

invoering Wmo +

Handreiking ketensamenwerking in de Wmo

Maatschappelijke ondersteuning in samenhang

juli 2005



Colofon

Samenstelling

NIZW

Daan Heineke
Roelf van der Veen

SGBO

Nora Kornalijnslijper

De handreiking is geschreven in opdracht van het Ministerie van VWS en VNG.

De informatie in deze handreiking over de Wet maatschappelijke ondersteuning is onder voorbehoud. Pas als het parlement akkoord gaat, is de Wmo op 1 juli 2006 een feit.

SGBO

Onderzoeks- en Adviesbureau van de
Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Postbus 30435
2500 GK Den Haag

Vormgeving

Besides Purple

Druk

Quantes

SGBO 3650.06/444h

Aan de totstandkoming van deze publicatie is de grootst mogelijke zorg besteed. SGBO kan echter niet aansprakelijk worden gesteld voor eventuele onjuistheden, noch kunnen aan de inhoud rechten worden ontleend Inhoudsopgave

Inhoudsopgave

1	Ketensamenwerking bij maatschappelijke ondersteuning	4
1.1	De Wmo en ketensamenwerking	4
1.2	Wat wordt verstaan onder ketensamenwerking?	5
1.3	Wat wordt verstaan onder ketensamenwerking?	5
1.4	Leeswijzer	5
2	Vraag naar maatschappelijke ondersteuning	6
2.1	Ondersteuningsbehoefte	6
2.2	Kwetsbare personen	7
2.3	Indeling in klantprofielen	8
2.4	De zeven klantprofielen nader uitgewerkt	9
2.5	Schattingen van het aantal per klantprofiel	12
2.6	Leefgebieden van klanten	13
3	Het aanbod van ondersteuningsvoorzieningen	15
3.1	Naar een overzicht	15
3.2	Indeling van het aanbod	15
3.3	Uitwerking van het aanbod en voorzieningen	16
3.4	Samenwerking per klantprofiel	20
4	Gemeenten en ketensamenwerking	22
4.1	Over ketens en ketensamenwerking	22
4.2	Voor welke problemen kan ketensamenwerking een oplossing zijn?	22
4.3	Rollen van gemeenten in ketensamenwerking	25
4.4	Stappen voor ketenregie op beleidsniveau	26
	Bijlagen	28
1	Praktijkvoorbeelden van samenwerking per klantprofiel	29
2	Pact van Savelberg	38
3	Gebruikte afkortingen	53
4	Nuttige websites	53
5	Literatuur	54

1 Ketensamenwerking bij maatschappelijke ondersteuning

1.1 De Wmo en ketensamenwerking

Maatschappelijke ondersteuning is een vorm van ondersteuning die door tussenkomst van derden tot stand komt en erop gericht is het zelfredzame vermogen en het sociaal functioneren van mensen, die dat zelf niet kunnen, te herstellen dan wel te bevorderen. De problemen waarmee iemand te maken heeft als gevolg van beperkingen kunnen zich voordoen op meerdere leefgebieden zoals wonen, inkomen, sociale contacten, gezondheid, mobiliteit, werk, onderwijs en dergelijke. Maatschappelijke ondersteuning kan geboden worden door een of meerdere partijen zoals gemeenten, gesubsidieerde instellingen, niet-gesubsidieerde instellingen, mantelzorgers en vrijwilligers. Dikwijls zullen diverse partijen betrokken zijn bij het bieden van ondersteuning. Uitgangspunt daarbij dient de vraag van een persoon te zijn, tenzij deze niet (meer) in staat is zijn of haar situatie te overzien.

Op 1 juli 2006 zal de Wet maatschappelijke ondersteuning¹ ingevoerd worden in alle gemeenten in Nederland. Die wet regelt dat de beleidsverantwoordelijkheid voor het inrichten van maatschappelijke ondersteuning bij gemeenten ligt en dat verantwoording daarover aan de burger moet worden afgelegd. Gemeenten krijgen daardoor de mogelijkheid een samenhangend beleid te ontwikkelen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, wonen en welzijn alsook op aanpalende terreinen. Door de bundeling van wetten en regelingen worden schotten geslecht die in het verleden een gezamenlijke inzet van middelen en een gezamenlijke bediening van cliënten belemmerden. Dat geldt voor middelen en doelen van de Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) en delen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en nog enkele subsidieregelingen. Bovendien bestond het risico van het afschuiven van problemen. Vanuit de organisaties gezien vormen de verschillende wettelijke kaders, verschillen in financierings- en verantwoordingswijze en de verschillende wijzen van aansturing lastig te nemen hobbels bij het organiseren van verdergaande vormen van samenwerking. Maar bovenal voor burgers en klanten kleefden er nadelen aan het versnipperde stelsel. De komst van de Wmo biedt een uitgelezen kans om de dienstverlening aan burgers en klanten te verbeteren en vooral aan kwetsbare burgers die aangewezen zijn op een samenhangend aanbod van diensten. Dat is ook de reden waarom in deze publicatie aandacht besteed wordt aan ketensamenwerking.

¹ In navolging van de Algemene handreiking voor de implementatie van de Wmo (SGBO, maart 2005) wordt maatschappelijke ondersteuning omschreven als "Mensen indien nodig ondersteunen in hun bijdrage aan de samenleving, het herstellen van de zelfredzaamheid, mensen toerusten om maatschappelijk te participeren,..."

1.2 Wat wordt verstaan onder ketensamenwerking?

Structurele samenwerking vindt overwegend op twee manieren plaats: in netwerken en in ketens. Bij netwerken heeft men regelmatig overleg over gezamenlijke klanten en stemt men ondersteuningstrajecten op elkaar af. Bij ketens stemt men de werkwijze en de interventiemethoden op elkaar af. Samenwerken in netwerken is wat vrijblijvender en samenwerken in ketens is meer verplichtend, met een gezamenlijk doel en verdergaande afspraken. Voorts is bij ketensamenwerking ‘het verbeteren van de dienstverlening aan de cliënt’, het ordeningsprincipe, hetgeen doorwerkt in de afspraken tussen de ketenpartners.

1.3 Wat wordt verstaan onder ketensamenwerking?

Deze handreiking wil laten zien wat ketensamenwerking kan betekenen voor het organiseren van maatschappelijke ondersteuning voor kwetsbare burgers. De rol die gemeenten daarbij kunnen spelen is een belangrijke en dat zal hier worden toegelicht. Deze handreiking biedt geen blauwdruk voor hoe gemeenten de ketensamenwerking in maatschappelijke ondersteuning zouden moeten organiseren. Daarvoor is nog onvoldoende ervaring opgedaan op dit gebied. Maar bovenal staat het idee van een blauwdruk haaks op de achterliggende gedachte van ketensamenwerking, namelijk de opbouw van onderop en denken vanuit het werkproces. Gemeenten zullen hun eigen keuzen moeten maken. Deze handreiking kan daaraan bijdragen door inzicht te geven in de gevolgen van bepaalde keuzen. Voor meer algemene informatie over regie voeren en ketenregie wordt verwezen naar andere bronnen die vermeld staan in het literatuuroverzicht.

1.4 Leeswijzer

De opbouw van deze publicatie is als volgt. Eerst wordt de vraag van klanten behandeld aan de hand van zeven klantprofielen. Per klantprofiel wordt geschetst op welke leefgebieden zij problemen kunnen ondervinden. Van daaruit volgt een beschrijving van de benodigde ondersteuningsdiensten. Tot slot behandelen we aandachtspunten voor de gemeenten om ketensamenwerking op de verschillende niveaus een impuls te kunnen geven.

2 Vraag naar maatschappelijke ondersteuning

2.1 Ondersteuningsbehoefte

De heer en mevrouw Van Dam zijn 80 en 78 jaar. Ze wonen nog zelfstandig en daar zijn ze blij om. Meneer Van Dam heeft echter steeds meer verzorging nodig. Hij heeft vijf jaar geleden een beroerte gehad en daardoor kan hij niet meer lopen en zit hij in een rolstoel. Mevrouw heeft haar man sindsdien verzorgd. Daar had zij, naast het huishouden, haar handen vol aan. Zij loopt zelf evenwel ook steeds moeilijker. Vanuit de omgeving is weinig hulp. Hun zoon woont ver weg en een buurvrouw die voor het echtpaar boodschappen deed en regelmatig een praatje kwam maken, is verhuisd. Het echtpaar krijgt nog weinig bezoek. Hoewel ze liever in hun eigen woning blijven, vreest het echtpaar dat een verzorgingshuis onvermijdelijk is.

