking met collega-zorgorganisaties. Soms is verpleeghuisopname nodig, maar veel mensen geven de voorkeur aan zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Afhankelijk van de behoefte aan zorg en dienstverlening worden diensten ingezet als, dagbehandeling, dagverzorging, thuiszorg, verzorgingshuis enzovoort. Het pakket zorgarrangementen bestaat op dit moment uit: verzorgingshuis (of Woon- en zorgcentrum) Verpleeghuis Revalidatie (in het verpleeghuis) Aanleunwoningen Consultatie Wisselbed Vakantieopname Nachtzorg Intensieve dagzorg Kortdurende opname Dagverzorging (verzorgingshuis) Dagbehandeling (verpleeghuis) Ergotherapie thuis Polikliniek Fysiotherapie Orthopedie project.’

Wat is uw filosofie?

‘Mijn persoonlijke visie is het bevorderen van het op maat werken maar deze individuele insteek is erg moeilijk, de zorg is nog veelal georganiseerd op basis van het groepsdenken. Het eten, de activiteiten en de vakantie. In het begin wordt er gevraagd wat je graag op je brood wil, kies je kaas dan loop je de kans 2 jaar lang kaas op je brood te krijgen.’

Organiseert Solis recreatie en of vakantie-reizen voor bewoners?

‘Solis organiseert zelf bewonersvakanties en begeleidt ook bewoners bij georganiseerde reizen.’

Met hoeveel personen wordt er gereisd?

‘Er wordt 1 a 2 keer per jaar per afdeling een vakantie georganiseerd er wordt dan gereisd met groepen van ongeveer 6 bewoners en 4 begeleiders.’

Dit jaar is er ook een bootreis georganiseerd. Er zijn 50 verpleeghuisbewoners mee geweest. De bewoners hebben deze reis met een 8 gewaardeerd.

Hoe lang gaat u op vakantie?

‘Vijf tot zeven dagen. De ervaring leert dat zeven dagen wel het maximum is wanneer je spreekt over verpleeghuisbewoners. Het is erg vermoeiend.’

Wat is uw mening over de vakantie accommodaties in Nederland?

‘Een jaar van tevoren moet worden gereserveerd omdat goede aangepaste accommodaties heel snel vol zitten. Het aanbod is beperkt is en bij veel huisjes schieten de voorzieningen tekort, de ruimtes zijn te klein of er is geen tillift aanwezig. Het beperkte aantal goede accommodaties geeft een enorme keuzebeperking. Het is al fijn wanneer je een geschikte locatie kunt vinden. In Waalre zit een hele goede daar gaan we graag naar terug. Alles is zo aangepast dat het voor de verplegers prettig werken is.’

Hoe wordt de reis gefinancierd?

‘Voor een reis van zeven dagen vragen wij een eigen bijdrage van €360,- dit is inclusief de zorg. Voor mensen die moeite hebben met dit bedrag kunnen een beroep doen op onze stichting ‘vrienden’. De zorg reist mee met de bewoners. Het vraagt wel wat van de verpleging die enkele dagen intensief bezig zijn met de groep. Het is intensief maar leuk om te doen en je ziet de mensen opknappen.’

Hoe organiseert u de zorg tijdens deze vakantie?

‘We nemen zelf de zorg mee. Medicijnen gaan mee. Mensen gaan naar de verpleeghuisarts voor een indicatie en die verleent toestemming om een reis te maken. Alle disciplines van ergotherapie tot de tandarts krijgen te horen welke bewoners op vakantie gaan. Alles in overleg met de zorgcoördinator. De eigen verzorgers gaan mee en stellen het draaiboek samen waarin precies staat wat er mee moet aan verpleegkundig materiaal. Eigen verpleging mee heeft als voordeel dat het vertrouwd is voor de bewoners en dat de verzorgers de mensen en hun problematiek kennen.’

Levert u ook private zorg?

‘Voor zover ik weet wordt er geen private zorg geleverd. Wel begeleiden we de mensen wanneer ze bijvoorbeeld een dagje na een beautycentrum willen, dat kan altijd.’

Aan welke activiteiten doet u mee?

‘Vaak kijken we ter plekke wat we gaan doen. De keuze is aan de bewoners en dat is erg divers. Van een huifkartocht tot een dagje shoppen en van een picknick tot een bezoek aan

een museum. We kiezen voor een individuele insteek. Uiteindelijk gaat het erom dat je de mensen een stuk extra aandacht geeft.'

Morssinkhof: 'wanneer je na een vakantie of bootreis aan mensen vraagt wat ze nu zo fijn vonden zeggen ze nooit dat het zo fijn was dat ze gewassen werden of dat het bed netjes werd verschoond. Nee, de aandacht is belangrijk. Medewerkers nemen de tijd voor je en verwennen je. Een belangrijke competentie, mensen verwennen, het is ook iets om in gedachten te houden bij het aannemen van personeel wat straks gaat werken op het park.'

Na wonen met zorg wordt door ABZV uit Amsterdam nu de stap gezet naar recreatie met zorg. Het concept richt zich op ouderen, minder validen en hun familie. Met activiteiten en vermaak. Gekoppeld; een absolute zorggarantie. Positief?

'Zeker. We juichen elk initiatief wat het leven van de oudere aangenaam maakt toe. Het concept is volgens mij ook ideaal voor de mantelzorgers. Het is voor de wederhelft vaak een intensieve taak om hun partner te verzorgen. Voor hen is het ook prettig eens in een andere omgeving te zijn en daar wat te kunnen ontspannen omdat de zorg wordt geregeld. Ideaal!'

Wat vindt u van het samengaan van verschillende groepen?

'In het kader van het welzijn wordt veel mensen onrecht aangedaan. In deze maatschappij zijn er verschillende leefstijlen maar die verdwijnen plotseling op het moment dat mensen zorg nodig hebben, dan is iedereen gelijk. Dit leidt tot pijnlijke situaties. Welzijn moet zo georganiseerd zijn dat het kwaliteit op maat levert, voor iedereen' Het is voor vitale ouderen vaak erg confronterend om te zien hoe hun gezondheid enkele jaren kan zijn. Wil je het echt weten wat ouderen willen zul je het hen zelf moeten vragen.'

Welke voorzieningen vindt u belangrijk?

'Maak het concept zo dat het voor alle mensen aantrekkelijk is. Het voorzieningen niveau is daarbij erg belangrijk. Een goed restaurant waar mensen uitgebreid a la carte kunnen eten. Het eten moet gewoon puik zijn. Besteed veel aandacht aan sfeer. Wanneer je het park inrijdt als je blijft niet het idee krijgen een zorgpark binnen te rijden maar een plek waar het fijn vertoeven is. Bouwkundig; zorg ervoor dat de hal ruim is dat een bed makkelijk in de kamer kan rijden dat er een plaats is voor rollator en rolstoel (niet in het zicht) dat er een tillift is en geen drempels.'

Heeft u een advies aan vastgoedspecialisten die zich bezighouden met dit concept?

'De aandacht moet zich richten op sfeer, eigen regie, eigen keuze en persoonlijke aandacht. Niet op de zorg. Je kunt de interesse die mensen in hun leven hebben gewoon doortrekken. Dat houdt niet op op het moment dat ze ouder zijn. Mensen die vroeger graag tennis speelde die genieten er nu van om er naar te kijken. Sluit dus zeker geen dingen bij voorhand uit bij conceptontwikkeling. In het onderzoek van het NIZW *innovatie welzijn ouderen* wordt gezegd dat de dagen vervuld moeten worden en niet gevuld. Mooi hè?'

'Het is nog steeds zo dat het aantal vrouwen binnen de ouderengroep oververtegenwoordigd zijn, dat wordt minder maar zal zeker de komende 20-25 jaar nog het geval zijn. Hoe richten die hun laatste jaren in? Vrouwen vragen om een vrouwvriendelijk en veilig park. Een andere aandachtsgroep zijn de alleenstaanden en alleengaanden, mensen die alleen komen te staan

vragen denk ik meer om een hotelachtige variant met de juiste voorzieningen. Misschien zou je het, meer een familiepark moeten maken waarbij opa en oma (met zorg) met kinderen en kleinkinderen een huisje kunnen krijgen. Een concept waarbij mensen hun onderlinge relaties kunnen behouden. Iemand met een zorgvraag samen met zijn of haar mantelzorger in een huisje. Privacy en veiligheid door zorg op oproep.'

'Vraag je goed af op wie je je richt. Wat is de doelgroep? Is het concept ook leuk genoeg voor niet-zieken en verplegers? En wat erg belangrijk is personeel met kennis. Mensen moeten met ouderen kunnen werken en hun dat stukje extra aandacht geven. Het liefst een maatje met wie je ook diepgaande gesprekken kunt hebben en niet alleen een functioneel maatje.'

Zou u op de hoogte gehouden willen worden?

'Ja zeker. Wanneer het concept gerealiseerd wordt komt het zeker bij ons uitbureau te liggen. Het lijkt me leuk mijn expertise in te brengen. Het idee van een focusgroepsdiscussie spreekt mij wel aan.'

‘Zorg is fun!’

De heer J.B.A. Lettink Lid raad van bestuur Zorggroep Noorderbreedte

Zorggroep Noorderbreedte (ZNB) levert ziekenhuiszorg en ouderenzorg aan inwoners van Friesland. Tot de Zorggroep behoren het Medisch Centrum Leeuwarden, twaalf centra voor ouderenzorg en zorg- en behandelcentrum De Batting. Het verlenen van zorg gebeurt binnen de muren van deze instellingen, maar steeds vaker ook daarbuiten. Om een zo breed en gevarieerd mogelijk zorgpakket te kunnen leveren, werkt Zorggroep Noorderbreedte samen met zorgpartners en zorgverzekeraars binnen en buiten Friesland. Bij het bieden van zorg, begeleiding en ondersteuning nemen de medewerkers van Zorggroep Noorderbreedte de vraag van de cliënt, patiënt of bewoner als uitgangspunt. Om zo goed mogelijk aan die vraag tegemoet te kunnen komen, organiseren zij hun dienstverlening rond de zorgvrager. Meestal in een multidisciplinaire aanpak samen met andere aanbieders in de zorgketen. Steeds vaker ontstaan samenwerkingsverbanden met partners buiten de zorg, zoals met woningstichtingen en welzijnsorganisaties. Met ongeveer 5.000 medewerkers is Zorggroep Noorderbreedte één van de grootste zorgaanbieders van Nederland.

De heer Lettink is lid van de raad van bestuur van Zorggroep Noorderbreedte. Zorggroep Noorderbreedte is betrokken bij het project van Leven en Welzijn in het Lauwersmeergebied. Woensdag 13 juli is er in het ziekenhuis in Leeuwarden gesproken met de Lettink over de zorg van nu en de toekomst en de combinatie van recreatie en zorg: ‘wijs mensen op hun mogelijkheden. Dat een handicap geen belemmering hoeft te zijn omdat zorg belemmeringen wegneemt en plezier geeft. Zorg verbetert immers het leven’.

Wat is uw instelling voor een instelling?

‘Zorggroep Noorderbreedte wil de medewerker in staat stellen en uitdagen zijn of haar werk zo goed mogelijk te doen. De komende jaren vindt in de ouderenzorg de ombouw plaats van grootschalige intramurale zorg naar kleinschalig zorg en wonen in dorpen en stadswijken. Ouderenzorg ontwikkelt zich steeds meer tot serviceorganisatie met een fijnmazig aanbod van huisvesting, welzijn, service en zorg voor ouderen met een AWBZ-indicatie, maar ook voor 55- plussers.’

Welke zorgvraag is er en welke mate van zorg wordt er geleverd, en op welke wijze?

‘Hoe de zorg ook wordt georganiseerd. Thuis of in een instelling. Het moet aansluiten bij de behoefte en het moet exploitabel zijn. Hierdoor ontstaat er een verschuiving van publiek naar privaat. Puur omdat bepaalde zorgvragen publiek niet betaalbaar zijn.’

Over de hedendaagse zorgvraag zegt de heer Lettink:

‘Met zorg is het zo dat mensen niet afvragen wat heb ik precies nodig om mijn leven wat te veraangename maar mensen kijken eerst wat ze vergoed krijgen. Niet wat heb ik nodig? Maar; wat krijg ik vergoed. Dat is vreemd. Wanneer mensen een nieuwe fiets nodig hebben koopt men gelijk een nieuwe fiets zonder aarzelen. Echter wanneer men een rolstoel of rollator nodig heeft gaat men uitpluizen of de verzekering het vergoed met als resultaat dat iedereen zo’n blauwe rollator heeft terwijl het misschien veel leuker is om een rode te

hebben, bij wijze van. Zorg is ook fun zeg ik altijd. Zorg zorgt ervoor dat dingen weer mogelijk zijn. Het zorgt ervoor dat het leven weer kwaliteit krijgt. Zorg is fun!’

Na wonen met zorg wordt door ABECO Zorg Vastgoed uit Amsterdam nu de stap gezet naar recreatie met zorg. U bent ook betrokken bij dit project. Is Nederland klaar voor een concept als deze?

‘Er vindt steeds meer een verschuiving plaats van intramuraal naar extramuraal. Men stelt de afhankelijkheid van zorg zo lang mogelijk uit. Mensen proberen zo lang mogelijk thuis te blijven wonen en actief te blijven. Een concept zoals deze past daar precies in.’

Een aantal mensen die ik heb gesproken gaf aan het Lauwersmeergebied ‘afgelegen’ te vinden. Men vreesde een te lange afstand naar ziekenhuis. Wat vindt u van deze opmerking?

‘Heel Nederland is voldoende bereikbaar voor ambulances. Dus ook het Lauwersmeergebied. Vanuit Leeuwarden komen de hulpdiensten en die afstand eis niet te groot.’

Hoe gaat u zorg organiseren binnen het vakantiepark?

‘Binnen het park komt een allround team die de zorg levert die in de basisvoorziening zit. Maar ook de extra faciliteiten die niet ten laste van de basisverzekering komen. Duidelijk dient zijn wat er onder de collectieve verzekering valt en wat niet. En waar is men bereid is voor te betalen?. Het zorgsteunpunt zal deels publieke zorg leveren en gedeeltelijk private zorg.’

Ook private zorg?

‘Jazeker. Maar mensen zijn hiervoor nog weinig bereid. Er valt wat dat betreft nog een wereld te winnen.’

Wat is uw mening over het samengaan van ouderen en minder validen?

‘Ouderen en gehandicapten gaan niet samen je zult dus moeten differentiëren. Instellingen denken nog veel vanuit de groepsgedachte. Mensen gaan dan weer in groepen op vakantie terwijl mensen ook prima alleen op vakantie gaan.’

Er lijkt soms veel te winnen bij verbetering van de logistiek. Zo wordt bij een instelling als MediNova iemand die een behandeling heeft gehad direct uitbesteed aan een zorghotel waar een bed minder kost en het ziekenhuisbed enkel worden gebruikt voor de directe behandelingen. I

‘Op het gebied van logistiek is wel een en ander te verbeteren of te bezuinigen. Een vakantiepark als revalidatiecentrum of plek voor nazorg...mwah. Wat wel gebeurd is dat wanneer mensen uit het verpleeghuis op vakantie gaan komt er hier een bed vrij waar dan gedurende een bepaalde periode iemand logeert die een mantelzorger dan wat rust geeft om hen de zorg uit handen te nemen. Er komt een plek vrij door een vakantie, deze plek wordt opgevuld met een tijdelijke logeeropname. De thuissituatie is voor sommige echt droevig... het mes snijdt dan aan twee zijden.’

Een van de locaties die voor het concept 'Leven en Welzijn' van ABZV in beeld is het Lauwersmeergebied in Friesland. Hier zou een ontwikkeling van circa 350 aangepaste woningen gebouwd moeten worden. Met activiteiten en vermaak, de insteek is welzijn. Gekoppeld; een absolute zorggarantie waar uw organisatie verantwoordelijk voor wordt. Hoe ziet u de exploitatie en kostenverdeling tussen eigenaar (verhuurder) en zorgaanbieder? 'Dit park vraagt om extra investeringen. Een punt daarboven is wat wordt betaald uit de collectieve huurprijs en waar moeten mensen extra voor betalen. Denk aan het voorbeeld van het kinderbedje. In een aantal huisjes zit een kinderbedje. Moet je deze extra huren of zit er in elke huursom een bedrag verdisconteert van de kinderbedjes. Zo gaat het ook bij de aanpassingen in Lauwersmeer. Wat zit er in de standaardprijs? En wat zijn mensen bereid extra te betalen voor collectieve voorzieningen waarvan ze zelf geen gebruik maken? In het extreemste geval huurt een zorginstelling alleen de accommodatie en heeft daarbij toegang tot alle faciliteiten. De speciale recreatieve voorzieningen, tilliften, bedden, dialyseapparatuur enzovoort. Wat zit er in de collectieve zorg en wat niet? Wie draagt de zorg over de voorzieningen, is dat de Zorggroep of de verhuurorganisatie? Daar moet je goed over praten en duidelijke afspraken maken.'

Heeft u een advies aan vastgoedspecialisten die zich bezighouden met zorgconcepten? 'Je moet redeneren vanuit de behoefte van de mensen, zonder teveel solidariteit. Zorg moet niet langer als belemmering worden gezien maar als een kans want dat is het toch? De kans op een aangenaam leven? De situatie omdraaien. Zorg niet als belemmering maar zorg als fun!'

4.5 Mensen met een beperking

Nederland heeft circa 500.000 inwoners met ernstige lichamelijke beperkingen (exclusief de tehuisbevolking) en ruim 1 miljoen met matige beperkingen. Daarnaast zijn er ruim 100.000 mensen met een verstandelijke beperking (De Klerk 2000: 54).

Het inkomen van personen met beperkingen is over het algemeen lager dan dat van anderen. Dit geldt zeker als mensen van een basisuitkering rond moeten komen, zoals de meeste personen met een verstandelijke handicap. Vaak hebben mensen met beperkingen daarnaast nog te maken met ziektegerelateerde kosten. Degenen met beperkingen nemen ook minder vaak deel aan allerlei vrijetijdsactiviteiten. Vaak is men te moe of is er teveel pijn om dingen te ondernemen, maar ook de inflexibiliteit van het aangepast vervoer en de slechte toegankelijkheid van openbare gebouwen speelt een rol. Personen met een verstandelijke handicap hebben bovendien vaak een heel klein sociaal netwerk: zij zijn afhankelijk van familie of begeleiders van een woonvoorziening als zij samen met iemand anders iets in hun vrije tijd willen ondernemen. Naar verwachting neemt het aantal mensen met ernstige verstandelijke beperkingen de komende tien jaar met 2% à 3% toe (De Klerk 2000: 45, Kommer et al. 1999). Door een toenemende levensverwachting vergrijsst de groep gehandicapten. Ook het aantal lichamenlijk gehandicapten zal volgens verwachting nog verder toenemen (De Klerk 2000: 26).

Gehandicapten vormen de tweede primaire doelgroep voor vakantieparken met zorg

4.5.1 Omvang van de doelgroepen

In de *Rapportage gehandicapten 2000 van het CPB* is uitgebreid onderzocht hoe groot de verschillende doelgroepen zijn. Veel gegevens komen uit deze studie. Daarnaast wordt aandacht besteed aan een recente studie van Van Schrojenstein Lantman-de Valk et al. 2002 over het aantal mensen met een verstandelijke handicap. Eén van de conclusies uit de *Rapportage gehandicapten 2000* is dat het aantal mensen met beperkingen niet eenduidig is vast te stellen. Men is bij onderzoek naar de prevalentie van beperkingen sterk afhankelijk van de gekozen onderzoeksmethode (bijvoorbeeld huisartsregistraties of surveyonderzoek onder de bevolking). Daarnaast kunnen gehanteerde definities en meetinstrumenten leiden tot verschillen in schattingen van het voorkomen van bepaalde aandoeningen of (ernstige) beperkingen. Bij het vaststellen van het aantal mensen met verstandelijke handicaps geldt bovendien dat de prevalentie van lichte handicaps ook wordt beïnvloed door de visie in de maatschappij: afhankelijk van de eisen die de maatschappij stelt, zullen mensen meer of minder een beroep doen op speciale voorzieningen (zoals het speciaal onderwijs), waardoor de schatting van het aantal mensen met een verstandelijke handicap (die vaak gebaseerd is op onderzoek onder gebruikers van voorzieningen) kan variëren in de tijd.

Tabel 4.5 Aantal mensen met een lichamelijke beperking

Aard beperking	Aantal
Licht verstandelijk (2002)	49.700
Ernstig verstandelijk (2002)	53.600
Ernstig lichamelijk (2002)	512.000
Visueel (2000)	158.000
Auditief (2000)	29.000
Spraak (2000)	71.000

Bron: ministerie van VWS.

4.5.2 Aantal mensen met een lichamelijke beperking

In de Rapportage gehandicapten wordt een indicator voor lichamelijke beperkingen gehanteerd, waarbij rekening wordt gehouden met de aard van de handelingen die mensen al dan niet kunnen verrichten. Sommige handelingen tellen hierbij zwaarder mee bij het vaststellen van ernstige beperkingen dan andere handelingen. De indicator kent vier categorieën: geen, lichte, matige en ernstige beperkingen. Op basis van deze indicator zijn er in Nederland ruim 500.000 zelfstandig wonende (niet in een instelling verblijvende) mensen met een ernstige lichamelijke beperking en bijna 1 miljoen met een matige beperking. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de prevalentie van lichamelijke beperkingen naar leeftijd en geslacht.

Tabel 4.6 Ernst van de lichamelijke beperkingen, bij personen van 6 jaar en ouder (exclusief instituutbevolking), naar leeftijdscategorie en geslacht, 1 januari 2001 (in procenten en absolute aantallen x 1.000)

	Leeftijd	Leeftijd	Leeftijd	Man	Vrouw	Totaal
	6 tot 19	20 tot 64	65+			
Geen beperkingen (%)	91,4	80,4	39,9	80,7	72,3	76,5
Wel beperkingen (%)	8,6	19,6	60,1	19,3	27,7	23,5
Waarvan licht	6,5	12,8	23,8	11,8	14,9	13,3
Waarvan matig	2,1	5	20,6	5,4	8	6,7
Waarvan ernstig	X	1,8	15,7	2,1	4,8	3,5
Aantal mensen met lichte beperking*	176	1.267	480	857	1.095	1.945
Aantal mensen met matige beperking	54	495	415	392	589	980
Aantal mensen met ernstige beperking	X	178	316	152	354	512

x Omdat jeugdigen maar zelden lichamelijke beperkingen hebben zijn hier de matige en ernstige beperkingen hier samen genomen.

* x 1000

(Bron: De Klerk 2002)

Het aandeel mensen met lichamelijke beperkingen is groter naarmate mensen ouder zijn. Bovendien hebben vrouwen vaker lichamelijke beperkingen dan mannen, ook als rekening wordt gehouden met leeftijdsverschillen. Op basis van demografische voorspellingen ten aanzien van de toekomstige vergrijzing van de bevolking kan worden verwacht dat het aantal mensen met lichamelijke beperkingen de komende jaren zal toenemen.

4.5.3 Aantal mensen met een chronische ziekte

Ook bij de schatting van het aantal chronisch zieken in Nederland is het van groot belang wat men onder een chronische ziekte verstaat. Zo worden bijvoorbeeld slechthorendheid of het hebben van een verstandelijke beperking soms als een chronische ziekte beschouwd. Op deze manier kan de schatting van het aantal chronisch zieken in Nederland variëren van 1,5 miljoen (10%) tot 4,5 miljoen (30%) Nederlanders (Stoelinga et al. 1996: 12 in rapportage gehandicapten).

Het Nivel gaat in het *Brancherapport chronisch zieken* uit van 1,5 miljoen Nederlanders met een chronische aandoening (Straten et al. 1998: 1 in rapportage gehandicapten), waarbij slechthorendheid en verstandelijke beperkingen niet als een chronische ziekte zijn opgevat. Dit aantal wordt vaak overgenomen in andere studies. In rapportage gehandicapten 2002 van het CPB wordt bij de beschrijving van mensen met een chronische ziekte soms uitgegaan van zelfrapportages (bevolkingsonderzoek waarbij aan personen wordt gevraagd in hoeverre ze een chronische aandoening hebben, zonder dat zeker is dat een arts dit heeft vastgesteld). In dit soort onderzoek geeft 29,5% van de respondenten aan dat zij één of meer somatische ziekten hebben die vaak langdurig zijn. Dit zou betekenen dat 3,7 miljoen mensen een chronische aandoening hebben. Ter bepaling van het aantal mensen met een chronische ziekte vormen deze cijfers een overschatting: lang niet iedereen met een ziekte die vaak chronisch is, heeft deze ziekte langdurig en is ongeneeslijk ziek. Bovendien is van aandoeningen aan de luchtwegen, gewrichtsaandoeningen en migraine bekend dat deze vaker worden gemeld in een gezondheidsenquête dan in huisartsenregistraties (Okkes en Lamberts 1997).

Vrouwen hebben vaker een chronische aandoening dan mannen. Naarmate mensen ouder worden, neemt niet alleen het percentage chronisch zieken toe, maar stijgt ook de mate waarin personen aan meerdere ziekten lijden, de comorbiditeit. Het lijkt dan ook, gezien de vergrijzing van de bevolking, waarschijnlijk dat het aantal personen met een chronische ziekte de komende jaren zal toenemen. Tussen het hebben van lichamelijke beperkingen en chronische ziekten bestaat een sterke samenhang. Zo heeft van de mensen met matige of ernstige beperkingen ruim 85% een chronische ziekte en van de mensen zonder beperkingen ongeveer 18%. Vaak is deze ziekte ook de oorzaak van de beperking, al spelen ook andere factoren, zoals leeftijd, geslacht, huishoudensvorm of sociaal-economische status een rol. Zo hebben 75-plussers of laag opgeleiden meer kans op een lichamelijke beperking dan mensen die jonger of hoogopgeleid zijn, ook als rekening wordt gehouden met de aanwezigheid van een chronische ziekte. Dat mensen met een lichamelijke beperking vaak een chronische ziekte hebben, betekent niet dat chronisch zieken ook altijd een lichamelijke beperking ondervinden: circa 55% (De Klerk 2000) tot 67% (Rijken et al. 2001) van de mensen met een

chronische ziekte heeft geen lichamelijke beperkingen. Ziekten als een beroerte, gewrichtsslijtage of rugaandoeningen lijden vaak tot beperkingen, terwijl ziekten aan de gal, lever of nieren bijvoorbeeld minder invaliderend zijn.

Tabel 4.7 aantal mensen met een chronische ziekte

	6- 19 jaar			20- 64 jaar		
	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
Geen 'chronische' ziekte (%)	83,9	84,1	84	73	63,5	68,2
Wel 'chronische' ziekte (%)	16,1	15,9	16	27	36,5	30,8
wv 1 ziekte	14,1	13,3	13,7	20,5	24,6	22,6
wv 2 ziekten	2,0	2,7	2,3	4,5	7,8	6,2
wv 3 ziekten				2	4	3
Met 'chronische' ziekte (x1000)	224,0	211	434	1.354	1.783	3.049
	>65			Totaal		
	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
Geen 'chronische' ziekte (%)	49,2	40,2	44,4	73,5	66,5	69,9
Wel 'chronische' ziekte (%)	50,8	59,8	55,6	26,5	33,5	30,1
wv 1 ziekte	30,1	30	30,1	19,9	22,2	21,1
wv 2 ziekten	12,8	15,5	14,3	4,5	7,1	5,8
wv 3 ziekten	7,8	14,2	11,3	2	4,2	3,1
Met 'chronische' ziekte (x1000)	436	693	1.121	1.924	2.468	4.403

Bron de Klerk 2002

4.5.4 Aantal mensen met een verstandelijke handicap

Lange tijd waren de gegevens over het aantal mensen met verstandelijke beperkingen in Nederland gebaseerd op het onderzoek van Maas et al. (1988). Op basis van dit onderzoek, de veranderende leeftijdsopbouw van de bevolking en gegevens over de sterfte in wooninstellingen voor gehandicapten wordt geschat dat er in Nederland circa 103.000 verstandelijk gehandicapten zijn, waarvan ruim 53.000 met een ernstige verstandelijke beperking. Meer mannen dan vrouwen hebben een verstandelijke handicap. Er zijn weinig ouderen met een verstandelijke handicap, doordat deze mensen over het algemeen een lage levensverwachting hebben. In de *Rapportage gehandicapten 2000* werd geconcludeerd dat niet verwacht wordt dat er in de nabije toekomst grote veranderingen in de incidentie van verstandelijke beperkingen zullen optreden. Wel zal de prevalentie van verstandelijke beperkingen toenemen als gevolg van demografische ontwikkelingen (de Nederlandse bevolking neemt in omvang toe) en de verbeterde levensverwachting van deze mensen: degenen met een verstandelijke beperking zullen de komende jaren gemiddeld steeds ouder worden. Onlangs heeft de Universiteit van Maastricht een nieuw onderzoek verricht naar de prevalentie van verstandelijke beperkingen. Zij komen op basis van een onderzoek in de

provincie Limburg tot de conclusie dat er circa 111.000 mensen met een verstandelijke handicap in Nederland zijn (Van Schrojenstein Lantman-De Valk et al. 2002).

Intramuraal

Verreweg de meeste personen met een lichamelijke beperking wonen zelfstandig en niet in een intra- of semi-murale woonvoorziening. Dit geldt zeker voor de bevolking jonger dan 65 jaar. Circa 60% van de 80.000 volwassenen met een verstandelijke handicap woont in een gezinsvervangend tehuis of in een algemene instelling voor verstandelijk gehandicapten. Degenen die zelfstandig of bij ouders wonen, hebben over het algemeen minder ernstige verstandelijke handicaps, minder fysieke problemen en minder gedragsproblemen dan degenen die intramuraal wonen: de tehuispopulatie heeft over het algemeen toch te kampen met ernstige problemen. In Nederland is er (net als elders) een streven om meer mensen met verstandelijke beperkingen (met begeleiding) zelfstandig te laten wonen. Het zijn vooral degenen met lichte verstandelijke of lichamelijke beperkingen die daarvoor het eerst in aanmerking komen. (CPB)

Tabel 4.8 geschatte aantal personen met verstandelijke beperkingen, inclusief tehuisbevolking, naar ernst van de beperkingen, leeftijdscategorie en geslacht, 1 januari 2001 (in absolute aantallen, afgerond op honderdtallen)

	Lichte beperkingen			Ernstige beperkingen			Totaal
	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal	
4- 9 jaar	2.700	2.300	5.000	3.500	2.500	6.000	11.000
10- 19 jaar	8.100	4.800	12.900	4.800	3.500	8.300	21.200
20- 29 jaar	6.700	4.700	11.400	4.700	3.200	7.900	19.300
30- 39 jaar	5.000	4.100	9.100	6.100	5.000	11.100	20.200
40- 49 jaar	3.600	2.000	5.600	5.200	5.000	10.200	15.800
50- 59 jaar	2.500	1.200	3.700	3.400	2.500	5.900	9.600
60- 64 jaar	600	200	800	800	700	1.500	2.300
> 65 jaar	700	300	1.100	1.200	1.400	2.600	3.700
Totaal	31.100	19.600	49.700	29.700	23.900	53.600	103.300

Bron:CPB

4.5.5 Totaal

Het aantal mensen met lichamelijke beperkingen, chronische ziekten of verstandelijke handicaps is moeilijk vast te stellen, omdat definities, meetmethoden en operationalisaties kunnen verschillen. In dit rapport wordt verondersteld dat er in Nederland:

- ruim 500.000 zelfstandig wonende mensen met ernstige lichamelijke beperkingen zijn, bijna 1 miljoen met matige en bijna 2 miljoen met lichte lichamelijke beperkingen.
- 1,5 miljoen mensen met een chronische ziekte zijn, waarbij bijvoorbeeld slechthorendheid

- en een verstandelijke beperking niet als chronische ziekte zijn opgevat.
- circa 103.000 tot 111.000 personen met een verstandelijke handicap zijn, waarvan ongeveer de helft ondersteund woont. Doordat er sprake is van overlap tussen deze groepen (chronische ziekten vormen vaak de oorzaak van de lichamelijke beperkingen en personen met een verstandelijke handicap kunnen ook een chronische ziekte hebben), kunnen deze aantallen niet bij elkaar worden opgeteld.

(Rapportage gehandicapten 2002)

4.6 Financiële spankracht

Personen met een lichamelijke beperking

Mensen met ernstige beperkingen hadden in 1999 een aanzienlijk lager bruto inkomen dan degenen zonder beperkingen. De verschillen tussen deze groepen zijn in de jaren negentig ongeveer gelijk gebleven. De oorzaak van het verschil is dat degenen met ernstige beperkingen veel vaker van een uitkering afhankelijk zijn. Het is vooral het al dan niet werken en het lagere opleidingsniveau van mensen met beperkingen dat de inkomensverschillen verklaart.