Een herkenbaar voorbeeld van mensen die het zonder hulp niet meer redden om zelfstandig in hun eigen huis te wonen. Dat komt in Nederland steeds vaker voor, enerzijds door de vergrijzing en anderzijds door de vermaatschappelijking van de zorg. Door allerlei beperkingen en problemen lukt het deze mensen, hoe graag ze dat ook zouden willen, niet (meer) goed om voor zichzelf en elkaar te zorgen. Ze proberen het nog een tijdje maar dan komt het moment dat ze een beroep moeten doen op professionele ondersteuning.

Er is in ons land een uitgebreide, zogeheten sociale infrastructuur, of zorgstelsel, waardoor voor de vele mogelijke ondersteuningsbehoeften, hulpvragen en problemen er diverse voorzieningen georganiseerd zijn. Als we kijken naar het voorbeeld van het echtpaar Van Dam, zijn er diverse ondersteuningsmogelijkheden voor hen beschikbaar:

- Persoonlijke verzorging van de heer Van Dam
- Huishoudelijke zorg
- Hulpmiddelen (rolstoel en douchestoel voor de heer Van Dam)
- Woningaanpassing
- Maaltijdvoorziening
- Alarmering
- Vervoer
- Vrijwilligersdienst t.b.v. boodschappen en bezoek buitenshuis
- Dagbesteding, recreatieve activiteiten

Met het aanbod van deze voorzieningen, of een selectie daaruit, zal het echtpaar in staat zijn nog een tijdje zelfstandig in hun eigen huis te blijven wonen en is verhuizing naar een verzorgingshuis of verpleeghuis niet nodig. Maar het moet allemaal wel geregeld worden en liefst op zo'n manier dat de voorzieningen op elkaar afgestemd zijn. En daarvoor moeten de organisaties die de voorzieningen leveren, met elkaar samenwerken, moeten zij hun primaire processen op elkaar afstemmen. In het voorbeeld zal het tijdstip van de persoonlijke verzorging van de heer Van Dam niet moeten samenvallen met het tijdstip dat de maaltijd gebracht wordt.

In het zojuist genoemde voorbeeld van ondersteuningsbehoefte is sprake van een groot aantal voorzieningen die gelijktijdig of volgtijdelijk geboden kunnen worden. Daartoe is een goede afstemming en samenwerking nodig. Dat lijkt logisch en eenvoudig, maar is in de praktijk zeer lastig en complex.

Dat komt onder meer door:

1. Een grote gedifferentieerde groep

De mensen die een beroep gaan doen op de Wmo vormen een zeer gedifferentieerde groep.

Het betreft niet alleen ouderen met een ondersteuningsbehoefte, maar ook inwoners met een lichamelijke of verstandelijke beperking, inwoners met een psychische handicap of psychosociale problemen en ouders met opvoedproblemen. In het kader van de nieuwe wet moet de gemeente erop toezien dat er voor al die verschillende groepen een goede samenwerking geregeld is.

2. Een grote hoeveelheid voorzieningen

Vooraf voor cliënten met meerdere beperkingen en cliënten die op verschillende leefgebieden ondersteuning nodig hebben, zijn vele organisaties en hun voorzieningen actief. Soms zelfs zoveel, dat door de bomen het bos niet meer te zien is, niet voor de inwoners en niet voor bestuurders.

Als veel instanties allemaal apart voor één persoon of een groep personen hun voorzieningen leveren, dan bestaat het gevaar dat die voorzieningen niet goed op elkaar afgestemd zijn. Er zijn drie soorten afstemmingsproblemen:

Instellingen doen overlappende activiteiten. Het is niet duidelijk wanneer je bij de een of bij de ander moet zijn. Er zijn met andere woorden geen duidelijke taakscheiding en -afbakening.

Instellingen laten met elkaar activiteiten liggen. Er zijn zogeheten witte vlekken in het stelsel; dan blijven kwetsbare personen verstoken van (delen van) noodzakelijke ondersteuning.

Instellingen doen tegenstrijdige activiteiten, bijvoorbeeld: de ene instelling probeert het echtpaar Van Dam zo lang mogelijk in hun eigen woning te laten wonen en een andere instelling werkt aan plaatsing in een verzorgingshuis.

In de Wmo wordt beoogd dat de verschillende partijen werken aan hetzelfde doel, werken aan een afdoende ondersteunende dienstverlening aan de klant gericht op een zo zelfredzaam mogelijk functioneren. Niet het eigen aanbod of de rationaliteit van de eigen organisatie vormt het vertrekpunt, maar de behoefte aan ondersteuning van de klant. Van de organisaties en personen die deze voorzieningen of diensten moeten leveren, vereist dit een verandering in de bestaande werkwijze. Een samenhangend aanbod is bij uitstek nodig voor mensen met meervoudige problemen. Dat kunnen meervoudige beperkingen zijn zoals een combinatie van fysieke en verstandelijke beperkingen, maar ook problemen op meerdere leefgebieden als gevolg van een of meer beperkingen, zoals wonen, zorg, welzijn, inkomen en dagbesteding.

2.2 Kwetsbare personen

De Wmo is er voor alle inwoners van een gemeente. Steeds meer inwoners krijgen er mee te maken.

Dit komt niet alleen door de vergrijzing, waarbij de groep ouderen met beperkingen groter wordt, maar ook door de verdergaande extramuralisering en vermaatschappelijking van de zorg. Mensen met een beperking of handicap zullen vaker thuis kunnen blijven wonen of weer thuis kunnen gaan wonen. Uit de negen prestatievelden van de Wmo is op te maken dat de Wmo-doelgroep breed en gedifferentieerd van samenstelling is.

De Wmo is bestemd voor drie 'doelgroepen':

- Kwetsbare personen met een ondersteuningsbehoefte (zelfstandig wonend met handicaps, beperkingen of problematiek);
- Personen met een participatiebehoefte (hetzij ten behoeve van de eigen ontwikkeling of ontspanning, hetzij voor die van anderen²);
- Kwetsbare buurten (waar sociale samenhang, veiligheid en leefbaarheid onder druk staan).

² We spreken dan van vrijwilligerswerk of vrijwillige inzet

Deze handreiking beperkt zich tot de kwetsbare personen met een ondersteuningsbehoefte. Het zijn mensen die min of meer zelfstandig wonen, maar die leven met problemen, handicaps of beperkingen. Zonder ondersteuning van buitenaf, hetzij van de naaste omgeving (mantelzorg), hetzij van professionals, hetzij van vrijwilligers, staan het zelfstandig wonen en de participatie in de samenleving onder druk. Zonder specifieke voorzieningen of diensten kunnen zij zich niet of onvoldoende in een zelfstandige thuissituatie redden.

De doelgroep kwetsbare personen wordt getypeerd door hen in te delen in zeven categorieën en deze worden 'klantprofielen' genoemd. In de hierna volgende paragrafen wordt nadere informatie verstrekt over elk klantprofiel: welke problemen, beperkingen of handicaps betreft het? En hoeveel zijn het er eigenlijk?

Daarna wordt de ondersteuningsbehoefte van elk klantprofiel uitgewerkt door deze te verbinden met leefgebieden. Per klantprofiel volgt een beschrijving van de problemen of belemmeringen die er doorgaans op bepaalde leefgebieden zijn.

2.3 Indeling in klantprofielen

Wie zijn die kwetsbare inwoners op wie de Wmo zich met name richt? Het is een grote, diffuse groep van ongeveer 2,5 miljoen mensen. 10 procent van de Nederlandse bevolking heeft min of meer structurele ondersteuningsbehoefte vanuit de Wmo en 5 procent heeft die incidenteel of kortdurend nodig. Het totale percentage van de bevolking dat als 'kwetsbaar' gekenmerkt kan worden bedraagt dus ongeveer 15 procent³.

Op grond van verschillende problemen, handicaps en beperkingen is er onderscheid te maken in zeven hoofdcategoryën kwetsbare inwoners, de klantprofielen. Met deze zeven klantprofielen wordt het overgrote deel van de kwetsbare Wmo-doelgroep bestreken. Het betreft:

- Personen met een lichamelijke beperking
- Personen met chronische psychische problemen
- Personen met een verstandelijke beperking
- Personen met psychosociale of materiële problemen
- Personen met lichte opvoed- en opgroeioproblemen
- Personen betrokken bij huiselijk geweld⁴
- Personen met meervoudige problematiek⁵

Alvorens in te gaan op elk van deze klantprofielen, lichten we de indeling nader toe.

Langdurige versus tijdelijke ondersteuning

Bij de eerste drie klantprofielen is sprake van een langdurige beperking⁶. Een groot deel van de personen met een beperking of handicap (1/3 van de mensen met een verstandelijke beperking en 2/3 van de mensen met een psychische handicap) kan min of meer zelfstandig participeren in de samenleving, maar heeft daarbij specifieke ondersteuning nodig, bijvoorbeeld bij huishoudelijke redzaamheid, financiën, vervoer of dagbesteding.

De vier andere klantprofielen betreffen personen of groepen personen (gezinnen of huishoudens) waarbij de ondersteuningsbehoeften in principe tijdelijk zijn, met uitzondering van personen met meervoudige problematiek, bij wie ondersteuning mogelijk vele jaren noodzakelijk zal zijn.

Ouderen

Bij de indeling in klantprofielen is de aard van de problemen of de beperking leidend en niet de leeftijd. Het was ook mogelijk geweest om te kiezen voor ouderen (65-plus) als klantprofiel. Want velen

³ Het aantal inwoners in Nederland bedraagt volgens het CBS medio 2005 16,3 miljoen inwoners, waarvan 3,5 miljoen jongeren (0-17) en 2,2 miljoen ouderen (65+)

⁴ Met name mishandelde vrouwen, ouderen en kinderen

⁵ Meestal zonder duidelijke eigen hulpvraag, de zogenaamde OGGZ-doelgroep

⁶ Deze groepen worden ook wel anders aangeduid, namelijk met de term 'gehandicapt': personen met resp. een lichamelijke handicap, een psychische handicap en een verstandelijke handicap.

van de 2,2 miljoen ouderen (circa 60 procent = 0,9 miljoen⁷) hebben te maken met een of meer beperkingen, en andersom zijn de meeste kwetsbare inwoners 65-plus. Toch heeft het merendeel van de 2,2 miljoen ouderen geen ondersteuningsbehoefte. Het zijn ouderen die zich prima zelfstandig kunnen redden⁸. Sterker nog, ouderen nemen een groot deel van al het vrijwilligerswerk en de mantelzorg voor hun rekening.

De ondersteuningsbehoefte ouderen vallen onder verschillende klantprofielen. Ouderdom gaat vaak gepaard met gebreken en problemen, zoals mobiliteitsbeperkingen, psychische problemen als angst en depressie, slaapproblemen, financiële problemen, eenzaamheid of een combinatie hiervan. Ouderen zijn vooral in te delen bij de volgende vier klantprofielen, namelijk personen met een lichamelijke beperking, personen met chronische psychische problemen, personen met psychosociale problemen en personen met meervoudige problematiek.

Dus niet de leeftijd, maar de aard van de beperking, de handicap of het probleem is het onderscheidende criterium. Dat neemt niet weg dat een gemeente ervoor kan kiezen om voor de doelgroep kwetsbare ouderen specifiek beleid te voeren als het gaat om maatschappelijke ondersteuning. Want het aantal ouderen in Nederland zal de komende jaren sterk toenemen van 13,5 procent naar 22 procent in 2030⁹. En bovendien betreft het veelal speciale ondersteuningsbehoefte ten gevolge van afnemende buffers op de verschillende leefgebieden zodat het bewaren van zelfredzaamheid sterk onder druk komt te staan. Maatschappelijke ondersteuning zal veelal gericht zijn op uitstel van een grotere afhankelijkheid van en een beroep op meer specialistische zorg- en woonvoorzieningen.

Mantelzorgers

Veel van de inwoners met een ondersteuningsbehoefte kunnen ook een beroep doen op de ondersteuning van familieleden, vrienden of burens. En er vindt veel mantelzorg plaats in Nederland. In 2001 gaven 3,7 miljoen volwassen Nederlanders hulp aan familieleden of goede bekenden met een ondersteuningsbehoefte. De mantelzorgers zijn hard nodig in onze samenleving. Er wordt veel van hen geëist, zoveel dat zijzelf in feite ook ondersteuningsbehoefte zijn. Van hen ondervinden 25 tot 40 procent zelf ernstige belemmeringen door het geven van mantelzorg. Velen van de mantelzorgers staan er vaak alleen voor, zonder professionele hulp zoals thuiszorg. Voor hen zijn er steunpunten Mantelzorg met een professioneel aanbod.

We hebben de mantelzorgers niet als aparte klantprofiel beschreven, ook al heeft deze groep dikwijls een vorm van ondersteuning nodig.

2.4 De zeven klantprofielen nader uitgewerkt

In het navolgende worden de zeven klantprofielen nader getypeerd. De beschrijvingen bevatten de belangrijkste kenmerken en ondersteuningsbehoeften¹⁰.

Personen met een lichamelijke beperking

Personen met zintuiglijke beperkingen (zien en horen) en motorische beperkingen (arm/handfunctie, langdurig zitten en staan, zich verplaatsen, persoonlijke verzorging, huishoudelijke taken). Er is onderscheid te maken tussen een aangeboren beperking en een verworven beperking (als gevolg van een ongeval of een ziekte zoals een beroerte). Beperkingen kunnen progressief van karakter zijn (de ernst neemt in de loop van de tijd toe, bijvoorbeeld als gevolg van een spierziekte) of periodiek fluctueren (ten gevolge van een chronische ziekte zoals reuma of epilepsie). Verder is er onderscheid te maken in de ernst van de beperking. Er zijn personen met een ernstige lichamelijke beperking (500.000) en met een matige lichamelijke beperking (1 miljoen).

⁷ Van de 2,2 miljoen ouderen hebben er 730.000 een matige of ernstige lichamelijke handicap, 100.000 een ernstige psychische handicap, 10% angst- en/of cognitieve stoornissen, 15% depressieve gevoelens, 4000 een verstandelijke handicap en doen er jaarlijks ongeveer 50.000 een beroep op het AMW. Bronnen: brancherapporten VWS en het rapport 'Ouder worden we allemaal, Trendstudies en toekomstdebatten over de vergrijzing in Nederland' van R. van Overbeek en A. Schippers, NIZW, Utrecht, 2005

⁸ Van alle ouderen verblijft slechts 7% in een verzorgings- of verpleegtehuis

⁹ Zie www.minvws/dossiers/ouderen

¹⁰ Wij hebben hierbij onder meer de brancherapporten van VWS geraadpleegd.

Er zijn in Nederland naar schatting 1,5 miljoen volwassenen met een ernstige of matige lichamelijke beperking die zelfstandig wonen, van wie de helft ouder is dan 65 jaar.

Personen met chronische psychische problemen

Personen met ernstige langdurige psychische stoornissen, al dan niet gepaard gaande met andere problematiek zoals verslavingsproblematiek. Kenmerken zijn het hebben van een psychiatrische stoornis (volgens standaard van DSM-classificatie), actuele stoornissen in het psychisch functioneren, beperkingen in het sociale functioneren, gebruikmaken van de samenleving en een chronisch beloop van de ziekte. Beperkingen in het functioneren kunnen op meer gebieden ervaren worden. Subgroepen zijn onder andere ouderen met een psychogeriatrische aandoening, zoals dementie. Psychische problemen bij ouderen worden vaak niet als zodanig herkend, doordat ze gepaard gaan met lichamelijke klachten of gedefinieerd worden als lichamelijke klachten, met als gevolg dat er geen adequate behandeling plaatsvindt of verkeerde geneesmiddelen worden verstrekt.