Over het algemeen wordt de welvaart van een huishouden niet afgemeten aan de bruto persoonsinkomens, maar aan de netto huishoudensinkomens. De zo gemeten welvaart van mensen met beperkingen blijkt lager dan die van anderen en ook dit verschil is in de jaren negentig ongeveer even groot gebleven. Mensen met beperkingen hebben relatief vaak een zogenoemd 'laag' inkomen (19%, terwijl dit in de algemene bevolking 13% is). Dit leidt dikwijls tot 'sociale deprivatie': bijna een kwart van degenen met beperkingen geeft aan onvoldoende inkomen te hebben om deel te nemen aan sociale activiteiten of om mensen te eten te vragen of om uit te gaan. Dit is des te schrijnender omdat ze veelal niet werken en dus ook de sociale contacten die met werken gepaard gaan ontberen. De kans op vereenzaming is bij hen groot. Behalve de inkomsten verschillen ook de uitgaven van mensen met beperkingen in negatieve zin van die van anderen. Dat komt door zogenoemde ziektegerelateerde kosten, zoals de zelf te dragen kosten van woningaanpassingen of de eigen bijdrage voor de thuiszorg. Deze kosten kunnen bij specifieke groepen aanzienlijk oplopen. Uit eerder onderzoek bleek dat personen met een lichamelijke beperking er tussen 1991 en 1999 financieel op achteruit zijn gegaan doordat de mogelijkheden om deze kosten te compenseren verminderden, bijvoorbeeld door de invoering van de wvg en door veranderingen in de Ziekenfondswet (Otter en Homan 1999).

Personen met een verstandelijke handicap

Uit het pvh-onderzoek wordt duidelijk dat vrijwel alle verstandelijk gehandicapten van een gering inkomen moeten rondkomen. Degenen die niet werken, ontvangen meestal een minimumuitkering (Wajong). Degenen die werken, doen dit over het algemeen in een sociale werkvoorziening. Ook hun inkomens zijn over het algemeen laag. De meeste mensen met een verstandelijke handicap die zelfstandig wonen, hebben weinig geld. Ook bij deze groep zal dan vaak sprake zijn van zogenoemde sociale deprivatie. Het wonen in de wijk leidt weliswaar tot meer autonomie en zelfstandigheid, maar brengt ook het gevaar van armoede met zich mee. Mogelijk zijn mensen in een woonvoorziening financieel gezien beter af, omdat

ze daar allerlei activiteiten via de AWBZ verstrekt krijgen, die zelfstandig wonenden uit eigen middelen moeten betalen.

4.7 Vrijtijdsbesteding van personen met een beperking

Vrijtijdsbesteding van personen met een lichamelijke beperking

Personen met lichamelijke beperkingen besteden een geringer deel van hun vrije tijd aan sociale contacten of uitgaan dan anderen. De gegevens maken niet direct duidelijk of zij hierdoor ook eenzamer zijn en of zij meer behoefte aan sociale contacten buiten het eigen gezin hebben. Inzicht in de netwerken van mensen met beperkingen ontbreekt: richten zij zich vooral op huisgenoten? Zijn zij vaker alleen? Deze groep lijkt extra kwetsbaar te zijn, omdat deze mensen vaak niet gemakkelijk de deur uitkomen. Hierbij speelt hun eigen lichamelijke conditie een rol (men voelt zich te moe) alsmede de eerder genoemde slechte financiële positie, maar ook het feit dat niet altijd de juiste vervoersfaciliteiten aanwezig zijn en dat gebouwen niet altijd voldoende toegankelijk zijn. Mensen geven zelf aan dat zij, doordat zij beperkingen kregen, niet alleen minder actief werden in hun vrije tijd, maar dat zij die activiteiten beter moeten plannen. Hierbij zal het vervoer zeker een belangrijke rol spelen. Veel mensen met matige of ernstige beperkingen hebben geen eigen auto. Het openbaar vervoer is vaak geen optie.

Vrijtijdsbesteding van personen met een verstandelijke beperking

Zelfstandig wonende personen met een verstandelijke handicap blijken in hun vrije tijd nauwelijks deel te nemen aan openbare sociale activiteiten. Zo is bijvoorbeeld maar een zeer klein aandeel lid van een reguliere vrijetijdsvereniging. De meeste mensen die vrijetijdsactiviteiten via een vereniging hebben (ongeveer de helft van de thuis wonende personen met een verstandelijke handicap), zijn lid van een vereniging die speciaal gericht is op verstandelijk gehandicapten. Ook andere vormen van vrijetijdsbesteding, zoals het bezoek aan een bioscoop, beoefenen de meeste verstandelijk gehandicapten die hieraan deelnemen zelden met niet gehandicapte vrienden. De belangrijkste metgezel voor thuis wondende is de familie en voor degenen in een woonvoorziening de begeleider van die voorziening. Van sociale integratie lijkt vrijwel geen sprake te zijn. Een gebrek aan mensen om iets mee te ondernemen vormt voor de meeste personen met een verstandelijke handicap de belangrijkste reden om niet vaker uit te gaan, terwijl een derde hier behoefte aan blijkt te hebben. Ook een gebrek aan financiën vormt een belemmering om vaker uit te gaan.

4.7.1 Non-participatie

In het onderzoek ‘lichamelijk beperkten en vakantie’ van Monique Egas (1995) van de hogeschool voor toerisme en recreatie is onderzocht wat de redenen zijn achter de non-participatie van gehandicapten aan vakantie. Van de 294 respondenten zijn er 76 niet op vakantie geweest in 1993. Hiervan geeft 66% (50) mensen aan dat dit geheel of gedeeltelijk met de lichamelijke beperking te maken heeft. Van de overige 26 geven er negen aan dat de oorzaak in de slechte financiële situatie te vinden is. Wanneer we veronderstellen dat deze slechte financiële situatie mede het gevolg is van de lichamelijke beperking, is de lichamelijke beperking indirect bij hen ook de oorzaak van het niet op vakantie gaan. Hiermee zou het niet

op vakantie gaan voor 78% van de non-participanten geheel of gedeeltelijk door de lichamelijke beperking veroorzaakt worden (Egas, 1995).

Tabel 4.9 Oorzaken non-participatie lichamelijke beperkten,

Oorzaken i.v. beperking		Andere oorzaken
Aangepaste accommodatie te duur	1	Eigen financiële situatie te slecht
Vervoer naar bestemming te duur	2	Prijzen vakantiebestemmingen te hoog
Aangepaste accommodatie niet te vinden	3	Familie-omstandigheden
Vervoer niet mogelijk	4	Studie, werk, eigen bedrijf
Vervoer op bestemming te duur	5	Verhuizing
Vermaak te duur	6	hou niet van vakantie
Vermaak niet mogelijk	7	
Slechte informatie	8	
Vervoer op bestemming niet mogelijk	9	
Slecht gevoel	10	

Bron: Monique Egas

4.7.2 Voorkeuren

Van de binnenlandse vakantiegangers geeft 13% in dit onderzoek aan niet in de gewenste accommodatievorm op vakantie te zijn geweest. De meest gewenste accommodatievorm zijn het hotel en het vakantiehuisje. Geld blijkt de voornaamste reden te zijn waarom men niet in de gewenste accommodatie op vakantie is geweest.

4.8 Interviews met mensen uit de gehandicaptenzorg

‘Het charitatieve paradigma ligt achter ons’

Mevrouw M.E. Loot- Heldeweg Directeur regio De Lathmer Zozijn

Zozijn is een vraaggestuurde organisatie die, aanvullend op het netwerk van cliënten, op professionele wijze ondersteuning biedt aan mensen met een beperking. De ondersteuning vindt plaats met respect voor persoon en privacy en op basis van de vraag die onze individuele cliënt ons stelt. De supportvraag is voor elke cliënt vastgelegd in een persoonlijk ondersteuningsplan, dat de basis vormt voor de dienstverlening. Op de website van Zozijn staat; ‘mensen met een beperking zijn volwaardige burgers. Zij hebben dezelfde rechten als anderen. Dat lijkt vanzelfsprekend, maar dat is het niet. Want veel van die rechten zijn voor mensen met een beperking geen gemeengoed. Zoals het recht op passend werk, het recht op privacy en een eigen woonplek en het recht op ontwikkeling. Zozijn ondersteunt mensen met een beperking bij het gebruik maken van die rechten en het nakomen van hun plichten. Iedereen moet daartoe de kans krijgen, ongeacht de ernst of aard van de beperking. Mensen (met een beperking) hebben het recht zich binnen hun eigen mogelijkheden zoveel als mogelijk te ontwikkelen’.

Op woensdag 6 juni heeft er op het hoofdkantoor van Zozijn in Zutphen een gesprek plaatsgevonden met mevrouw Loot- Heldeweg. Zij is als directeur verantwoordelijk voor de regio de Lathmer in Wilp. ‘Wanneer je werkt met deze doelgroep moet daar een intentie achterzitten van het willen bijdragen aan een volwaardig burgerschap van gehandicapten. Louter commercie is onvoldoende’.

Wat is uw instelling voor een instelling?

‘Zozijn is een professionele dienstverlener, die kinderen en volwassenen met beperkingen ondersteunt om te komen tot maximale zelfontplooiing en regie over hun eigen leven. Onze doelgroep is alle mensen met een verstandelijke beperking en een niet aangeboren hersenletsel. Ons werk varieert van een volledige overname van de zorg tot het bijstaan van mensen met een lichte handicap.’

Waar bevindt de instelling zich?

‘Het werkgebied van Zozijn ligt in Gelderland en Overijssel.’

Wat is de omvang?

‘Zozijn heeft ongeveer 2500 werknemers waarvan een groot aantal flexkrachten. Het aantal cliënten die 7x 24-uurs zorg ontvangen bedraagt ongeveer 1000 waarvan circa 600 intramuraal. Daarnaast wordt aan circa 1000 cliënten extramuraal dienstverlening geboden. Het aanbod aan extramuraal cliënten varieert van totale verzorging tot een uurtje huishulp in de week.’

Wat is de filosofie van uw instelling?

De site van Zozijn vermeldt de visie van Zozijn: ‘mensen met een beperking zijn volwaardige burgers. Zij hebben dezelfde rechten als anderen. Dat lijkt vanzelfsprekend, maar dat is het

niet. Want veel van die rechten zijn voor mensen met een beperking geen gemeengoed. Zoals het recht op passend werk, het recht op privacy en een eigen woonplek en het recht op ontwikkeling. Zo zijn ondersteunt mensen met een beperking bij het gebruik maken van die rechten en het nakomen van hun plichten. Iedereen moet daartoe de kans krijgen, ongeacht de ernst of aard van de beperking. Mensen (met een beperking) hebben het recht zich binnen hun eigen mogelijkheden zoveel als mogelijk te ontwikkelen. Zo zijn vindt het belangrijk om voor iedereen gemakkelijk toegankelijk en bereikbaar te zijn, niet alleen fysiek (bijvoorbeeld door ons Zorgloket), maar ook in onze dienstverlening. Goede service aan onze cliënten vinden wij een must. Verder gaan we uit van:

- een respectvolle bejegening van cliënten en hun omgeving én van medewerkers;
- de regie bij het individu laten;
- voorwaarden scheppen voor keuzemogelijkheden

Welke zorgvraag is er en welke mate van zorg wordt er geleverd, en op welke wijze?

‘Normaal waar mogelijk en speciaal waar nodig’ is een belangrijk motto van Zo zijn. De dienst Zorg Expertise richt zich voornamelijk op het ‘speciaal waar nodig’. Daar waar een vraag ontstaat op het gebied van specifieke begeleiding dan wel behandeling worden medewerkers van Zorg Expertise ingeschakeld. Zorg Expertise is een verzameling van verschillende medische, paramedische, pedagogische en gedragswetenschappelijke disciplines ondergebracht in verschillende vakgroepen. De medewerkers van Zorg Expertise beschikken over deskundigheid en ruime ervaring op het gebied van (ontwikkeling)stoornissen, beperkingen, handicaps en ziektebeelden. Daarnaast is er veel kennis en kunde op het gebied van pedagogische processen, preventie en (moeilijk verstaanbaar) gedrag. De dienst verzorgt ook cursussen. De mogelijkheden van de cliënt en het systeem zijn leidend voor de dienstverlening van Zorg Expertise. Zorg Expertise heeft zich op diverse gebieden gedifferentieerd, zoals stoornissen in het autistisch spectrum, omgaan met moeilijk verstaanbaar gedrag, seksueel overschrijdend gedrag, Totale communicatie, NAH, enzovoorts. Ze levert dan ook de best mogelijke begeleiding/ behandeling op basis van actuele kennis.’

Levert u ook private zorg of werkt u samen met private zorgverleners?

‘Private zorg kan wel. Bijvoorbeeld iemand die om wat voor een reden ook geen indicatie heeft voor een AWBZ bijdrage kan bij ons privaat zorg inkopen. Bijvoorbeeld voor wat extra ondersteuning met wassen of aankleden. Dit komt niet veel voor. Private zorg aan cliënten is lange tijd niet aan de orde geweest maar komt heel langzaam op. De tweedeling die bestaat in de maatschappij tussen mensen die wat meer te besteden hebben en mensen die wat minder te besteden hebben komt ook meer in de zorg. Extra private zorg is iets waar we zeker op insteken’.

Hoe ziet u de taak van het vastgoedbeheer binnen uw organisatie?

‘We zijn eigenaar van veel grond, waaronder een landgoed, en zitten daarmee op goud. Het intramurale onroerend goed van de instelling is ook in bezit. We bezitten zelf niet het extramurale onroerend goed en doen ook geen ontwikkeling. Zo zijn is een zorgaanbieder. Projecten van ontwikkelaars zijn veelal te prijzig – de maximale stichtingskosten zijn te hoog - we werken dus veel samen met woningbouwcorporaties.’

Organiseert uw instelling recreatie en/of vakantie-reizen voor bewoners?

‘Ja, onze overtuiging is dat cliënten gebaat zijn bij vakantie. Waren we vroeger heel aanbodgericht tegenwoordig zijn we veel meer vraaggericht. We laten het aan de bewoners over wat ze graag willen. Het buitenland wordt iets populairder. We hebben een coördinator vrije tijd in dienst die de cliënten begeleidt bij hun keuzes. Maar er zijn ook cliënten die het zelf regelen. Die geven zich via gespecialiseerde reisorganisaties op voor een aangepaste vakantie. Wat ook voorkomt is dat begeleiders samen met de ouders een vakantieplan maken. Zo zijn er ook groepsvakanties. Deze reizen zijn vaak voor de mensen met een complexere handicap.’

Welke frequentie?

‘Voorlopig gaan we uit van 1 ‘echte’ vakantie per jaar. En meestal niet meer dan 1 week.’

Met hoeveel personen?

‘We reizen veelal in groepen, de grootte hangt af van de zorgvraag, daarbij is het reizen per groep goedkoper. De samenstelling van de groep varieert. Sommige groepen zijn homogeen, mensen met een zelfde zorgbehoefte, maar sommige groepen zijn ook heterogeen zolang men elkaar niet negatief versterkt.’

Wat is uw mening over de vakantieaccommodaties in Nederland?

‘Het aanbod is vrij redelijk alleen hebben we te maken met een beperkt segment. Vaak is het een bestaand bungalowpark met een aantal aangepaste huisjes. Regelmatig vraag je je af of deze mensen niet zien dat het zoveel beter kan. Waarom altijd in een bos? Waarom altijd op de hei? Ik heb nou nog nooit gehoord van een leuk themapark voor minder validen. Een muziekkamp of zo! Nee, het aanbod is er wel, maar schraal.’

Hoe organiseert u de zorg tijdens deze vakanties?

‘De verpleging en/of begeleiding reist mee met de vakanties die we zelf organiseren. Basiszorg is er altijd. Op het moment dat cliënten weg zijn reist de zorg die normaal in de instelling wordt gegeven met ze mee. Veel van onze cliënten hebben cliëntspecifieke zorgvragen die je niet eenvoudig kunt overdragen. Denk aan mensen met gedragsproblemen of epilepsie.’

Hoe worden de zorg gefinancierd?

‘Cliënten met een wajong uitkering hebben vanuit de AWBZ geen recht op een budget voor VrijeTijds bestedingen. Sommige cliënten en/of hun verwanten betalen een bijdrage uit eigen middelen maar dat kunnen, en willen, we niet afdwingen. Maar er blijven cliënten die het niet kunnen betalen. Er wordt altijd wel geprobeerd iedereen mee te krijgen bijvoorbeeld uit bepaalde fondsen maar dat lukt niet altijd. Leidt tot pijnlijke situaties maar zo is de maatschappij nu eenmaal. Een tweedeling, dat moet je accepteren wanneer je dit werk doet. Je kunt het leed van de wereld niet op je schouders nemen.’