Van de 170.000 volwassenen met een chronische psychische handicap, wonen er 120.000 in zelfstandige huisvesting. Naar verwachting zal dit aantal zelfstandig wonende mensen met deze problematiek de komende jaren sterk toenemen als gevolg van vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Personen met een verstandelijke beperking

Personen met een niveau van intellectueel functioneren lager dan een IQ van 70 met beperkingen in de sociale zelfredzaamheid: communicatie, zelfredzaamheid, wonen, sociale vaardigheden, zelfbepaling, gezondheid, veiligheid, vrije tijd, educatie en werk. Binnen de DSM-IV worden vier classificatieniveaus van psychische stoornissen onderscheiden: licht, matig, ernstig en zeer ernstig. Er zijn allerlei oorzaken voor een verstandelijke handicap: erfelijke factoren, de ontwikkeling van de hersenen voor de geboorte, problemen tijdens de bevalling (bijvoorbeeld zuurstoftekort), door ziekten na de geboorte (bijvoorbeeld hersenvliesontsteking) of als gevolg van een ongeluk met ernstig hersenletsel. Het Downsyndroom is een van de vormen van een verstandelijke beperking.

Van de 70.000 volwassenen met een verstandelijke beperking, wonen er 24.000 in min of meer zelfstandige huisvesting en zijn er slechts 3700 ouder dan 65 jaar. Het aantal zelfstandig wonende personen is de afgelopen jaren sterk toegenomen en zal de komende jaren verder toenemen.

Personen met psychosociale en materiële problemen

Mensen die in hun alledaagse bestaan problemen ondervinden: hoe ze zich voelen, hoe ze met anderen omgaan, hun besteedbare inkomen, het omgaan met de kinderen, huishoudelijke omstandigheden. Er is doorgaans sprake van een tekort aan psychosociale vaardigheden waardoor zij in diverse maatschappelijke verbanden niet naar wens kunnen functioneren. Veelvoorkomende klachten zijn relatieproblemen, depressieve gevoelens, stress, schulden, opvoedingsproblemen, het niet gebruik-maken van publieke rechten en voorzieningen. De hulpvraag bestaat doorgaans uit (een mengeling van) materiële problemen (25 procent), relatieproblemen (25 procent) en psychosociale problemen (50 procent).

Per jaar worden 500.000 personen door het Algemeen Maatschappelijk Werk ondersteund, waaronder 50.000 ouderen. Het sociaalraadslidenwerk heeft jaarlijks zo'n 400.000 contacten met cliënten die problemen hebben op het gebied van sociale zekerheid, belastingen en wonen.

Vorig jaar meldden zich 152.000 huishoudens met schulden bij een Kredietbank, de Sociale Dienst of het maatschappelijk werk¹¹.

Personen met lichte opvoed- en opgroeioproblemen

Het betreft hier vooral de risicogroep met geringe ontwikkelingskansen die problemen heeft of zelf veroorzaakt en een grote kans loopt op sociale uitsluiting of marginalisering. Het gaat dan

¹¹ Jaarlijkse quick scan van het Landelijk Platform Integrale Schuldhulpverlening. Zie www.shvbenchmark.nl

om kinderen met leer-, ontwikkelings-, of gedragsproblemen en tevens om ouders die problemen hebben bij het adequaat daarmee omgaan. Onder deze groep vallen ook de gezinnen waar kindermishandeling plaatsvindt.

Er is een ondersteuningsbehoefte bij de opvoeding en het opgroeien, gericht op het voorkomen dat problemen uit de hand lopen en zwaardere zorg nodig wordt en het werken aan een gezonde ontwikkeling van kinderen en een adequate opvoeding door ouders.

Men spreekt vaak over een percentage van 15 procent van alle jeugdigen die hieronder vallen (525.000). Schattingen van het aantal mishandelde kinderen variëren van 50.000 tot enkele honderdduizenden kinderen per jaar.

Voor een deel van deze kinderen en hun ouders is meer specialistische zorg nodig, te weten jeugdhulpverlening, justitiële jeugdzorg, jeugd-ggz en jeugd-lvg. Jaarlijks krijgt 4,5 procent van alle jeugdigen een vorm van jeugdzorg (circa 160.000). Daarvan staan er bijna 5.500 onder toezicht en kregen er 25.000 een residentieel aanbod.

Personen betrokken bij huiselijk geweld

Huiselijk geweld is geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer is gepleegd. Het kan daarbij gaan om lichamelijk en seksueel geweld en om psychisch geweld, zoals bedreiging en belaging ('stalking'). Huiselijk geweld kan de vorm aannemen van kindermishandeling en seksueel kindermisbruik, partner-relatiegeweld in alle denkbare verschijningsvormen en mishandeling of verwaarlozing van ouderen¹².

Huiselijk geweld is een groot maatschappelijk probleem, waar bijna de helft van alle Nederlanders wel een keer mee in aanraking komt. Het begint vaak met bedreiging en psychische mishandeling. Lichamelijk geweld varieert van slaan en schoppen en ander grof geweld tot zestig à tachtig moorden per jaar. De betrokkenen zijn vaak zelf niet in staat om de geweldsspiraal te doorbreken. Interventie van buitenaf is nodig.

Ruim 80 procent van de slachtoffers van huiselijk geweld is vrouw, 18,5 procent is man. Ook oudermishandeling komt steeds vaker voor. Vrouwelijke slachtoffers zijn grotendeels tussen de 25 en 45 jaar. Bij seksueel geweld zijn vooral kinderen en jongeren het slachtoffer.

Vorig jaar zijn 56.000 incidenten van huiselijk geweld gemeld bij de politie. Het werkelijke aantal is vele malen hoger. Schattingen leren dat slechts 12 procent van het huiselijk geweld wordt aangegeven bij de politie¹³. Dat geeft een totaal van een half miljoen.

Personen met meervoudige beperkingen en problemen

Het betreft mensen met meervoudige problematiek, die zelf vaak niet (gericht en expliciet) om ondersteuning vragen, maar deze wel nodig hebben. De vraag om hulp is veelal afkomstig van familie, burens, omstanders of politie. Er kan van alles aan de hand zijn zoals schulden, verslaving, dakloosheid, overlastgevend gedrag en zelfverwaarlozing. Subgroepen zijn marginaal gehuisveste personen, verwaarlozende huishoudens, feitelijk daklozen, residentieel daklozen, zwerfjongeren en alleenstaande hoogbejaarden in een sociaal isolement en met een hartaandoening.

De eerste hulp en opvang die geboden worden aan mensen die ook wel zorgwekkende zorgmijders worden genoemd, heet openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). Daar kunnen veel instellingen bij betrokken zijn zoals de GGD, de GGZ, de politie, maatschappelijke opvang, verslavingszorg en woningcorporaties.

Er zijn 30.000 daklozen en 70.000 van deze zeer kwetsbare huishoudens, die te bestempelen zijn als potentieel daklozen ten gevolge van onder andere grote schulden, zelfverwaarlozing, verslaving of overlastgevend gedrag. Nederland telt circa 30.000 probleemgebruikers van harddrugs (vooral opiaten en cocaïne). En er waren in 2003 bijna 1,2 miljoen probleemgebruikers van alcohol in de bevolking

¹² Zie website van Ministerie van Justitie (www.ministerievanjustitie.nl/b_organ/nhg/index1.htm).

¹³ 'Huiselijk Geweld: de voordeur op een kier. Omvang, aard en achtergronden in 2004 op basis van landelijke politiecijfers' (Advies- en onderzoeksgroep Beke, 2004).

van 16 tot en met 69 jaar. In 2003 waren ruim 25.000 onder behandeling van de verslavingszorg. Verder zijn er naar schatting 5000 zwerfjongeren (jongeren van 15-23 jaar zonder stabiele woon- of verblijfplaats of die verblijven in opvang voor thuisloze jongeren).

Het werkelijke aantal personen met meervoudige problemen is nauwelijks vast te stellen door een lastige afbakening van de verschillende subgroepen en doordat vele personen uit deze groepen nauwelijks bij instanties in beeld zijn of juist bij verschillende instanties geregistreerd staan (dubbelstellingen).

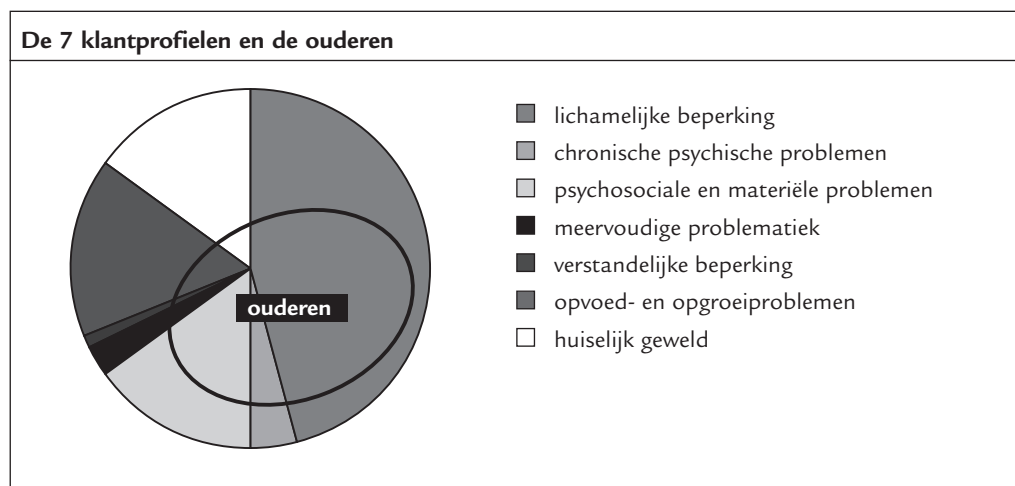
Ook personen met meervoudige beperkingen worden hierbij ingedeeld omdat de problemen die zij tegenkomen vergelijkbaar zijn met die van de hierboven aangeduide groep mensen. Daarbij kan gedacht worden aan ouderen maar ook jongeren met zowel lichamelijke als psychische beperkingen en aan personen met lichamelijke en verstandelijke handicaps.

2.5 Schattingen van het aantal personen per klantprofiel¹⁴

In onderstaand schema worden schattingen gegeven van het aantal personen per klantprofiel.

Klantprofiel	Aantal	Aantal ouderen 65-plus
Personen met een lichamelijke beperking	1.500.000	730.000
Personen met chronische psychische problemen	120.000	100.000
Personen met een verstandelijke beperking	25.000	4.000
Personen met psychosociale of materiële problemen	500.000	50.000
Personen met lichte opvoed- en opgroeioproblemen	525.000	
Personen betrokken bij huiselijk geweld ¹⁵	500.000	
Personen met meervoudige problematiek ¹⁶	100.000	
Totaal aantal kwetsbare personen	3.270.000	884.000
Totaal aantal inwoners Nederland	16.300.000	2.200.000
Percentage kwetsbare personen	20%	40%

Hieronder geeft een taartdiagram de aantallen per klantprofiel. Tevens geeft een cirkel daarbinnen grofweg aan in welke profielen de ouderen zich bevinden (namelijk vooral bij de mensen met een lichamelijke beperking en chronische psychische problematiek i.c. een psychogeriatrische aandoening). Het gaat daarbij niet om alle ouderen maar alleen om de ouderen met een of meer beperkingen.



¹⁴ Niet opgenomen in een specialistische, intramurale voorziening

¹⁵ Met name mishandelde vrouwen, ouderen en kinderen

¹⁶ Meestal zonder duidelijke eigen hulpvraag, de zogenaamde OGGZ-doelgroep

2.6 Leefgebieden van klanten

Circa 20 procent van de Nederlandse bevolking heeft door allerlei soorten belemmeringen en problemen een ondersteuningsbehoefte. Die ondersteuningsbehoefte kan zich op uiteenlopende leefgebieden manifesteren. De volgende twaalf leefgebieden worden hier onderscheiden¹⁷:

Leefgebied	Toelichting
Huisvesting	Type huisvesting, soort woonomgeving, woonsituatie, alleen of met anderen
Zelfverzorging en huishouding	De verzorging van lichaam, kleding, voeding, huishouden en klussen
Financieel functioneren	Het hebben van een inkomen, het banksaldo, geldvaardigheden, bestedingsruimte
Dagbesteding/werk/vorming	Maatschappelijk nuttige activiteiten, betaald of onbetaald. Of bezig zijn met de randvoorwaarden daartoe (vorming, onderwijs, sociale activering)
Vrije tijd	Recreatie binnen en buitenshuis, vakantie, ontspanning, eigen keuze van de tijdsindeling
Maatschappelijke zelfredzaamheid	Vervoer, reizen, regelzaken, formulieren, instanties, boodschappen doen
Maatschappelijke aanpassing	Rekening houden met de (directe) leefomgeving, verstandhouding met de leefomgeving, integratie, uitoefening burgerrechten
Sociaalrelationeel functioneren	Omgaan met familie, vrienden, collega's, sociaal netwerk
Pedagogisch functioneren	Opvoeden van kinderen, gezinsleven, ontwikkeling van de kinderen
Veiligheid	Zonder bedreiging of angst kunnen wonen, werken en in het openbaar bewegen
Lichamelijk functioneren	Gezondheid, fitheid
Psychisch functioneren	Denkvermogen, welbevinden, emotionele stabiliteit

Voor elk klantprofiel is aan te geven waar de problemen en belemmeringen doorgaans aan de orde zijn, met andere woorden op welk leefgebied er een ondersteuningsbehoefte is.

¹⁷ We hebben gekozen voor deze veelvoorkomende leefgebieden. In de verschillende sectoren en ook hun registratiesystemen zijn grote verschillen in de indeling van leefgebieden. Anderzijds is er ook weer veel overlap.

Overzicht van Leefgebieden en ondersteuningsbehoeften							
Leefgebied	Lichamelijke beperking	Chronisch psychische problemen	Verstandelijke beperking	Psych-soc. & materiële problemen	Opvoed en opgroei-problemen	Huiselijk geweld	Meerv. problematiek
Huisvesting	++	+	++	+	+	+	+++
Zelfverzorging en huishouding	++	+	++				++
Financieel functioneren	+	+	+	+			+++
Dagbesteding/ werk/vorming	+	+	+	++			++
Vrije tijd	++	++	++	+			+
Maatschappelijke zelfredzaamheid	+	++	++	++	+	+	++
Integratie/maatschappelijke aanpassing	+	+	+		+	++	++
Sociaalrelatieel functioneren	++	++	++	++	+	+++	++
Pedagogisch functioneren		+		+	+++	+	+
Veiligheid	+	+	++		+	+++	++
Lichamelijk functioneren	++	+	+	+		+	++
Psychisch functioneren	+	+++	+	++	++	+++	++

+++ = ondersteuningsbehoefte bijna altijd aan de orde
 ++ = ondersteuningsbehoefte vaak aan de orde
 + = ondersteuningsbehoefte soms aan de orde

Enkele scores toegelicht

- Personen met een lichamelijke beperking kunnen hoge extra kosten hebben, waardoor hun bestedingsruimte minimaal is.
- Personen met chronische problematiek (verstandelijk, lichamelijk of psychisch) worden eerder gepest of uitgebuit.
- Veel mensen met chronische psychische problemen hebben lichamelijke klachten die samenhangen met langdurig gebruik van medicatie (bijvoorbeeld antipsychotica). Ook dementerende ouderen hebben vaak lichamelijke klachten.
- Ongeveer 20 procent van de personen met chronische psychische problemen heeft kinderen. Deze ouders hebben vaak moeite met hun rol als opvoeder. Voor hen zijn er speciale preventieprogramma's.
- Er is een duidelijk verband tussen het hebben van psychosociale problemen en het ontbreken van werk.