Wordt er ook een persoonlijke bijdrage gevraagd?

‘Ja, dit kan oplopen tot maximaal €700,- per persoon maar gemiddeld ligt dit tussen de €400,- en €450,- afhankelijk van noodzakelijke extra begeleiding.’

Wat is uw mening over het samengaan van ouderen en minder validen?

‘Niet. Een deel van onze cliënten zijn mensen met een niet aangeboren hersenletsel. Mensen die als gevolg van een ernstig ongeval een hersenbeschadiging hebben opgelopen. Deze groep wordt steeds groter door stijging van het aantal verkeersslachtoffers. Dit is een aparte doelgroep die het heel moeilijk vindt zijn of haar handicap te accepteren. Zij willen niet geconfronteerd worden met hun handicap. Ouderen voelen zich niet gehandicapt. Zij zullen zo lang als mogelijk blijven zeggen; “ik heb geen handicap”. En willen dus niet in één adem genoemd worden met gehandicapten. Veel onderzoeken richten zich op ouderen en minder validen terwijl deze doelgroepen totaal verschillen, behalve in het feit dat ze veelal dezelfde voorzieningen nodig hebben. Je kunt wel dezelfde voorzieningen creëren maar je kunt deze groepen niet als 1 zien. Je zult vanuit verschillende doelgroepen moeten denken. Andere doelgroep, ander segment. Niet over één kam scheren.

Welke voorzieningen vindt u belangrijk?

‘Wanneer je dit segment bereikt heb je een enorme doelgroep. Maar dan moet je ze iets bijzonders bieden. Niet uitgaan van de beperking maar van een kans. Mensen haken af omdat ze denken dat ze het niet kunnen. Maar laat mensen zien dat jullie in staat zijn de mensen iets te doen beleven. Bungeejumpen in je rolstoel!’

Een van de locaties die voor het concept ‘Leven en Welzijn’ van ABZV in beeld is het Lauwersmeergebied in Friesland. Hier zou een ontwikkeling van circa 300 aangepaste woningen gebouwd moeten worden. Met activiteiten en vermaak, de insteek is welzijn. Gekoppeld; een absolute zorggarantie. Hebt u een advies aan vastgoedspecialisten die zich bezighouden met de zorg?

‘De wil om maatschappelijk te ondernemen. De wil om iets toe te voegen aan het leven van ouderen en minder validen. Wanneer je werkt met deze doelgroep moet daar een intentie achterzitten van het willen bijdragen aan een volwaardig burgerschap van gehandicapten. Louter commercie is onvoldoende. Iemand die het alleen doet voor het commerciële belang, daar prikken we zo doorheen. In deze branche wordt meer gevraagd. Ik heb helemaal niets tegen een commerciële benadering, integendeel het charitatieve paradigma ligt wel achter ons. Dus alsjeblieft geen josti-band of Henny Huisman met zijn tranentrekkers maar een serieuze benadering. Wat erg belangrijk is, is hoe je je profileert. Leg je de nadruk op de zorg dan haken veel mensen af. Richt je je op ouderen dan haken mensen met een handicap af, in ieder geval mensen met een niet aangeboren hersenletsel. Mensen met een handicap zien vaak bedreigingen; ‘dat kan ik niet’. Zonder nadruk te leggen op beperkingen zou je mensen moeten laten zien wat ze wel kunnen. Dit vraagt om een goed uitgedachte marketingstrategie. En verder: probeer je te onderscheiden.’

‘Onze cliënten willen niet vergeleken worden met verstandelijk gehandicapten of ouderen’

Mevrouw S. Keunen projectmedewerker Amstelrade Amstelveen

Amstelrade is een organisatie voor mensen vanaf 18 jaar met een lichamelijke of meervoudige handicap of met niet aangeboren hersenletsel. Op donderdag 23 juni heeft er een gesprek plaatsgevonden met mevrouw Keunen, projectmedewerker van stichting Amstelrade in Amstelveen. ‘Zorg is de basis, het moet niet je leven beheersen’.

Amstelrade biedt arrangementen en adviezen voor wonen, zorg, diensten en activiteiten. Op een aantal locaties in de regio Amsterdam wordt woongelegenheid geboden met 24-uurs zorg op afroep en afspraak. Vanuit een zorgsteunpunt levert Amstelrade deze persoonlijke verzorging en verpleging bij onder andere het aan- en uitkleden, douchen, toiletgang, eten en drinken. Gespecialiseerde medewerkers bieden hulp bij ademhalingsondersteuning. De aangepaste woningen zijn rolstoelgeschikt en maken deel uit van de woonwijk Vanuit het expertisecentrum wordt op alle locaties en in de woonwijken paramedische dienstverlening geboden door ervaren fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en adaptatietechnici. Daarnaast kunnen cliënten gebruik maken van de dagbesteding binnen het activiteitencentrum. De ambulante woonbegeleiding biedt ondersteuning bij het behouden en leren voeren van de regie over het eigen leven. Amstelrade is oorspronkelijk een intramurale voorziening die volledig zal extramuraliseren (2004-2009) in diverse variaties van wonen. Wij bedienen in totaal 800 cliënten.

Wat is het regionale verzorgingsgebied?

‘Op een aantal locaties in de regio Amsterdam wordt woongelegenheid geboden met 24-uurs zorg op afroep en afspraak en extramurale diensten’. Ook cliënten uit andere regio’s kunnen voor deze projecten in aanmerking komen. Voor het tijdelijk verblijf geldt een landelijke functie.’

Organiseert uw instelling recreatie en/of vakantie reizen voor bewoners?

‘Amstelrade organiseert zelf geen vakanties. Wel begeleidt zij haar bewoners in het uitzoeken en regelen van de vakantie. Mensen sparen hier zelf voor en worden vrijgelaten in de keuze. Wanneer cliënten niet op vakantie willen maar hun geld anders willen besteden is dat hun keuze. Amstelrade vindt het niet verantwoordelijkheid iedereen verplicht jaarlijks met vakantie te laten gaan. De keuzevrijheid van cliënten staat voorop. Amstelrade bemiddelt tussen cliënt en reisorganisatie van aangepaste vakanties. Omdat alle cliënten gebonden zijn aan een rolstoel is het aantal organisaties waarmee men kan reizen beperkt, de ervaring leert dat je je vroeg moet aanmelden, sommige reizen werken zelfs met wachtlijsten.’

Amstelrade biedt zelf ook mogelijkheden voor tijdelijk verblijf aan in Amstelveen. Op de website zeggen zij hierover; vanwege persoonlijke omstandigheden kan het nodig zijn tijdelijk gebruik te maken van de woonmogelijkheden van Amstelrade. Dit aanbod geldt ook voor cliënten met niet aangeboren hersenletsel. De cliënt krijgt een eigen woonruimte en kan gebruik maken van de zorg, diensten en activiteiten van Amstelrade te Amstelveen.

Er zijn diverse redenen waarom iemand tijdelijk wil verblijven:

- thuis kan tijdelijk niet voldoende zorg worden geboden
- verlichting van de mantelzorg
- de cliënt wil er even tussen uit
- gebruik maken van de specifieke deskundigheid van Amstelrade
- terugkeer naar huis is nog niet mogelijk
- de eigen woning moet nog worden aangepast
 - herstel na ziekenhuisopname
- training na verblijf in een revalidatiecentrum

Met hoeveel personen wordt er gereisd?

‘Mensen willen en gaan individueel op vakantie veelal met groepsvakanties. Zij willen niet met dezelfde groep op vakantie als met wie zij het gehele jaar al samen wonen. Maar de gebondenheid aan een rolstoel dwingt vaak wel tot groepsvakanties met gespecialiseerde zorg.’

Hoe worden de vakantie en de zorg gefinancierd?

‘De eigen bijdrage AWBZ binnen Amstelrade is gebaseerd op het inkomen. Daarbij zijn aangepaste vakanties duur met name voor mensen met een ernstige handicap. Denkend aan jullie concept zal dit voornamelijk zijn voor cliënten met rijkere ouders of een spaarcentje. Huurniveaus van meer dan €300,- per week zijn voor deze doelgroep veel te hoog. Een ander punt; de kosten voor voorzieningen, zoals tilliften, domotica, aangepaste keukens en sanitair, bij mensen met een zware lichamelijke handicap zijn zeer hoog, iets om zeker rekening mee te houden.’ Ook heeft eenieder zijn eigen aanpassingen nodig. Commercieel denken vanuit deze specifieke groep is moeilijk. Er is voldoende markt alleen de financiële mogelijkheden van een grote groep is beperkt. Mensen leven van een uitkering en hebben vaak slechts wat zak- en kleedgeld. Er bestaan voor deze doelgroep wel fondsen voor een financiële bijdrage.’

Hoe organiseert u de zorg tijdens deze vakanties?

‘In de prijs van de reizen zit indirect de kosten van de zorg. Men betaalt zelf de personele kosten van de zorg die in de totale reissom is meegerekend. De algemene kosten lopen voor Amstelrade tijdens de afwezigheid gewoon door. Elke doelgroep heeft een andere zorgvraag wat varieert van huishoudelijke hulp tot zeer gespecialiseerde zorg. Om een goed beeld te hebben zou van elke doelgroep een indicatie gemaakt moeten worden. Een belangrijk afwegingspunt is daarbij hoe ver wil je gaan? Aan welke zorgbehoefte kun je als concept voldoen? Gespecialiseerde zorg is kostbaar en kennis van verschillende doelgroepen en ziektebeelden is vereist.’

Wat is uw mening over het samengaan van ouderen en minder validen?

‘Mensen met een lichamelijke handicap willen niet vergeleken worden met verstandelijk gehandicapten of ouderen. Met name voor mensen die na een ernstig ongeval gehandicapt zijn geraakt (niet aangeboren hersenletsel) kan dit confronterend zijn. Onze cliënten zijn allemaal lichamelijk gehandicapt met veelal een ontwikkelingsachterstand. Zij willen niet vergeleken worden met verstandelijk gehandicapten of ouderen. Zij staan midden in de maatschappij en hebben een toekomst voor zich.’

Na wonen met zorg wordt door ABZV uit Amsterdam nu de stap gezet naar recreatie met zorg. ABZV is door een exploitant benaderd een concept uit te werken gericht op verblijfsrecreatie met zorg. Zowel de woningen als de activiteiten zijn gericht op ouderen en/of minder validen. Positief?

‘Ik geloof best in dit soort concepten, alleen overschat niet de middelen van instellingen. Deze zijn beperkt. Het wordt iets voor mensen individueel. Mensen die meer te besteden hebben krijgen de mogelijkheid wat luxueuzer op vakantie te gaan. Zo gaat het ook in de maatschappij. Het vergroot de keuzemogelijkheid en vanuit die gedachte kan ik het alleen maar steunen. De folder komt in onze vakantiemap. Ik blijf graag op de hoogte van de ontwikkelingen en wil mijn kennis waar mogelijk inbrengen.’

Stelt u eisen aan de juiste locatie?

‘De gespecialiseerde zorg is een groter probleem dan de accommodaties. Denk daarbij aan voorbehouden dagelijkse handelingen die alleen speciaal opgeleide medewerkers mogen doen (bijvoorbeeld bij cliënten met ademhalingsondersteuning). Wil je iedereen de kans bieden op een verzorgde vakantie dan moet er een uitgebreid aanbod van gespecialiseerde zorg zijn. Ik denk daarbij aan een 24-uurs zorgsteunpunt gekoppeld aan een woonwijk of instelling.’ Verder dienen accommodaties (huisjes en gebied er omheen) toegankelijk te zijn en voorzieningen zoals winkels.

Zou u overwegen gebruik te maken van een zorg park?

‘Het zou zeker in de map met vakanties komen. En we zullen cliënten waar mogelijk begeleiden met het reserveren.’

Heeft u tot slot een advies aan vastgoedspecialisten die zich bezighouden met dit concept?

‘Richt je in de PR op een gewoon recreatiepark waar de mogelijkheid bestaat in een aangepaste woning te verblijven. Koppel het aan een bestaand park. Mensen moeten en willen midden in de maatschappij staan. Niet afgezonderd worden in speciale voorzieningen of parken voor “gehandicapten”. Extramuraliseren ook in de recreatie. Pas er voor op om mensen weer af te zonderen. Zorg is een basis voor kwaliteit van leven het moet je leven niet gaan beheersen. Recreatie kan bijdragen aan de kwaliteit van leven’

‘Toegankelijk, Bruikbaar, Bereikbaar’

Jeroen Vijftigschild, teamleider Vakanties Vereniging De Zonnebloem

De Nationale Vereniging de Zonnebloem zet zich in voor mensen met lichamelijke beperkingen door ziekte, handicap of leeftijd. Het gaat dan vooral om mensen voor wie persoonlijk contact en deelname aan het maatschappelijk leven niet vanzelfsprekend zijn. De 38.000 vrijwilligers verdeeld over 1300 plaatselijke afdelingen bij de Zonnebloem bieden samen dat wat in de maatschappij steeds minder geboden wordt: aandacht. In totaal leggen de vrijwilligers een miljoen huisbezoeken per jaar af. Gezelschap en een goed gesprek staan bij deze ontmoetingen centraal. De Zonnebloem organiseert ook excursies en evenementen. Zo gaan zieken en lichamelijke gehandicapten bijvoorbeeld regelmatig naar een pretpark, de dierentuin of naar een belangrijke voetbalwedstrijd. De Zonnebloem is daarnaast ook de grootste aanbieder van vakanties voor ernstig zieke en lichamelijke gehandicapte mensen. De activiteiten van de Zonnebloem en met name de persoonlijke aandacht en begeleiding voorzien, zo stellen zij, in een sterk groeiende behoefte in de samenleving. Meer dan 552.000 mensen zijn ondersteunend lid van de Zonnebloem.

Op maandag 27 juni vond er in Breda een gesprek plaats met de heer Vijftigschild. De heer Vijftigschild is als teamleider Vakanties onder andere verantwoordelijk voor alle vakantie bestemmingen en inkoop van accommodaties; ‘wat je ook opzet in de gehandicaptenwereld, er zal altijd afzet zijn’.

Wat is uw instelling voor een instelling?

‘De Zonnebloem is de grootste vrijwilligersorganisatie van Nederland. Wij zijn een charitatieve organisatie die leeft van de giften van anderen. Wij zijn een vereniging en mensen betalen contributie. De Zonnebloem heeft in totaal 650.000 betalende leden en ontvangt daarnaast inkomsten uit loterijen. Wij zetten ons in voor mensen met lichamelijke beperkingen door ziekte, leeftijd of handicap. Mensen voor wie persoonlijk contact en deelneming aan de maatschappij niet vanzelfsprekend zijn.’

Wat is de doelgroep?

‘De doelgroep van vereniging de zonnebloem zijn alle mensen die door ziekte, handicap of gevorderde leeftijd lichamelijke beperkingen hebben en voor wie als gevolg daarvan sociaal isolement dreigt. Mensen die zich bij ons melden zijn afhankelijk van verpleging, mensen die zelfredzaam zijn regelen het zelf wel. Zolang mensen zelfredzaam zijn geven zij zich niet op voor een vakantie van de Zonnebloem en zijn daarmee ook geen doelgroep. De groep die zorgafhankelijk is wordt kleiner maar de zorgvraag wordt veel complexer. De precieze aantallen zijn heel moeilijk te geven er zijn vele variabelen in omloop.’

Welke zorgvraag is er en welke mate van zorg wordt er geleverd?

‘Door de ontwikkeling in de medische zorg wordt de zorgvraag steeds complexer. Blevten mensen vroeger bij bepaalde lichamelijke beperkingen gewoon thuis, tegenwoordig zijn zij dankzij alle ontwikkelingen op het gebied van speciale voorzieningen, steeds langer mobiel. Dit vraagt om steeds gespecialiseerd verzorgend personeel. De deskundigheid die wordt gevraagd zal steeds groter worden. Bepaalde handelingen kunnen maar door een aantal

speciaal opgeleide mensen worden gedaan. Mensen boeken bij ons geen vakantie maar geven zich op voor een vakantie. Na aanmelding wordt gekeken naar de zorgvraag. Alle mensen die zich opgeven worden geïndiceerd. De hulpbehoefte wordt in kaart gebracht. Dit gebeurt overigens enkel schriftelijk. Vervolgens worden er ideaalgroepen samengesteld met mensen met een zelfde zorgvraag zodat verpleging hier op kan worden afgesteld. Deze matching kost veel tijd en energie, het vinden van juist personeel bij de juiste groep is niet gemakkelijk.'

Hoe wordt de zorg gefinancierd?