3 Het aanbod van ondersteuningsvoorzieningen

3.1 Naar een overzicht

Inwoners met een ondersteuningsbehoefte zullen vaak geprobeerd hebben hun problemen zelf op te lossen. Inwoners zijn primair zelf verantwoordelijk voor hun wel en wee. Als ze het zelf niet meer redden wordt doorgaans een beroep gedaan op familieleden of burens, de mantelzorg. Vaak zal dat dan tot resultaten leiden. Er is in onze samenleving nog een fors reservoir aan sociaal kapitaal.

Inwoners zijn immers ook verantwoordelijk voor elkaar en hun omgeving.

Velen zullen bij hun huisarts aangeklopt hebben of hebben incidenteel contact gezocht met andere algemene instellingen of organisaties zoals de sociale dienst of de school van hun kinderen.

Maar problemen en belemmeringen kunnen dermate ernstig of langdurig zijn dat er meer en diverse professionele ondersteuning nodig is.

In Nederland is er de afgelopen decennia een groot aantal hulpverleningsmogelijkheden tot stand gekomen. Voor al de verschillende problemen verschenen ook gespecialiseerde voorzieningen, diensten en methoden. Zelfs zoveel dat de hulpverleners zelf het overzicht over de vele mogelijkheden verloren en er daardoor ook knelpunten ontstonden in onderlinge verwijzing en samenwerking.

Voor de kwetsbare personen zelf is het overzicht van het aanbod aan ondersteuningsmogelijkheden soms ver te zoeken.

Ondersteuning, zorg of hulpverlening kan georganiseerd en gefinancierd worden vanuit de gemeente, de provincie, de AWBZ, de ziektekostenverzekering of de rijksoverheid. De invoering van de Wmo biedt kansen om het stelsel van ondersteuningsmogelijkheden te verbeteren tot een meer transparante sociale infrastructuur.

Voor de gemeente ligt er in het kader van de Wmo een opdracht om op basis van de ondersteuningsbehoefte van de burgers met beperkingen samenhang te brengen in de benodigde, diverse voorzieningen en diensten. Hierna volgt een overzicht van de soorten aanbod en voorzieningen die de (kwetsbare) inwoners ter beschikking staan.

3.2 Indeling van het aanbod

Aanbod dat valt onder de Wmo

Onder de Wmo gaat een hele reeks voorzieningen vallen. Het betreft in de eerste plaats aanbod waarvan iedereen gebruik kan maken, dus ook als men niet ondersteuningsbehoefte heeft. Denk hierbij aan sociaal-cultureel werk en sportstimulering. Dit noemen we het participatieaanbod.

Ten tweede is er een Wmo-aanbod voor kwetsbare personen, bij wie de zelfredzaamheid onder druk staat. Dit aanbod is bestemd voor personen die vallen onder een van de zeven klantprofielen.

We spreken dan van ondersteuningsaanbod.

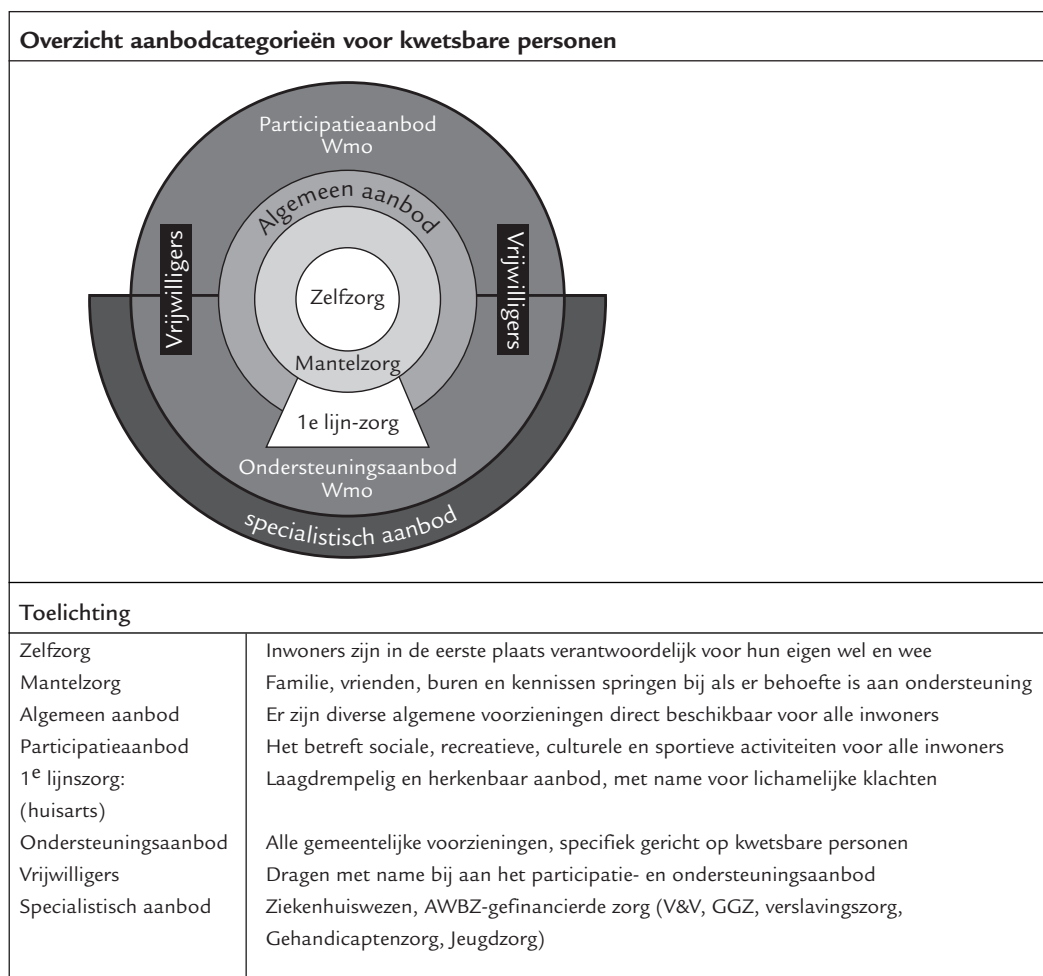
In beide typen Wmo-aanbod, spelen vrijwilligers een zeer grote rol. Denk aan vrijwilligers in sport- en muziekverenigingen bij het participatieaanbod en aan vrijwilligers in bijvoorbeeld het ouderenwerk en de maatschappelijke opvang bij het ondersteuningsaanbod.

Aanbod dat valt buiten de Wmo

Behalve het aanbod dat onder de Wmo valt, is er ook nog ander aanbod:

- Mantelzorg
- Algemeen aanbod (bijvoorbeeld onderwijs, sportverenigingen, centrum voor werk en inkomen, commerciële aanbieders), inclusief eerstelijnszorg (met name huisartsenzorg);
- Specialistisch aanbod (geïndiceerde AWBZ- en jeugdzorg)

Het bovenstaande onderscheid wordt gemaakt om erop te wijzen dat het gehele palet aan aanbodmogelijkheden beschikbaar is voor inwoners met beperkingen. Het is belangrijk dat gemeenten zich realiseren dat niet alleen het ondersteuningsaanbod vallend onder de Wmo belangrijk is om in ogenschouw te nemen. Alle soorten aanbod zijn noodzakelijk voor de verschillende groepen, i.c. de zeven klantprofielen. Op de volgende manier is dit totaalaanbod in een schema geplaatst:



3.3 Uitwerking van het aanbod en voorzieningen

Als een inwoner er met zelfzorg niet uitkomt, dan zal hij op zoek gaan naar meer professionele hulp of zorg, al naar gelang het type ondersteuningsvraag en zijn bekendheid met de sociale infrastructuur. Voor de zeven klantprofielen zijn doorgaans vele en veelsoortige diensten, voorzieningen of producten beschikbaar. In deze paragraaf geven we per klantprofiel een overzicht. Hoewel het een uitgebreid overzicht is, is daarbij niet naar volledigheid gestreefd.