De zonnebloem houdt haar eigen broek op. Eenderde voor de vakanties moet door de mensen zelf bijgedragen worden tweederde legt de Zonnebloem bij. Er wordt geen private zorg geleverd. Er is geen restrictie wat betreft inkomen. De sociale controle is groot. Wanneer meneer Janssen 2 weken later een reisje heeft geboekt naar Spanje verdwijnt hij van de lijst. Helemaal voorkomen kun je het niet.'

De capaciteit is beperkt?

'Als vakanties vol zijn komen mensen op de reservelijst, de vakanties zijn al snel volgeboekt, de vraag is groot. De uitval is ook groot omdat we te maken hebben met een kwetsbare groep. Veelal komen mensen op de wachtlijst in aanmerking voor een vakantie dankzij deze grote uitval.'

Wat is uw mening over de vakantieaccommodaties in Nederland?

'De Zonnebloem is voortdurend op zoek naar nieuwe geschikte locaties. De doelstelling is om elk jaar 2 nieuwe accommodaties op te nemen. Enkel groepsaccommodaties met vol pension. Er zijn er simpelweg te weinig. Wat we missen is variatie, nieuwe initiatieven juichen we toe als er maar voldoende aanpassingen zijn. Een accommodatie hoeft echt geen ziekenhuis te zijn maar de basis aanpassingen moeten op orde zijn. Dit houdt in; toegankelijk, bruikbaar, bereikbaar!'

Wat is uw mening over verhuurorganisaties?

'Dat grote verhuurorganisaties zich nog zo weinig op aangepaste, zorg gerichte voorzieningen richten heeft alles te maken met het gebrek aan kennis. Het vraagt om gespecialiseerd personeel, ook achter de balie. Wanneer er een groep minder validen verschijnt weten de meeste zich geen raad. Helaas.'

Na wonen met zorg wordt door ABECO Zorg Vastgoed uit Amsterdam nu de stap gezet naar recreatie met zorg. ABECO Zorg Vastgoed is door een exploitant benaderd een concept uit te werken gericht op verblijfsrecreatie met zorg. Zowel de woningen als de activiteiten zijn gericht op ouderen en/of minder validen. Positief?

'Jazeker, de vraag is in hoeverre wil een accommodatie de zonnebloem tegemoet komen?'

Zou u overwegen gebruik te maken van faciliteiten die gericht zijn op ouderen en minder validen?

'Ik ben zeker geïnteresseerd, maar dan alleen in groepsvakanties. Een eigen ruimte of blok met een gezamenlijke ruimte en flexibel indeelbaar. Voor losse bungalows is geen animo. Uit ons tevredenheidsonderzoek blijkt telkens weer dat het contact met mensen het hoogst wordt

gewaardeerd. Tachtig procent van de mensen die reizen met de zonnebloem geeft aan de gezelligheid zo te waarderen.'

Met hoeveel personen zou u komen, en voor hoe lang?

'De groepssamenstelling is ongeveer twintig gasten met 20 vrijwilligers. Deze vrijwilligers vormen al een aparte vakantiegroep op zich.'

Welke voorzieningen vindt u belangrijk?

'Alles aangepast. Vol pension, grote gezamenlijke ruimte, podium voor muziek of toneel. Een gezamenlijk gebouw.'

Een van de locaties die voor het concept 'Leven en Welzijn' van ABZV in beeld is het Lauwersmeergebied in Friesland. Hier zou een ontwikkeling van circa 250 aangepaste woningen gebouwd moeten worden. Met activiteiten en vermaak, de insteek is welzijn. Gekoppeld; een absolute zorggarantie. Wilt u op de hoogte worden gehouden van de ontwikkelingen in het Lauwersmeergebied?

'Ja ik ben zeer geïnteresseerd. Ik ben erg benieuwd naar de vorderingen.'

Heeft u tot slot een advies aan vastgoedspecialisten die zich bezighouden met dit concept?

'Er zijn veel organisaties die zich bezighouden met doelgroepen ouderen en minder validen. Er zijn ook vele variabelen, het is zeer lastig om aan juiste hoeveelheden te komen om zo tot een afbakening van je doelgroep te komen. Want dat is denk ik een van de belangrijkste dingen hierbij; de doelgroepdefiniëring. Verder worden locaties vaak bekend door mond tot mond reclame, iets om rekening mee te houden bij de marketing. Wanneer mensen het de eerste keer naar hun zin hebben zullen ze vaker terugkomen en anderen vertellen over de fijne tijd.'

'Improvisatie maakt het juist leuk'

Mevrouw B. Verschoor, medewerker commissie reizen SRG

De SRG (Stichting Recreatie Gehandicapten) organiseert groepsreizen voor mensen met een lichamelijke handicap. Behalve de organisatie van de reis biedt de SRG tijdens de vakanties ook persoonlijke ADL-hulp en begeleiding. Doorgaans bestaat een reisgezelschap uit dertien gehandicapte deelnemers en acht vrijwillige medewerkers, maar ook grotere en kleinere groepen komen voor. Jaarlijks organiseert de SRG ongeveer 30 reizen naar binnenlandse en buitenlandse bestemmingen. Afgelopen jaar hebben zij 15 buitenlandse en 12 binnenlandse reizen georganiseerd.'

Kunt u iets vertellen over de Stichting Recreatie Gehandicapten?

'De Stichting Recreatie Gehandicapten is opgericht in 1969 en komt voort uit de NKIB, de 'Nederlandse Katholieke Invaliden Bond St. Liduina'. De afsplitsing was bedoeld om ook reizen te kunnen organiseren voor niet-bondsleden en niet-katholieke gehandicapten. De eerste buitenlandse reizen gingen natuurlijk naar Lourdes. Daar deed ook het 'hotel' intrede als vakantieaccommodatie. Dit bleek een schot in de roos: niet alleen vanwege de luxe en vrijheid, maar ook omdat men als hotelgast midden in het mondaine leven staat; goed verzorgd, maar buiten de sfeer van verpleeghuis en zorginstituut. Na Lourdes kwam een bootreis langs de Rijn en al gauw werden de eerste vliegreizen georganiseerd. Inmiddels staan jaarlijks meer dan tien vliegreizen geprogrammeerd, waarvan sommige naar verre bestemmingen zoals de Verenigde Staten, China en Maleisië.'

Wat is uw doelgroep?

'De Stichting Recreatie Gehandicapten is een reisorganisatie voor mensen met een lichamelijke handicap. De SRG vakantiereizen zijn bedoeld voor mensen met een lichamelijke handicap tussen de 18 en 65 jaar. Om in te schrijven moet men beschikken over een goede lichamelijke conditie en kunt u niet bedlegerig of verstandelijk gehandicapt zijn. SRG-vakanties onderscheiden zich van soortgelijke gehandicaptenreizen doordat ze zijn opgezet als 'standaard groepsreizen', vergelijkbaar met de toeristenreizen van commerciële touroperators. Zo gaan veel SRG-reizen naar dezelfde populaire vakantiebestemmingen en verblijven de gehandicapte deelnemers in dezelfde hotels. Met wat extra inspanning en een flinke dosis improvisatievermogen van medewerkers en deelnemers blijken deze toeristenhotels overigens best te voldoen.'

De SRG organiseert alleen groepsreizen, maar binnen dit concept is veel ruimte voor het realiseren van individuele vakantiewensen. Veel van de ervaren medewerkers hebben zich volledig gespecialiseerd in het realiseren van het onbereikbare en onmogelijke. Ons motto is 'alles kan tenzij het tegendeel is bewezen'. Dit is vanaf de eerste reis bepalend geweest voor de sfeer tijdens SRG-vakanties.'

Hoe organiseert u de zorg tijdens deze vakanties?

'De SRG is een vrijwilligersorganisatie. Naast ongeveer 20 vrijwilligers die het regelwerk achter de schermen doen, zijn jaarlijks 150 tot 200 mensen nodig die als medewerker meegaan met de SRG vakanties. In principe kan iedereen tussen de 18 en 60 jaar zich

aanmelden als vrijwilliger. Kennis van verzorging en omgang met gehandicapten is mooi meegenomen, maar niet noodzakelijk. Tijdens de jaarlijkse instructiedag leren de vrijwilligers de belangrijkste basisbeginselen zoals dagelijkse verzorging, tiltechnieken, rijden met rolstoelen en omgaan met spraakstoornissen. Een goede gezondheid is wel belangrijk, evenals bestand zijn tegen weinig slaap. De SRG probeert de afstand tussen de gehandicapte deelnemers en valide medewerkers zo klein mogelijk te houden. Tijdens de vakantie hebben medewerkers geen 'dienst' of 'vrij'. De reisgenoten zijn samen op vakantie, waarbij het verlenen van hulp een vanzelfsprekend onderdeel van de dagelijkse omgang is.'

'Bij de inschrijving moet duidelijk zijn wat de zorgbehoefte is. Bij de dagelijkse verzorging worden de gehandicapten geholpen door vrijwilligers, die meestal geen professionele hulpverleners zijn. Eén keer per jaar krijgen zij training in de elementaire vaardigheden van de ADL-hulp. De SRG probeert daarnaast op alle reizen een bevoegd verpleegkundige mee te laten gaan. Lukt dit niet dan schakelen we de thuiszorg in. Verder proberen we zo min mogelijk de mensen met dezelfde zorgbehoefte bij elkaar te plaatsen.'

Wat is uw mening over de (aangepaste) vakantieaccommodaties in Nederland?

'We voortdurend op zoek naar geschikte locaties. Het aanbod is niet groot. De accommodaties die er zijn zijn redelijk maar nooit optimaal. In het buitenland is de situatie vaak slechter. Veel hotels in het buitenland zijn meestal niet aangepast. We hebben daar bijvoorbeeld geen beschikking over rolstoelbussen, hoog-laagbedden of tilliften. Met de nodige improvisatie blijkt dit zelden een probleem te zijn. Anders gezegd, de improvisatie maakt het juist leuk en spannend. Het geeft een bepaald vakantiegevoel. Er is altijd wel wat, maar dat is niet zo erg.'

Welke voorzieningen vindt u belangrijk?

'Aangepaste badkamers, brede deuren, gezamenlijke ruimtes, gezellige huiskamer, nabij voorzieningencentrum. Verder een zwembad en misschien iets van een sauna. Koken doen we zelf.'

Na wonen met zorg wordt door ABZV uit Amsterdam nu de stap gezet naar recreatie met zorg. ABZV is door een exploitant benaderd een concept uit te werken gericht op verblijfsrecreatie met zorg. Zowel de woningen als de activiteiten zijn gericht op ouderen en/of minder validen. Wat vindt u van deze ontwikkeling? Heeft u een advies aan vastgoedspecialisten die zich bezighouden met dit concept?

'Gehandicapten willen midden in de samenleving staan. Het liefst alles zo gewoon mogelijk. Dat gaat steeds beter, vroeger maakte we wel mee dat we ergens werden weggekeken. Tegenwoordig kan men er beter mee overweg. Zet de gehandicapten niet apart maar midden in de samenleving.'

4.9 Deelvragen deel 3

Wie komen er voor het concept in aanmerking?

In de breedste zin is een vakantiepark met zorg is bestemd voor mensen met een recreatie- en zorgbehoefte. De primaire doelgroep zijn die mensen die de behoefte hebben aan recreëren in een vakantiepark maar daarin worden belemmerd door ouderdom en/of beperkingen. De doelgroep die belemmerd wordt door leeftijd zijn 'de ouderen'. Doelgroep die belemmerd worden door beperkingen zijn de 'minder validen' of 'gehandicapten'. Verpleging, familie, vrienden etc zijn direct aan deze doelgroepen gekoppeld. Dit betekent dat slechts een gedeelte van de doelgroep gebruik maakt van zorg. Daarnaast kan een vakantiepark met zorg worden ingezet voor mensen met een tijdelijke zorgvraag of revalidatieperiode. Of als tijdelijke opvang bij bijvoorbeeld verhuizingen en/of verbouwingen van verzorg- verpleeg of ziekenhuizen etc. De lijst van secundaire doelgroepen is mede afhankelijk van de creativiteit van de exploitant.

Hoe groot zijn deze doelgroepen?

Directe doelgroepen kunnen worden samengevat in de doelgroep ouderen en de doelgroep gehandicapten (verstandelijk, lichamelijk). De doelgroep ouderen neemt de komende jaren explosief toe. In 2010 zullen er in Nederland circa 2.481.432 mensen wonen die ouder zijn dan 65 dit zal blijven stijgen tot circa 4.017.160 mensen in 2040 (CBS). Binnen 5 jaar ontstaat er alleen al aan mensen die ouder zijn dan 65 een doelgroep van bijna 2,5 miljoen mensen. Er wonen nu (2005) in Nederland ca. 16 miljoen mensen, van wie nog geen 14% tot de 65-plussers behoort. Door vergrijzing en ontgroening neemt het absolute en relatieve aantal ouderen snel toe. Volgens de huidige prognoses zijn er rond 2040 ruim 18 miljoen Nederlanders. Meer dan 4 miljoen daarvan (bijna 23%) is dan 65 jaar of ouder. Koppelen we deze gegevens aan het gegeven dat 60,1 % last heeft van een beperking resp. 23,8% licht, 20,6% matig en 15,7% zwaar) ontstaat er tot aan 2040 geleidelijk een directe doelgroep van 65+ met een lichte, matige of ernstige beperking van 2,4 miljoen 65-plussers. Uitgaande van startjaar van de exploitatie omstreeks 2010 zal de directe doelgroep van 65+ 14,8% van 16,9 miljoen Nederlanders zijn. Gekoppeld aan het percentage van 60,1% met een beperking levert dit voor 2010 een doelgroep 65-plussers op van ruim 1,5 miljoen mensen. Deze groep zal in een periode van dertig jaar met een aantal van 1 miljoen mensen toenemen. De komende tien jaar zal met name het aantal 55-tot 64-jarigen flink stijgen. Vanaf het jaar 2000 hebben de eerste babyboomers, die net na de tweedewereldoorlog geboren zijn, de leeftijd van 55 jaar bereikt. Na 2050, dan zal het overgrote deel van deze generatie zijn overleden. Hierdoor zal de verhouding tussen de diverse leeftijdsgroepen weer evenwichtig worden. Dit maakt de vergrijzing tot een tijdelijk verschijnsel. De doelgroep gehandicapten bestaat uit mensen met een verstandelijk beperking (mensen met een laag intelligentie niveau en soms daaraan gekoppeld gedragsproblematiek), mensen met niet aangeboren hersenletsel (mensen die door een ongeval of ziekte hersenletsel hebben opgelopen waardoor zij beperkingen ondervinden bij het functioneren in de maatschappij), mensen met een lichamelijke beperking (mensen die door een lichamelijke beperking, al dan niet gepaard met andere beperkingen) en mensen met een psychische hulpvraag. Wanneer wordt gesproken over mensen met een handicap dan worden bedoeld alle mensen, die door een ziekte of als gevolg van ouderdom of een handicap

aanvullende voorzieningen nodig hebben om te kunnen deelnemen aan recreatie en toerisme. Het aantal mensen met lichamelijke beperkingen, chronische ziekten of verstandelijke handicaps is moeilijk vast te stellen, omdat definities, meetmethoden en operationalisaties kunnen verschillen. De precieze aantallen zijn moeilijk te geven omdat er vele variabelen in omloop zijn.

- ruim 500.000 zelfstandig wonende mensen met ernstige lichamelijke beperkingen zijn, bijna 1 miljoen met matige en bijna 2 miljoen met lichte lichamelijke beperkingen verspreid over alle leeftijdscategorieën.
- 1,5 miljoen mensen met een chronische ziekte zijn, waarbij bijvoorbeeld slechthorendheid en een verstandelijke beperking niet als chronische ziekte zijn opgevat.
- circa 103.000 tot 111.000 personen met een verstandelijke handicap zijn, waarvan ongeveer de helft ondersteund woont. Doordat er sprake is van overlap tussen deze groepen (chronische ziekten vormen vaak de oorzaak van de lichamelijke beperkingen en personen met een verstandelijke handicap kunnen ook een chronische ziekte hebben), kunnen deze aantallen niet bij elkaar worden opgeteld.

Er zijn veel organisaties die zich bezighouden met doelgroepen ouderen en minder validen. Er zijn ook vele variabelen, het is zeer lastig om aan juiste hoeveelheden te komen om zo tot een afbakening van de doelgroep te komen. De doelgroep ouderen en gehandicapten hebben deels overlap omdat met name bij de stijging van de leeftijd het aantal gebreken toeneemt. De groepen kunnen niet bij elkaar worden opgeteld. Feit is dat er rond 2010 een alleen al aan ouderen en gehandicapten een doelgroep ontstaat van ruim boven de 2,5 miljoen mensen.

Hoe recreëert de doelgroep ouderen?