Personen met een lichamelijke beperking			
Algemeen aanbod & 1 ^e lijnszorg	Participatieaanbod Wmo	Ondersteuningsaanbod Wmo	Specialistisch aanbod
<p><i>Lichaam en gezondheid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Huisarts • Pedicure • Kapper <p><i>Huishouden/praktisch</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Particuliere huishoudelijke hulp • Comfortdiensten van commerciële organisaties <p><i>Huisvesting</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Woningcorporatie • Thuisconciërges <p><i>Werk en inkomen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sociale dienst • Centrum voor werk en inkomen <p><i>Mobiliteit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Openbaar vervoer • Invalidenparkeerplaatsen • Toegankelijke gebouwen 	<p>Sociaalculturele activiteiten zoals:</p> <p><i>Sociaal en ontmoeting</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inloop/soos <p><i>Vrije tijd</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recreatief • Sport • Creatief • Cultuur en muziek <p><i>Informatie en educatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bibliotheek • Cursussen • Volksuniversiteit <p><i>Dagbesteding</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vrijwilligerswerk • Steunpunt • Algemeen 	<p><i>Informatie en advies</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Loket Informatie & Advies • Preventief huisbezoek • Ouderenadviseur • Steunpunt mantelzorg • PGB-beheer <p><i>Huisvesting</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Woningaanpassing <p><i>Verzorging</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Maaltijdvoorziening • Boodschappendienst <p><i>Huis & tuin</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Huishoudelijke hulp • Klussendienst • Tuinonderhoud <p><i>Vervoer/mobiliteit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hulpmiddelen • Scootmobielcursus • Aanvullend vervoer • Rolstoeltaxi <p><i>Veiligheid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Persoonsalarmering <p><i>Dagbesteding/vrije tijd</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dagactiviteiten ouderen • Ontmoetingsdagdelen • Sociaal • Ontmoetingsgroepen • Telefooncirkels <p>Maatschappelijk</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administratieve ondersteuning 	<p>Geïndiceerde zorg</p> <p>Intramurale en ambulante AWBZ-zorgfuncties voor mensen met een lichamelijke beperking (LG en V&V):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verpleeghuiszorg • Verzorgingshuiszorg • Thuiszorg • Dagverzorging • Dagbehandeling • Activiteitencentra LG <p><i>Overige(para)medische zorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fysiotherapie • Logopedie • Ergotherapie • Tandarts • Apotheek • Ziekenhuiszorg

Personen met chronische psychische problemen			
Algemeen aanbod & 1 ^e lijnszorg	Participatieaanbod Wmo	Ondersteuningsaanbod Wmo	Specialistisch aanbod
<p><i>Lichaam en gezondheid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Huisarts <p><i>Geestelijke gezondheid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eerstelijnspsycholoog (ELP) <p><i>Huisvesting</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Woningcorporatie • Thuisconciërges 	<p>Sociaalculturele activiteiten zoals:</p> <p><i>Sociaal en ontmoeting</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inloop/soos <p><i>Vrije tijd</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recreatie en sport • Creatief • Cultuur en muziek <p><i>Informatie en educatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bibliotheek • Volksuniversiteit • Cursussen <p><i>Dagbesteding</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Steunpunt vrijwilligerswerk • Vrijwilligerswerk 	<p><i>Algemeen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Loket Informatie & Advies • Maatschappelijk steunsysteem • Steunpunt mantelzorg <p><i>Sociaal en psychisch</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Maatjesprojecten en vriendendiensten <p><i>Dagbesteding/vrije tijd</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dagactiviteitencentra (DAC) • Werkervaringscursus • Huiskamerproject • Eetcafé 	<p><i>Geïndiceerde zorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intramurale en ambulante AWBZ-zorgfuncties voor mensen met een psychische aandoening (GGZ en V&V) • Activerende begeleiding • Ondersteunende begeleiding¹⁸ <p><i>Overige zorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tandarts • Apotheek • Ziekenhuiszorg (APZ)

¹⁸ Over de overheveling van ondersteunende en activerende begeleiding van de AWBZ naar de WMO is nog geen beslissing genomen.

Personen met een verstandelijke beperking			
Algemeen aanbod & 1e lijnszorg	Participatieaanbod Wmo	Ondersteuningsaanbod Wmo	Specialistisch aanbod
<p><i>Lichaam en gezondheid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Huisarts <p><i>Huisvesting</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Woningcorporatie • Thuisconciërges <p><i>Werk en inkomen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vrijwilligerswerk 	<p>Sociaalculturele activiteiten zoals:</p> <p><i>Sociaal en ontmoeting</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inloop/soos <p><i>Vrije tijd</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recreatief • Sport • Creatief • Cultuur en muziek • Buurtactiviteiten <p><i>Informatie en educatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bibliotheek • Cursussen <p><i>Dagbesteding</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vrijwilligerswerk 	<p><i>Algemeen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Loket Informatie & Advies <p><i>Maatschappelijk</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Administratieve ondersteuning <p><i>Vervoer/mobiliteit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aanvullend openbaar vervoer <p><i>Informatie en educatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Specifieke cursussen (bijv. kookcursus) 	<p><i>Geïndiceerde zorg met intramurale en ambulante AWBZ-zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Daaronder vallen ook de volgende ambulante voorzieningen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gezinsondersteuning • Kortdurende ambulante (woon)begeleiding en cliëntondersteuning (St.MEE)¹⁹ • Dagverblijven/dagactiviteitencentra <p><i>Overige (para)medische zorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tandarts • Apotheek • Logopedie • Ziekenhuiszorg

Personen met psychosociale en materiële problemen			
Algemeen aanbod & 1e lijnszorg	Participatieaanbod Wmo	Ondersteuningsaanbod Wmo	Specialistisch aanbod
<p><i>Lichaam en gezondheid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Huisarts <p>Geestelijke gezondheid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eerstelijnspsycholoog (ELP) • Bureau Slachtofferhulp Nederland • Bureau FIOM • SOS Telefonische Hulpdienst • Stichting Korrelatie <p><i>Huisvesting</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Woningcorporatie <p><i>Werk en inkomen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Centrum Werk en Inkomen • Sociale Dienst • Reintegratietrajecten • Stadskredietbank 	<p>Sociaalculturele activiteiten zoals:</p> <p><i>Sociaal en ontmoeting</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inloop/soos <p><i>Vrije tijd</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recreatief • Sport • Creatief • Cultuur en muziek • Buurtactiviteiten <p><i>Informatie en educatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bibliotheek • Volksuniversiteit • Cursussen <p><i>Dagbesteding</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Steunpunt vrijwilligerswerk • Vrijwilligerswerk 	<p><i>Algemeen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Loket Informatie & Advies <p><i>Sociaal/relatieel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Algemeen Maatschappelijk Werk <p><i>Financiën/maatschappelijk</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sociaal-juridische hulpverlening (ISR) • Integrale schuldhulpverlening • Administratieve ondersteuning • Bureau Rechtshulp <p><i>Dagbesteding</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sociale activering <p><i>Maatschappelijk</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Administratieve ondersteuning 	<p><i>Geïndiceerde zorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intramurale en ambulante AWBZ-zorg voor mensen met een psychische aandoeningen (GGZ) <p><i>Geïndiceerde Jeugdzorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opvoedingsondersteuning <p><i>Overige (para)medische zorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tandarts • Apotheek • Ziekenhuiszorg

¹⁹ De MEE-ondersteuning zal naar alle waarschijnlijkheid in 2008 overgeheveld worden van de AWBZ naar de WMO.