Naast de bevolkingscijfers hebben ook maatschappelijke ontwikkelingen op het gebied van arbeidsparticipatie, inkomen, bezit, bestedingen en vrije tijd invloed op de toekomstige vrijetijdsbesteding van ouderen. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat de leefwijze van ouderen in de toekomst meer dan nu in het teken zal staan van de wens om eigen keuzes te maken en om actief, gezond, krachtig en beweeglijk in het leven te staan. De meeste senioren zullen daar tot op hoge leeftijd in slagen. Er zullen in de toekomst ook meer ouderen zijn met complexe gezondheidsproblemen, die langdurig op zorg zijn aangewezen en ondersteuning behoeven.

In de loop der jaren is de participatie van 65-plussers gestegen; een flinke stijging wat binnenlandse vakantie betreft, een lichte voor de buitenlandse. De vakantieparticipatie van de 50- tot en met 64-jarigen houdt gelijke tred met het gemiddelde van alle Nederlanders. Mensen in de leeftijd van 60-64 jaar gaan maar liefst 3,5 keer in Nederland op vakantie. Uit cijfers van het Continu Vakantie Onderzoek blijkt dat 50-64-jarige vakantiegangers naarmate ze ouder worden, vaker op vakantie gaan. Dit geldt zowel voor de binnenlandse als de buitenlandse vakanties. Na de 65^e daalt de frequentie iets maar blijft toch boven de frequentie van Nederlanders onder de 50 jaar. Deze daling kan te maken hebben met lichamelijke beperkingen die vakanties moeilijker maakt. Gemiddeld geven 65-plussers per vakantie meer uit dan de gemiddelde Nederlander. Dit komt doordat senioren vaak gebruik maken van duurere vormen van logies en vervoer. Bovendien is de gemiddelde verblijfsduur van 65-

plussers langer. Van de toeristische accommodaties zijn bungalows en hotels zeer populair bij ouderen. De belangrijkste verschuiving in het vakantiepatroon lijkt de toegenomen behoefte aan comfort te zijn. Ouderen zijn niet zoals vaak wordt beweerd, uit op veel luxe. Comfortabele basisvoorzieningen met oog voor de ongemakken van het ouder worden zijn voldoende. En daarnaast de toegenomen behoefte aan zekerheid en rust. Veel 50-plussers stellen hoge eisen aan de accommodatie. Er is meer behoefte aan luxe omdat er per persoon meer geld is dan vroeger. Ook leeft het gevoel dat meer comfort nu 'mag', dat het wel verdiend is. Tijdens de vakantie straalt het activiteitenpatroon van ouderen vooral rust uit. Een wandelingetje in de omgeving, een toertochtje met de fiets of auto, een excursie naar een bezienswaardigheid, ouder stad, kerk of kasteel en gezellig winkelen of uit eten gaan zijn de belangrijkste bezigheden. Uit diverse bronnen blijkt dat ouderen veel waarde hechten aan activiteiten in de buitenlucht.

Hoe ontwikkelt zich de recreatiebehoefte?

Toerisme en recreatie zullen in 10 a 20 jaar de grootste bedrijfstak ter wereld zijn. De drijvende kracht achter de groei van recreatie en toerisme is de vergrijzing.. De senioren vormen een zeer belangrijke groep voor de Nederlandse markt, die de komende jaren veel sterker groeit dan de andere leeftijdsgroepen (in 2005 zijn er naar verwachting 8,25 miljoen seniorenreizen waarvan 6,7 miljoen van Nederlanders). De groep is niet alleen belangrijk vanwege omvang maar ook vanwege koopkracht. De meeste ouderen hebben een goed inkomen en dit wordt naar verwachting voor de komende generatie nog beter. Ouderen zijn aantrekkelijke en profijtelijke consumenten omdat:

- Ze geld hebben, zowel een redelijk inkomen als een aanzienlijk vrij besteedbaar vermogen (zie bijlage)
- Ze tijd hebben: recreatie en toerisme zijn daarvoor een prima invulling (zie bijlage)
- Ze hoger opgeleid zijn dan vroeger; een hoge opleiding wakkert de vraag naar toeristische producten aan (zie
- Ze tot een generatie behoren waarin reizen gewoon is
- Ze gezond zijn; het aantal jaren dat mensen in gezondheid leven neemt toe
- Ze weten dat een actief leven de gezondheid bevordert
- Daar waar lichamelijk gebreken een rol gaan spelen, er steeds betere technologische voorzieningen komen om hiervoor oplossingen te bieden.

Bestaat er vanuit zorginstellingen ouderen vraag naar het concept 'vakantiepark met zorg'?

De analyse van het aanbod (hoofdstuk 2), de doelgroep ouderen (hoofdstuk 3.2) en de gesprekken geven een beeld van een tekort aan geschikte vakantie-accomodaties voor ouderen. De ouderen waarover gesproken wordt zijn ouderen woonachtig in instellingen en veelal met een lichamelijke en/ of geestelijke beperking. Het is niet zondermeer te zeggen dat er een zekere vraag naar een vakantiepark met zorg bestaat. De reacties zijn hierin niet eenduidig. Om hier meer zekerheid over te krijgen verdient specifiek marktonderzoek de aanbeveling. 'Mevrouw Lowenthal (Vitalis);' het op vakantie gaan wordt door Vitalis als belangrijk bindmiddel gezien om mensen weer een stuk levensvreugde te geven. De vakanties zijn absoluut in opmars. Doordat het aanbod zo laag is gaan we vaak naar dezelfde plek. Er

zijn veel te weinig goede accommodaties.’ Mevrouw Morssinkhof (Solis) geeft een duidelijk tekort aan goede accommodaties weer; ‘we moeten een jaar van tevoren boeken omdat veel aangepaste accommodaties heel snel vol zitten. Het aanbod is beperkt en bij veel huisjes schieten de voorzieningen tekort’. De heer van Leeuwen (Opella) waarschuwt voor te veel optimisme; ‘echt zorggerelateerde concepten zijn maar voor een selecte doelgroep. Zorgrecreatie is een noodzaak. Mensen die op een zorgpark afkomen zijn mensen die echt geen andere keuze hebben. Zodra mensen afhankelijk worden van zorg en de mobiliteit afneemt accepteren mensen een kleine wereld. Of daarin plaats een vakantie in een (luxueus) vakantiepark zou ik niet durven zeggen.’

Wat is de visie van mensen uit de ouderenzorg op een concept waar een recreatiepark wordt gecombineerd met zorg?

De volgende zaken komen in de gesprekken meerdere malen aan de orde:

- Ouderen maakt steeds meer eigen keuzes
- Gevaar van een zorgthema
- Uiteenlopende zorgvraag
- Belang van goed personeel

Mevrouw Lowenthal (Vitalis) ‘We moeten af van het ‘instellingsdenken’. Dat gaat verdwijnen. Er komt steeds meer aandacht voor het individu en haar keuzevrijheid. Heel lang hebben we in de gezondheidszorg het gelijkheids-denken gehad, iedereen heeft recht op dezelfde behandeling ongeacht zijn of haar maatschappelijke positie of inkomen. Waarom mag iemand die zijn leven hard gewekt heeft niet extra genieten van zijn oude dag in een ruimer appartement of een luxer vakantie? De beter gesitueerden gaan nu bijvoorbeeld al liever naar een speciaal zorghotel. Dit zul je in de toekomst alleen maar meer gaan zien. Voor mensen met meer financiële mogelijkheden moeten er faciliteiten zijn om te genieten van hun oude dag. De vraag is er wel, nu nog het juiste aanbod.’

De heer van Leeuwen (Opella); ‘het uitstellen van de zorg is specifiek voor deze doelgroep. De vastgoedwereld heeft daarin ook de zorgwoningen overschat. Woningen die speciaal het label ‘zorgwoning’ meekregen bleven bijvoorbeeld hier in Ede onverkocht. Terwijl de andere woningen binnen no-time waren verkocht. Een signaal dat je niet mag negeren. Echt zorggerelateerde concepten zijn maar voor een selecte groep. Er bestaat een grote kloof tussen droom en werkelijkheid. Een ‘zorgthema’ werpt een enorme drempel op. Immers mensen stellen hun afhankelijkheid zo lang mogelijk uit. Ik zou adviseren het meer een algemeen park te maken. Zorgrecreatie is een noodzaak. Zolang je zelf nog mobiel bent zal de keuze niet snel vallen op een park met aangepaste woningen. Op zorg wordt nooit geanticipeerd mensen leven in de veronderstelling ‘dat overkomt mij niet’. De klanten die op een zorgpark afkomen zijn die mensen die geen andere keuze hebben. Die dit als enige manier zien om nog op vakantie te gaan. Mevrouw Morssinkhoff; ‘bested veel aandacht aan sfeer. Wanneer je het park inrijdt alsjeblieft niet het idee krijgen een zorgpark binnen te rijden maar een plek waar het fijn vertoeven is

Mevrouw Lowenthal (Vitalis); 'elke subgroep heeft een andere zorgvraag. Bij dementerende ouderen zou je bijvoorbeeld moeten zorgen voor een voorziening waardoor mensen niet weg kunnen lopen. Dat vraagt om een boel creativiteit om dan toch een aantrekkelijke omgeving te houden. Het is erg belangrijk om onderscheid te maken tussen de verschillende doelgroepen met een zorgbehoefte. Deze kunnen ver uiteenlopen'. Mevrouw Morssinkhof (Solis); wij nemen zelf de zorg zelf mee. De eigen verzorgers gaan mee en stellen het draaiboek samen waarin staat wat er precies mee moet aan verpleegkundig materiaal. Eigen personeel heeft als voordeel dat het vertrouwd is voor de bewoners en dat de verzorgers de mensen en hun specifieke problematiek kennen.

Over de behoeftes die leven onder veel ouderen zegt de heer van Leeuwen(Opella) dat aandacht geven enorm belangrijk is. 'Mensen genieten van de aandacht, dat mensen de tijd nemen voor je. Het haar wordt even uitgebreid gedaan, de nagels worden gelakt. Dat zijn kleine dingen waar mensen van genieten, 1 op 1 begeleiding. Mensen zoeken naar intimiteit en veiligheid. Als dit zou moeten vertalen naar het concept; veilige intieme omgeving, intensieve begeleiding. Mevrouw Morssinkhof (Solis) geeft ook het belang van goed personeel aan: 'wanneer je na een vakantie of bootreis aan mensen vraagt wat ze nu zo fijn vonden zeggen ze nooit dat het zo fijn was dat ze gewassen werden of dat het bed netjes werd verschoond. Nee, de aandacht is belangrijk. Medewerkers nemen de tijd voor je en verwennen je. Een belangrijke competentie, mensen verwennen, het is ook iets om in gedachten te houden bij het aannemen van personeel wat straks gaat werken op het park. Wat erg belangrijk is personeel met kennis. Mensen moeten met ouderen kunnen werken en hun dat stukje extra aandacht geven.'

Bestaat er vanuit zorginstellingen voor lichamelijk of geestelijk gehandicapten vraag naar het concept 'vakantiepark met zorg'?

Na aanleiding van de gesprekken is niet zondermeer te zeggen dat er een zekere vraag naar verblijfsrecreatie met zorg bestaat. Er bestaat vraag naar goede aangepaste accommodaties, de resultaten zijn echter niet van dien aard dat deze vraag ook geldt voor verblijfsrecreatie met zorg. Om hier meer zekerheid over te krijgen verdient extra specifiek op verblijfsrecreatie gericht marktonderzoek de aanbeveling. Alle geïnterviewden uit de gehandicaptenzorg geven wel een behoefte aan goede aangepaste accommodaties aan. Mevrouw Loot (Zozijn); 'onze overtuiging is dat cliënten gebaat zijn bij vakantie. Wat aanbod betreft hebben we te maken met een beperkt segment. Vaak is het een bestaand bungalowpark met een aantal aangepaste huisjes. Regelmatig vraag je je af of deze mensen niet zien dat het zoveel beter kan. Waarom altijd in een bos? Waarom altijd op de hei? Ik heb nou nog nooit gehoord van een leuk themapark voor minder validen. Het aanbod is er wel, maar schraal.' Zij zegt hierover verder; 'wanneer je dit segment bereikt heb je een enorme doelgroep, maar dan moet je ze wel iets bijzonders bieden.' De heer Vijftigschild (vereniging de Zonnebloem); 'wat je ook opzet in de gehandicaptenwereld, er zal altijd afzet zijn. De zonnebloem is voortdurend op zoek naar nieuwe geschikte locaties, er zijn er simpelweg te weinig. Wat we missen is variatie.' Ook mevrouw Verschoor (SRG) geeft aan dat het aanbod klein is; het aanbod wat er is is niet groot. Het kwaliteitsniveau is wel redelijk maar nooit optimaal.' Het aanbod is klein en de kwaliteit is marginaal. Zowel kwantitatief als kwalitatief is er een inhaalslag te maken.

Wat is de visie van mensen uit de gehandicaptenzorg op een concept waar een vakantiepark wordt gecombineerd met zorg?

De volgende zaken komen in de gesprekken meerdere malen aan de orde:

- Verschillende doelgroepen verhouden zich moeilijk tot elkaar
- Profilering vraagt om uitgekiende marketing
- Zorgvraag is diffuus en kostbaar
- Gehandicapten staan midden in samenleving, extramuralisatie ook in recreatie

Het moeilijk samengaan van de verschillende doelgroepen komt in de interviews vaak naar voren mevrouw Loot (Zozijn); mensen die na een ernstig ongeval invalide raken vinden het moeilijk zijn of haar handicap te accepteren. Zij zullen zo lang mogelijk blijven zeggen “ik heb geen handicap”. Zij willen niet in een adem genoemd worden met gehandicapten.’ Ouderen voelen zich weer niet gehandicapt. Veel onderzoeken richten zich op ouderen en minder validen terwijl deze doelgroepen totaal verschillen.’ Mevrouw Keunen (Amsterade) zegt hierover iets soortgelijks; ‘mensen met een lichamelijke handicap willen niet vergeleken worden met verstandelijk gehandicapten of ouderen. Met name voor mensen met een niet aangeboren letsel kan dit erg confronterend zijn. Onze cliënten zijn allemaal lichamenlijk gehandicapt met veelal een ontwikkelingsachterstand. Zij willen niet vergeleken worden met verstandelijk gehandicapten of ouderen. Zij staan midden in de maatschappij.’

Een juiste profilering en daar aan gekoppelde marketingstrategie wordt meerdere malen genoemd als aandachtspunt. Mevrouw Loot (Zozijn); leg je de nadruk op de zorg dan haken veel mensen af. Richt je je op ouderen dan haken mensen met een handicap af, in ieder geval mensen met een niet aangeboren hersenletsel. Mensen met een handicap zien vaak bedreigingen; ‘dat kan ik niet’. Zonder nadruk te leggen op beperkingen zou je mensen moeten laten zien wat ze wel kunnen. Dit vraagt om een goed uitgedachte marketingstrategie.’ Mevrouw Keunen (Amsterade); ‘Richt je in de PR op een gewoon recreatiepark waar de mogelijkheid bestaat om in een aangepaste woning te verblijven. Koppel het aan een bestaand park. Mensen moeten en willen midden in de maatschappij staan. Niet afgezonderd worden in speciale voorzieningen of parken voor gehandicapten.’

Bepaalde groepen vragen om specialistische zorg. Deze zorg is vaak kostbaar. Omdat er steeds meer voorzieningen komen die ervoor zorgen dat mensen langer in staat zijn zelfstandig te leven zal dit alleen maar toenemen. De heer Vijftigschild (vereniging de zonnebloem); ‘door de ontwikkeling in de medische zorg wordt de zorgvraag steeds complexer. Blevten mensen vroeger bij bepaalde lichamelijke beperkingen gewoon thuis, tegenwoordig zijn zij dankzij alle ontwikkelingen op het gebied van speciale voorzieningen, steeds langer mobiel.’ Mevrouw Loot (Zozijn); ‘veel van onze cliënten hebben cliëntspecifieke zorgvragen, die niet eenvoudig over te dragen zijn’. Mevrouw Keunen (Amsterade) zegt hierover; ‘de gespecialiseerde zorg is een groter probleem dan de accommodatie. Denk daarbij aan voorbehouden dagelijkse handelingen die alleen speciaal opgeleide medewerkers mogen doen. Er moet een uitgebreid aanbod van gespecialiseerde zorg zijn. De kosten voor voorzieningen, zoals tilliften, domotica, aangepaste keukens en sanitair, bij mensen met een zware lichamelijke handicap zijn zeer hoog, iets om zeker rekening mee te houden. Ook heeft eenieder zijn eigen aanpassingen nodig.’

Deel 4 Conclusie

Hoofdstuk 5 Conclusies en beantwoording probleemstelling

Waar liggen de kansen en bedreigingen voor een vastgoedconcept van recreatiewoningen met zorg? Deze vraag was de basis van dit onderzoek. Een duidelijk beeld van de doelgroep is essentieel om tot een verantwoord concept te komen. De groep van mensen met een zorgbehoefte groeit de komende jaren explosief. Het is nu al een groep van 'enkele miljoenen' Nederlanders. Een paar miljoen landgenoten met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking of ouderdomsverschijnselen. Rekenen we het verzorgende personeel, de mantelzorgers en familie mee dan praten we over een groep die het veelvoudige is. Deze groep bestaat voor een groot deel uit senioren. Senior, maar fitter dan ooit, ondernemender dan ooit, rijker dan ooit. En vaak barstend van de vrije tijd, het hele jaar door. De babyboomers, aanjagers van de vergrijzing in Nederland van wie de eersten tegen de 60 lopen. Zoetjes aan lost deze protestgeneratie de 'stille generatie' – geboren tussen 1931 en 1945 – af aan de top van de leeftijds piramide. En babyboomers worden anders oud: met pensioen gaan betekent niet langer het einde. Babyboomers zullen niet alleen langer leven dan ouderen nu doen, maar ook gezonder. Het gevolg: vijftigers willen fysiek, mentaal en sociaal actief blijven, zijn uithuiziger dan ooit tevoren en hebben alle vrije tijd van de wereld. Binnen deze doelgroep kan een onderscheid gemaakt worden in de reguliere recreant en zorgbehoevende recreant en zijn omgeving. Naar verwachting is een groot deel van de bezoekers van een zorg en recreatievoorziening niet-zorgbehoevend. Een deel van deze bezoekers kan zich uit voorzorg wel prettig voelen bij de aanwezigheid van zorgvoorzieningen.

Het gevolg is dat er geen ontwikkelaar te vinden is die niet iets met zorg wil doen. Overal ontstaan langzaam nieuwe woon en zorg concepten. Een beetje zakenman laat deze groep niet links liggen? De reisbranche voorlopig nog wel. Het aanbod is beperkt is en bij veel accommodaties schieten de voorzieningen tekort, de ruimtes zijn te klein of er is geen juist personeel aanwezig. Het beperkte aantal goede aangepaste accommodaties geeft een enorme keuzebeperking. Voor de mensen met een beperking blijft het een voortdurende zoektocht naar goede vakantiemogelijkheden. Vanwege het tekort kunnen zij daarbij niet kritisch zijn. Wanneer spelers deze markt betreden en zij weten de doelgroep te bereiken ligt er een enorm marktpotentiaal. Dat er echter nog zo weinig ondernemers deze stap hebben gezet is niet zonder reden. Veel lijken de taal van de zorg niet te verstaan. Zorg vraagt om specifieke kennis, goed opgeleid personeel, vaak dure aanpassingen en misschien wel belangrijkste men moet zich in de mensen kunnen verplaatsen. Er dient en motivatie achter zitten van het willen bijdragen aan een beter bestaan voor mensen met een beperking.

5.1 Waar liggen de kansen voor een vastgoedconcept van recreatiewoningen met zorg?

Uit het onderzoek komen de volgende kansen naar voren:

- Grote doelgroep
- Schraal aanbod
- Maatschappelijke ontwikkelingen
- Stijgende welvaart
- Stijgend aantal (binnenlandse) vakanties
- Mond op mond reclame

Grote doelgroep

De doelgroep van mensen met een zorgbehoefte groeit de komende jaren explosief. Oorzaak is de enorme vergrijzing. In 2010 zullen er in Nederland circa 2.481.432 mensen wonen die ouder zijn dan 65 dit zal blijven stijgen tot circa 4.017.160 mensen in 2040 (CBS). Binnen 5 jaar ontstaat er alleen al aan mensen die ouder zijn dan 65 een doelgroep van bijna 2,5 miljoen mensen. Door vergrijzing en ontgroening neemt het absolute en relatieve aantal ouderen snel toe. Volgens de huidige prognoses zijn er rond 2040 ruim 18 miljoen Nederlanders. Meer dan 4 miljoen daarvan (bijna 23%) is dan 65 jaar of ouder. Koppelen we deze gegevens aan het gegeven dat 60,1 % last heeft van een beperking resp. 23,8% licht, 20,6% matig en 15,7% zwaar) ontstaat er tot aan 2040 geleidelijk een directe doelgroep van 65+ met een lichte, matige of ernstige beperking van 2,4 miljoen 65-plussers. Uitgaande van startjaar van de exploitatie omstreeks 2010 zal de directe doelgroep van 65+ 14,8% van 16,9 miljoen Nederlanders zijn. Gekoppeld aan het percentage van 60,1% met een beperking levert dit voor 2010 een doelgroep 65-plussers op van ruim 1,5 miljoen mensen. Deze groep zal in een periode van dertig jaar met een aantal van 1 miljoen mensen toenemen.

De doelgroep ouderen en gehandicapten hebben deels overlap omdat met name bij de stijging van de leeftijd het aantal gebreken toeneemt. Van de mensen met een zware of matige beperking is volgens het cpb 60% ouder dan 65 jaar. Van het aantal zware of matige gehandicapten is zijn 600.000 mensen jonger dan 65. De groei van het aantal mensen met lichamelijke beperkingen, chronische ziekten of verstandelijke handicaps is moeilijk vast te stellen, omdat definities, meetmethoden en openrationalisaties kunnen verschillen. Rond 2010 ontstaat er een primaire doelgroep van circa 2,1 miljoen mensen. Rekenen we hierbij de secundaire doelgroep (mantelzorgers, verpleging, familie) dan is de totale doelgroep het veelvoudige.

Schraal aanbod

Een analyse van het aanbod in Nederland laat zien dat het aanbod schraal is. Veel recreatieondernemers lijken de stap naar speciale aangepaste accommodaties niet aan te durven. Uit alle gesprekken met mensen uit de ouderen- en gehandicaptenzorg komt naar voren dat zij moeite hebben met het vinden van geschikte locaties en dat deze locaties vaak niet optimaal zijn. De concepten die een recreatievoorziening koppelen aan een levering van zorg zijn kleinschalig. En veelal in hotelvorm. Zowel op kwantitatief als op kwalitatief niveau is hier een inhaalslag te maken.

Maatschappelijke ontwikkelingen

Maatschappelijke ontwikkelingen op het gebied van arbeidsparticipatie, inkomen, bezit, bestedingen en vrije tijd hebben invloed op de vrijetijdsbesteding. Dit rapport laat zien dat de leefwijze van ouderen en minder validen in de toekomst meer in het teken zal staan van de wens om eigen keuzes te maken. De ouderen hebben veel vrije tijd, vinden reizen steeds vaker gewoon, zijn langer actief, zijn opgegroeid in welvaart, hebben voldoende financiële middelen en zijn zich bewust van de voordelen van een actief leven. Ouderen van de toekomst zullen beter opgeleid en mondiger zijn en een betere inkomens- en vermogenspositie hebben dan de huidige generatie ouderen. Hun huishouden zal kleiner zijn, hun mobiliteit groter. Zij zullen meer naar buiten gericht zijn en er zal een grotere diversiteit aan leefstijlen zijn. Extramuralisatie in de gehandicaptenzorg is een belangrijke trend. Mensen met een beperking, zo redeneert men, moeten midden in de maatschappij staan en overal aan kunnen deelnemen. Een trend die zich laat zien in wonen en vrijetijdsbesteding. Dit biedt kansen voor de recreatiesector.

Stijgende welvaart

Toerisme en recreatie zullen in 10 a 20 jaar de grootste bedrijfstak ter wereld zijn. De drijvende kracht achter de groei van recreatie en toerisme is de vergrijzing. Het is niet alleen de omvang van de groep ouderen waardoor de vraag naar toeristische en recreatieve producten zal stijgen. Ouderen zijn zeer aantrekkelijke en profijtelijke consumenten vanwege hun financiële positie. Uit meerdere onderzoeken blijkt dat ouderen gemiddeld per vakantie meer uitgeven dan jongere vooral omdat men duurdere vormen van logies en vervoer prefereert. Bij latere generaties die opgegroeid zijn in welvaart zal de vraag naar meer luxe en comfort groeien. Momenteel is er een trend waarneembaar van een stijgende vraag naar luxe bungalow. Voor de zogenaamde kwieke senioren geldt, dat zij vaak en lang op vakantie gaan en relatief veel uitgeven. Het bestaande verblijfsrecreatieve aanbod is daar niet altijd op ingesteld.

Stijgend aantal (binnenlandse) vakanties

Het aandeel binnenlandse vakanties stijgt naarmate men ouder wordt. De participatie van 65+ers aan binnenlandse vakanties is de afgelopen jaren sterk gestegen. Naarmate men ouder wordt stijgt de duur van vakanties, evenals de frequentie (deze daalt weer naarmate men de 65 heeft bereikt). Het teruglopen van de vakantieparticipatie zal ten dele liggen aan het ontbreken van de juiste accommodaties. Met de leeftijd stijgt ook aantal gebreken en daarmee de vraag naar aangepaste accommodaties en bijzonder voorzieningen.

Mond op mond reclame

Uit verschillende gesprekken met mensen uit de zorg en aanbieders van aangepaste vakanties kwam steeds naar voren dat men vaak kiest voor bestaande accommodaties die eerder zijn bezocht. Dit heeft te maken met het uitsluiten van risico's. Wanneer men slechte ervaringen heeft komt een men niet terug. Zijn de ervaringen goed, dankzij de juiste aanpassingen en goede zorg dan zijn het zeer trouwe klanten.

5.2 Waar liggen de bedreigingen voor een vastgoedconcept van recreatiewoningen met zorg?

Wie de oudere toerist en de toerist met een lichamelijke of verstandelijke beperking als 'nieuw' marktpotentieel wil bedienen dient op zijn 'qui vive' te zijn. Op goed in te kunnen spelen op bedreigingen is regelmatig marktonderzoek absoluut noodzakelijk, want veranderingen in het vakantiegedrag zijn aan de orde van de dag. Het is een bewerkelijke markt. Succes zal vooral afhangen van doordachte promotie en het adequaat verstrekken van informatie. Het bewerken van de markt zal een continu proces zijn. Zo zal bijvoorbeeld om de zoveel tijd opnieuw contacten gelegd moeten worden met instellingen als gevolg van het grote verloop onder het personeel. Ondernemers die willen slagen zullen een flink budget moeten reserveren voor onderzoek en promotie. Dit omdat inzicht in concrete eisen en wensen veelal ontbreekt. Gebeurt dit op de juiste manier dan vormen deze doelgroepen (zoals omschreven in de definiëring) een geweldige markt. Naarmate de leeftijd vordert, wordt comfort, service, zekerheid, veiligheid en persoonlijke zorg belangrijker. Ook op vakantie. Extra aandacht voor faciliteiten, mate van dienstverlening en de inrichting van de logiesvorm zijn essentieel. Angst regeert vaak de ouderdom en het is de taak van de ondernemer senioren daaroverheen te helpen zonder andere groepen af te schikken. Dit pleit voor een goede voorlichting en een uitgekende marketingstrategie.

Uit het onderzoek komen de volgende bedreigingen naar voren:

- Zorgthema
- Identiteit van het park
- Personeel
- Diffuus hulpvraag en dure aanpassingen
- Verhouden van doelgroepen tot elkaar
- Locatiekeuze

Negatieve associaties bij zorgthema

Hoe kunnen kansen op de markt worden verzilverd? In ieder geval niet door ouderen en gehandicapten als zodanig te zien. Op het moment dat een product een stempel krijgt speciaal voor senioren of minder validen te zijn wordt het veel minder aantrekkelijk om dat product aan te schaffen. Zij hebben behoefte aan faciliteiten, maar deze moeten niet al te nadrukkelijk worden aangeboden. Men moet niet teveel aan eventuele aanwezige gebreken herinnerd worden. Een zorgthema werpt dan een enorme drempel op. Een kenmerk van ouderen nu is het uitstellen van de afhankelijkheid van zorg.

Een zorgaanbieder die zijn naam verbindt aan een recreatieproject zorg ervoor dat mensen de associatie hebben bij deze zorgaanbieder ook zullen hebben een project waarbij deze zorgaanbieder betrokken is. Voor een vakantie-accommodatie kan dit negatieve gevolgen hebben.

Identiteit van het park

Het probleem bij oudere senioren lijkt hun onzekerheid te zijn. De gegarandeerde beschikbaarheid van zorg op de bestemming neemt een groot deel van die onzekerheid weg. Het dilemma is dan dat dit weer jongere senioren afschikt. Die willen niet op vakantie naar een 'bejaardentehuis'. Angst regeert de ouderdom en het is de taak van de ondernemer senioren daaroverheen te helpen zonder andere groepen af te schikken. Uit de gesprekken komt naar voren dat mensen met een beperking zo gewoon mogelijk willen leven en dus recreëren. Zij staan midden in de maatschappij en willen niet afgezonderd worden. Een zorgthema kan het gevoel oproepen van een afgezonderde plek voor zorgbehoevende. Dit kan een afschikkend effect hebben.

Een park met een zorgthema lijkt in te gaan tegen de trend van extramuralisatie. Het park zou daarom niet als zorgpark in de markt moeten worden gezet. Het moet voor de doelgroep wel direct duidelijk zijn dat de woningen volledig zijn aangepast en er 24-uurs zorg ter beschikking is. Dit vraagt om een uitgekiende marketingstrategie. Een gevaar is dat een zorgthema bij mensen een negatieve associatie oproept. Veel zullen bij het woord 'zorg' afhaken. Het park moet fun uitstralen en geen associaties oproepen met een verpleeg- of ziekenhuis.

Personeel

Een vakantiepark vraagt om een andere benadering van de klant als in een verzorging-verpleeghuis. In instituten wordt zorg genormeerd geleverd volgens vaste tijden. Een van de voornaamste problemen is het tekort aan tijd per cliënt. De grootschaligheid van verpleeg- en verzorgingshuizen dwingt tot vaste tijden en protocollen. Het ontbreken van deze protocollen en vastigheid is een van de grootste pull-factoren van een zorghotel (lees hiervoor de interviews in deel 1 van dit rapport). De kleinschaligheid van zorghotels zorgt ervoor dat gasten een persoonlijke benadering kunnen krijgen. Men ontvangt die zorg die men wil op die tijd waarop men het wenst. Dit vraagt om een andere benadering. Personeel wat gewend is aan het traditionele institutionele denken moet bij een vakantiepark de switch maken naar de 'klant is koning' benadering en levering van zorg volledig laten afhangen van de wens van de klant. Deze is immers op vakantie waar men niet geconfronteerd wil worden met vaste tijden, verplichten etc.

Ook een tekort aan geschikt personeel is een serieuze bedreiging. Meer zorgbehoevende gasten betekent extra behoefte aan verplegend personeel. Maar de poel waaruit zorgmedewerkers moeten komen, wordt kleiner: door de vergrijzing slinkt de beroepsbevolking.

Diverse partijen praten langs elkaar heen

Personeel uit de toeristisch-recreatieve sector en personeel uit de zorgsector komen samen binnen een produkt. Het gevaar bestaat dat men elkaars taal niet spreekt en door slechte communicatie langs elkaar heen gaat werken. Mensen uit de zorg zullen zich het 'hoteldenken' moeten aanleren, mensen uit de toeristisch-recreatieve sector zullen moeten kunnen omgaan met zorgbehoevende. Men moet weten welke eisen men stelt aan locatie en

omgeving. Men moet kennis hebben over de voorzieningen etc. Dit vraagt veel van beide kanten. In de gesprekken kwam vaak naar voren bij bestaande accommodaties het personeel vaak niet in staat bleek om op een juiste manier met de mensen om te gaan. Gebrek aan kennis/ opleiding en ervaring met minder validen en/ of ouderen lijkt hier de oorzaak van te zijn.

Diffuse hulpvraag en dure aanpassingen

Door de ontwikkeling in de medische zorg wordt de zorgvraag steeds complexer. Blevens mensen vroeger bij bepaalde lichamelijke beperkingen gewoon thuis, tegenwoordig zijn zij dankzij alle ontwikkelingen op het gebied van speciale voorzieningen, steeds langer mobiel. Dit vraagt om steeds gespecialiseerd verzorgend personeel. De deskundigheid die wordt gevraagd zal steeds groter worden. Bepaalde handelingen kunnen maar door een aantal speciaal opgeleide mensen worden gedaan. Een park dat zich richt op mensen met een zorgvraag heeft plots te maken met een zeer veel kleinere doelgroep dan een regulier vakantiepark. En niet alleen kleine doelgroep maar met name een moeilijk en veeleisende doelgroep. Een doelgroep die gerichte en kostbare eisen stelt aan het vastgoed en de omgeving. Aanpassingen zijn veelal specifiek en duur. De zorgvraag is enorm breed. Gasten hebben allemaal een specifieke, persoonlijke zorgvraag. Het vraagt inventiviteit van de exploitant om deze persoonlijke hulpvragen goed en betaalbaar te kunnen organiseren. Specifieke aanpassingen en medische apparatuur zijn kostbare aangelegenheden. Vraag is wie voor deze kosten verantwoordelijk is en in welke mate specifieke producten kunnen worden doorgerekend in een standaard kostprijs.

Moeilijk te bereiken doelgroep

Doordat de doelgroep zo divers is is het een moeilijk te bereiken doelgroep. Informatie gaat vaak via verzorgenden of familie wat de communicaties al bemoeilijkt. Er is een verloop onder personeel waardoor om de zoveel tijd de informatievoorziening opnieuw moet worden gedaan. Voor organisaties buiten het werkveld van de gehandicaptenorganisaties is de gehandicaptensector vrij ondoorzichtig. Gehandicapten zijn een lastig te bereiken doelgroep. Deze doelgroep is zeer divers, niet alleen de ernst van de handicap is per individu verschillend, maar ook de soort handicap en de bewegingsbeperking die deze met zich meebrengt. Mensen met een handicap zijn onder te verdelen in vele subcategorieën, variërend van zeer licht tot zeer ernstige beperking. Over eisen van bereikbaarheid, toegankelijkheid en bruikbaarheid voor de verschillende handicaps is men het nog niet eens. Informatie over de eisen van bereikbaarheid, toegankelijkheid en bruikbaarheid is lang niet altijd eenvoudig te verkrijgen. Organisaties binnen de gehandicaptenzorg moeten een vertaalslag maken naar de recreatieve sector. De informatie is vaak niet toegespitst op de toeristisch-recreatieve sector.

Grootschaligheid

De winst van een zorghotel zit in de kleinschaligheid. Hiermee onderscheidt zich een zorghotel zich van de reguliere zorgverlening die vaak grootschalig is. Kleinschaligheid biedt de mogelijkheden voor een persoonlijke benadering van gasten. De zorgaanbieder kan zich aanpassen aan de wensen van haar gasten. Het grootste risico van een grootschalig project (in

geval van Lauwersmeer meer dan 300 eenheden) is dat het park verwordt tot een instituut. De zorg moet door de grootschaligheid op vaste tijden worden geleverd, de logistieke protocollen dreigen dan het 'vakantiegevoel' weg te nemen. De kleinschaligheid van de zorghotels draagt bij aan een persoonlijke benadering van de klant. De klant als koning, ook in het zorggebruik.

Verhouden van doelgroepen tot elkaar

Veel onderzoeken richten zich op ouderen en minder validen terwijl deze doelgroepen totaal verschillen, behalve in het feit dat ze veelal dezelfde voorzieningen nodig hebben. Je kunt wel dezelfde voorzieningen creëren maar je kunt deze groepen niet als 1 zien. Je zult vanuit verschillende doelgroepen moeten denken. Andere doelgroep, ander segment. Niet over één kam scheren. Er blijken veel gevoeligheden te liggen in het verhouden van verschillende doelgroepen tot elkaar maar ook onderling. Iemand van 70 vindt iemand van 80 oud. Iemand van 80 vindt iemand van 90 pas oud. Iemand met een lichamelijke beperking wil niet worden vereenzelvigd met iemand met een verstandelijke beperking. Hij is immers prima bij. Alle geïnterviewden laten hetzelfde beeld zien. Verschillende doelgroepen gaan niet samen.

Gebrek aan voorzieningen en locatiekeuze

Naast alle specifieke bedreigingen bestaat er ook nog de meer algemene bedreiging van locatie en omgeving. Net als bij reguliere vakantieparken dient het een recreatief aantrekkelijke locatie te zijn met goede voorzieningen in de omgeving. Dit lijkt voor zich te spreken maar wanneer men zich teveel richt op een zorgpark kan dit basisuitgangspunt wel eens naar de achtergrond verschuiven.

Literatuur

Aedes-commissie wonen voor ouderen : wonen en zorg : maatwerk / Peter Jansen - 1999
In: Aedes magazine , 1999 15 (juli) , p. 6-8

Recreatie 2020, een schets van de mogelijke toekomst/ Beckers, TH.A.M (1996). In: Raad van de Openluchtrecreatie. Pp. 15 - 26

Belevenisrecreant wil kunnen kiezen / Jos Gadet - 2002
In: ROM , 2002 5 (mei) , p. 22-25

Boeren in de zorg / Henrike Vogelzang - 2000
In: Agora , 2000 4 (oktober) , p. 15-16

Beroepsprofiel van helpenden en verzorgenden/ Haterd J van de, Liefhebber S, Leistra E, Hens H.. Maarssen/Utrecht: Elsevier/LCVV/NIZW, 2000

Beroepsprofiel van de verpleegkundige/ Leistra E, Liefhebber S, Geomini M, Hens H.. Maarssen/Utrecht: Elsevier/LCVV/NIZW, 1999

Bevolking wordt wereldwijd onvermijdelijk grijs/ Elsevier 24 september 2005

Bouw recreatiewoningen lijkt hoogtepunt voorbij / P.A.J. Metzmakers - 2003
In: Bouw-werk , 2003 4 (december) , p. 26-28

Bouwen voor een vergrijzende samenleving / Klaver, A.M.J. - 2004 , 80 p

Commissie Maatschappelijke Betekenis (1996)/ Raad voor de openlucht recreatie 1996

Commissie modernisering curatieve zorg. Gedeelde zorg: betere zorg. Rapport van de Commissie modernisering curatieve zorg/ Zoetermeer: Hageman B.V., 1994

Continu Vakantie Onderzoek 2004/ TNS NIPO, het Nederlands Bureau voor Toerisme & Congressen (NBTC) en NRIT (Nederlands Research Instituut voor Recreatie en Toerisme

CBS (2003), *Woningvoorraad*, Voorburg Heerlen: CBS

CBS (2004), *Vakanties van Nederlanders*, Voorburg/ Heerlen: CBS

CBS (2005), *Grondgebruikgegevens*, Voorburg/ Heerlen: CBS

CBS (2005), Opbouw bevolking. Internet: www.statline.cbs.nl >Mens en maatschappij/ Bevolking (2005-05-02) . Voorburg/ Heerlen: CBS, 2005d

CBS (2005), Centraal Bureau voor de Statistiek www.cbs.nl>cijfers/statline>mens en maatschappij>bevolking>kerncijfers 25-07-2005. Voorburg/ Heerlen: CBS, 2005g

De geraniums voorbij, diversiteit en maatschappelijke betekenis van 65-85 jarigen, M. van der Steen (geen datum) utrecht: LBL, expertisecentrum leeftijd en maatschappij

De onthullende cijfers van de vraag naar wonen én zorg... / Karl Bijsterveld - 2004
In: *Buildingbusiness* , 2004 4 (mei) , p. 16-19

De toekomst van wonen met zorg / J. Brouwer ; Gabriëlle Sogelée - 2004
In: *Tijdschrift voor de volkshuisvesting* , 2004 3 (juni) , p. 22-26

De verkoop (on)mogelijkheden van vakantiebungalows in Nederland / L.F.M. van Meegen - 1998
Scriptie, jaargang 1996-1998, in het kader van de Postdoctorale Opleiding Vastgoedkunde, Stichting voor Beleggings- en Vastgoedkunde (SBV), Amsterdam., Scriptie, jaargang 1996-1998, in het kader van de Postdoctorale Opleiding Vastgoedkunde, Stichting voor Beleggings- en Vastgoedkunde (SBV), Amsterdam
Signatuur: SBV 20.R1, SBV 20.R2

Drenthe krijgt in 2008 het eerste werkvakantiepark van Nederland, Telegraaf 12 augustus 2005

Een kwestie van doorzetten : transformatie van verzorgingshuizen / René Stofberg ; Henk Nouws - 2004
In: *Aedes magazine* , 2004 22 (oktober) , p. 22-25

Een kathedraal van zorg. Een inleiding over het functioneren van de zorg / Schrijvers AJP.. Utrecht: De Tijdstroom, 1993

Een kathedraal van zorg. Een inleiding over het functioneren van de zorgverlening/
Schrijvers AJP. Utrecht: Elsevier Gezondheidszorg, 2001.

Financiële positie, rapportage ouderen 2001 veranderingen in de leefsituatie, Ruitenbergh, L.,E. Pommer & M.de Klerk

Full-service wooncomplexen : hoe kunnen we deze ontwikkelen? / M.A.M. School - 2003

Gehandicapten : moeilijk te bereiken doelgroep, P. de Weert, 1996. Recreatie Vol. 26 Nr. 6 p. 16-19.

Health problems in people with intellectual disability. Aspects of morbidity in residential settings and in primary health care/ Schrojenstein Lantman-de Valk, H. M. J. van (1998). Maastricht: Proefschrift Universiteit Maastricht.

International Classification of impairmentst, disabilities and handicaps (ICIDH/ World Health organization (WHO)

Kadernota vrijetijdsbesteding en mensen met een handicap, Stichting Dienstverleners Gehandicapten 1992. SDG. - Utrecht, NL

Kerncijfers recreatie en toerisme 2005/ uitgave van de stichting recreatie

Kwaliteitsnormen gehandicaptenreizen , -vakanties, T.A. van Setten 1991 ; DTV afdeling vrijetijdsonderzoek in opdracht van; Stichting Dienstverleners Gehandicapten ANWB , Oudervereniging Philadelphia

Leisure and aging: Ulyssean living in later life, Mc Guire, f.A.R.K. Boyd & R.T. Tedrick, 1996, Champaign: Sagemore

Lichamelijk beperkten en vakantie : een kwantitatief onderzoek naar het vakantiepatroon en de informatie-inwinning van lichamelijk beperkten in het algemeen en ten aanzien van Zeeland in het bijzonder, M. Egas, 1995 NHTV, Eindexamenscriptie in opdracht van Stichting Stijgbeugel

Markten voor de grijze golf : oudedagsvoorzieningen en ouderenzorg in Nederland / E.A. Breunesse ; C.A. de Kam - 1996

Markt recreatiewoning op tweesprong / Arie van der Ent - 1998
In: Vastgoed , 1998 9 (oktober) , p. 62-63

Mensen zoals ik en jij : kwalitatief onderzoek naar de vrijetijdsbesteding van mensen met een lichte verstandelijke handicap, A. Arissen, 1997 ; Katholieke Universiteit Brabant, Afstudeerscriptie Vrijetijdswetenschappen

Met zorg gekozen? Woonvoorkeuren en woningmarktgedrag van ouderen en mensen met lichamelijke beperkingen, Kullberg, J. en M. Ras, 2004, Den Haag, ministerie van Vrom.

Naar een transparante GGZ/ Tonnaer CFM (red.). Brancherapport Geestelijke Gezondheidszorg: 1993-1997.. Utrecht: GGZ Nederland, 1999

Nationale analyse zorg en wonen met zorg, 2003-2015 / J. Brouwer ; Gabriëlle Sogelée - 2004 In: Kwartaalbericht , 2004 1 , p. 10-14

NRIT symposium trends in de praktijk, T. Vermeulen 2005, Leisure Management Vol. 8 Nr. 3 (juni) p. 30-31

Ouderen en verzorging, van Amsterdam en Visser, Property Research Quarterly, april 2005 jaargang 4 nr 1

Patiëntenpanel chronisch zieken: kerngegevens 1998/ Rijken PM, Foets M, Peters L, Bruin AF de, Dekkers J.. NIVEL, 1999

Prevalentie van verschillende vormen van mantelzorg in Nederland/ Timmermans JM , Schellingerhout R , Boer AH de Wat heet mantelzorg? Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG), 2004;82(4):229-235.

Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimisation with compensation, Baltes. P.B. & M.M. Baltes, 1990 In:P.B. Baltes & M.M. baltes (eds), succesfull aging. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 1.34

Rapportage gehandicapten 2000; maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps, Klerk,M.M.Y.de (red.)(2000)Den Haag:Sociaal en Cultureel Planbureau.

Rapportage gehandicapten 2002; maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps, Klerk,M.M.Y.de (red.)(2002)Den Haag:Sociaal en Cultureel Planbureau.

Rapportage ouderen 2001;veranderingen in de leefsituatie Klerk,M.M.Y.de (red.)(2001).Den Haag:Sociaal en Cultureel Planbureau.

Rapportage ouderen 1998,Den Haag:Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA (Cahier 155).
De grijze piek : themanummer, 2003, DIT Reismanagement Vol. 6 Nr. 10 (oktober) p. 14-15, 16-18, 20-21

Recreatie op leeftijd, literatuuronderzoek naar het recreatiepatroon van ouderen, 2003, M. van Middelkoop & abma, uitgave stichting recreatie

Recreatiewoningen onder de loep / P.A.J. Metzmakers - 2003 , 38 p

Ruimte voor recreatie en vrije tijd / Bea van Golen ; Manon van Middelkoop - 2002
In: ROM , 2002 5 (mei) , p. 17-21

Senioren op vakantie in Nederland : verzilver de kansen op de seniorenmarkt : workshop op 15 maart 2000, Nederlands Bureau voor Toerisme ; TNO Inro

Seniorenmarketing : meer dan bestaand produkt overgieten met seniorensausje : je bent oud en je wilt wat, B. Wijker 1996, Recreatie & Toerisme Vol. 6 Nr. 3 p. 37

Senioren vragen inventiviteit van de toeristische branche, 2005, Schouwen-Duiveland Vol. 5 Nr. 3 (mrt.) p. 508-511

Senior spreekt voor zichzelf : kansen 50+-markt voor toeristisch bedrijfsleven, G. Brongers 2003 ; Toerisme Recreatie Nederland Recreatie & Toerisme Vol. 13 Nr. 8 (dec.) p. 36-37

Senioren, een markt voor Rivièra Park? : Een analyse van de Nederlandse senioren(vakantie)markt alsmede een kwalitatief onderzoek naar het vakantiegedrag en de wensen en behoeften van senioren kampeeders, K. Heijligers 1995 ; Nationale hogeschool voor toerisme en verkeer

Succesful aging, the Gerontologist, 37 pp 433-440, Rowe & Kahn, 1997

Transformatie in zorg en vastgoed / M. van der Velden ; M. Veraart - 2002
In: ESB , 2002 4388 (6 december) , p. 880-882

Trends : eenderde senioren nooit op vakantie, 2002, NRIT Actueel Vol. 11 Nr. 15 (7 nov.) p. 1

Vakantieparkengigant Euroase/ Roompot biedt vanaf 1 september verjongingsvakanties/ De Telegraaf, datum onbekend

Vakantiewensen van senioren blijken bescheiden : geen toeters en bellen, maar vers brood en een krantje, T. Hilderink 1996, Recreatie Vol. 26 Nr. 11 (nov.) p. 10-11.

Van ziekenhuisterrein tot zorgpark / Annemiele Thissen - 2005
In: Rooilijn , 2005 2 (februari) , p. 82-87

Vastgoed zorg uit AWBZ : kansen voor gemeenten en markt / Michael van der Velden - 2004
In: Building business , 2004 9 (november) , p. 44-45

Verskillende frequentiecijfers van aandoeningen bij gezondheidsenquêtes en huisartsregistraties/ Okkes en Lamberts (1997) In: Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 141 (1997)13 (634-638).

Voorzieningen, ziektekosten en het fiscale vangnet. De situatie voor chronisch zieken en gehandicapten in de periode 1990-1999/ Den Otter en Homan (1999) Leiden: Swoka, 1999.

Wachtlijstmeting verpleging en verzorging, peildatum 1 oktober 2003/ VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.. Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 27 januari 2004. Den Haag: Ministerie van VWS, 2004a

**Wonen en zorg kost veel tijd, energie en geld / Peter Jansen - 2003
In: Aedes magazine , 2003 15-16 (30 juli) , p. 10-13**

**Woningmarkt : grote beleggers dumpen recreatiewoningen / R. Nods - 1996
In: FEM : financieel economisch magazine , 1996 nr.18 (7 sep) , p. 26-28**

Zorgen en vastgoed snuffelen aan elkaar, van der Gijp en Roso, Property Research Quarterly, april 2005 jaargang 4 nr 1

**Zorg is komende jaren grootste economische groeisector / Eric Harms - 2002
In: Real estate magazine , 2002 24 (Oktober) , p. 8-13**