Personen met opvoed- en opgroei problemen			
Algemeen aanbod & 1 ^e lijnszorg	Participatieaanbod Wmo	Ondersteuningsaanbod Wmo	Specialistisch aanbod
<p><i>Lichaam en gezondheid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Huisarts • Verloskundigen • Kraamzorg • Consultatiebureau JGZ • Schoolartsen JGZ • VTO-teams <p><i>Geestelijke gezondheid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kindertelefoon <p><i>Ontwikkeling en educatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinderopvang en buitenschoolse opvang • Onderwijs • Particuliere praktijken voor pedagogische ondersteuning • Huiswerkbegeleiding • Regionaal Meld-en Coördinatiecentrum <p><i>Veiligheid en maatschappelijke aanpassing</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Politie 	<p><i>Algemeen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Buurtmoeders • Buurtvaders <p><i>Ontwikkeling en educatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Peuterspeelzaalwerk • Opstapproject • Brede School • Onderwijsachterstand-aanpak • Bureau leerlingzaken en aanpak voortijdig schoolverlaten <p><i>Vrije tijd en ontspanning</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sportverenigingen • Culturele verenigingen • Jeugdbibliotheek • Kinder-, tiener- en jongerenwerk • Zomerkampen 	<p>Er zijn vijf functies preventief lokaal jeugdbeleid</p> <p><i>Informatie en advies</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Opvoedingsvoorlichting • Jongereninformatiepunt (JIP) • Ouder cursussen (Opstap, moedergroepen) <p><i>Vroegtijdige signalering</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Centraal meldpunt <p><i>Toeleiding</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Netwerkverbanden (buurt) • Sociale kaart <p><i>Licht pedagogische hulp</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Spreekuren JGZ en AMW • Schoolmaatschappelijk werk • Home-Start • Kortdurende begeleiding jeugdigen • Opvoedtelefoon <p><i>Zorgcoördinatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gezinscoaching bij meervoudige problemen • Schooladviesteams • Eigen Kracht-conferentie 	<p><i>Psychosociale ontwikkeling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bureau Jeugdzorg • Geïndiceerde jeugdhulpverlening • Geïndiceerde jeugd-ggz • Geïndiceerde lvg-jeugd • Jeugdbescherming (BJZ) <p><i>Veiligheid en ontwikkeling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Raad voor de Kinderbescherming • Meldpunt kindermishandeling (AMK) <p><i>Veiligheid en maatschappelijke aanpassing</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bureau Halt (en Stop 12-min) • Jeugdreclassering (BJZ) • Justitiële jeugdinrichtingen <p><i>(Para)medische zorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tandarts • Apotheek • Ziekenhuiszorg

Personen betrokken bij huiselijk geweld			
Algemeen aanbod & 1 ^e lijnszorg	Participatieaanbod Wmo	Ondersteuningsaanbod Wmo	Specialistisch aanbod
<p><i>Lichaam en gezondheid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Huisarts • Consultatiebureau JGZ <p><i>Geestelijke gezondheid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bureau Slachtofferhulp • Nederland • Bureau FIOM • SOS Telefonische Hulpdienst • Stichting Korrelatie <p><i>Veiligheid en maatschappelijke aanpassing</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Politie <p><i>Ontwikkeling en educatie (signalering)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinderopvang • Onderwijs <p><i>Huisvesting</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Woningcorporatie 	<p>Sociaalculturele activiteiten zoals:</p> <p><i>Sociaal en ontmoeting</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inloop/soos <p><i>Vrije tijd</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recreatief • Sport • Creatief • Cultuur en muziek • Buurtactiviteiten <p><i>Informatie en educatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bibliotheek • Cursussen 	<p><i>Algemeen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Loket Informatie & Advies <p><i>Veiligheid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Meldpunt Huiselijk Geweld • Meldpunt Oudermishandeling <p><i>Sociaal/relatieel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Algemeen Maatschappelijk Werk • Vrouwenopvang (ambulant en residentieel) 	<p><i>Geïndiceerde jeugdzorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intramurale en ambulante jeugdzorg <p><i>Veiligheid en ontwikkeling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Meldpunt kindermishandeling (AMK) • Raad voor de Kinderbescherming • Jeugdbescherming • Forensische psychiatrie • Justitie

Personen met meervoudige problemen			
Algemeen aanbod & 1 ^e lijnszorg	Participatieaanbod Wmo	Ondersteuningsaanbod Wmo	Specialistisch aanbod
<p><i>Lichaam en gezondheid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Huisarts <p><i>Geestelijke gezondheid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eerstelijnspsycholoog (ELP) • Bureau Slachtofferhulp • Nederland • Bureau FIOM • SOS Telefonische Hulpdienst <p><i>Huisvesting</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Woningcorporatie <p><i>Werk en inkomen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Centrum Werk en Inkomen • Sociale Dienst • Reintegratietrajecten • Stadskredietbank <p><i>Veiligheid en maatschappelijke aanpassing</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Politie 	<p>Sociaalculturele activiteiten zoals:</p> <p><i>Sociaal en ontmoeting</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inloop/soos <p><i>Vrije tijd</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recreatief • Sport • Creatief • Cultuur en muziek • Buurtactiviteiten <p><i>Informatie en educatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bibliotheek • Cursussen <p><i>Dagbesteding</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Steunpunt vrijwilligerswerk • Vrijwilligerswerk 	<p><i>Algemeen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Loket Informatie & Advies <p><i>Signalering en outreaching</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • OGGZ-meldpunt • Outreachende hulp, interventieteams <p><i>Sociaal/relatieel/psychisch</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • AMW • Ondersteunende begeleiding • Activerende begeleiding • Ambulante woonbegeleiding • Maatjesprojecte / vriendendiensten <p><i>Gezondheid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulante verslavingszorg <p><i>Financiën/maatschappelijk</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sociaal-juridische hulpverlening (ISR) • Integrale schuldhulpverlening • Administratieve ondersteuning • Bureau Rechtshulp <p><i>Dagbesteding</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sociale activering • Werkprojecten <p><i>Opvang/wonen/zorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dag- en nachtopvang • Gebruikersruimten • Crisisopvang • 24-uurs verblijf (waaronder sociale pensions en hostels) • Begeleid Wonen 	<p><i>Geïndiceerde zorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intramurale en ambulante AWBZ-zorg voor mensen met een psychische aandoeningen (GGZ) • Meerzorg (MO) • Geïndiceerde Jeugdzorg • Geïndiceerde verslavingszorg • Geïndiceerde Thuiszorg <p><i>Veiligheid en ontwikkeling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Meldpunt kindermishandeling (AMK) • Raad voor de Kinderbescherming • Jeugdbescherming • Forensische psychiatrie • Justitie <p><i>Overige (para)medische zorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tandarts • Apotheek • Ziekenhuiszorg

3.4 Samenwerking per klantprofiel

Een persoon met beperkingen heeft een ondersteuningsbehoefte, vaak op meerdere leefgebieden. Er zijn dan meerdere voorzieningen (algemeen, gemeentelijk en specialistisch) bij betrokken. Het is van belang dat de voorzieningen, diensten en producten met elkaar een samenhangend aanbod vormen, een samenhangend arrangement gericht op een zo groot mogelijke zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie.

Die onderlinge afstemming blijkt in de praktijk niet mee te vallen doordat voorzieningen van elkaar te weinig weten, elkaar niet kennen, eigen opdrachtgevers en financiers hebben en werken volgens een eigen professionaliteit en cultuur.

Gemeenten kunnen een belangrijke rol vervullen in het bijeenbrengen van de aanbieders van de verschillende voorzieningen en diensten. Bovenstaande overzichten bieden gemeenten inzage in welke voorzieningen en diensten er zoal nodig zijn voor een bepaalde groep inwoners, i.c. klantprofiel. Met sommige aanbieders hebben gemeenten al jarenlange ervaring, andere aanbieders zullen nieuw zijn

voor hen. Voor het stimuleren van ketensamenwerking is het cruciaal dat alle betrokken partijen bereid zijn zich in te zetten voor hetzelfde doel en dat zij beseffen dat zij van elkaar afhankelijk zijn voor het oplossen van een maatschappelijk probleem en voor het verbeteren van de dienstverlening.

Samenwerking is de laatste tien jaar echter een hot item. Alle beleidsnota's van VWS tot gemeente, van vrijwilligersorganisatie tot specialistische instelling, staan bol van de doelstellingen gericht op een sluitend aanbod en afstemming door samenwerking. In veel gemeenten zijn de verschillende voorzieningen zich samenwerkingspartners gaan noemen.

In het volgende hoofdstuk (4) wordt nader ingegaan op het begrip ketensamenwerking en de mogelijkheden die ketensamenwerking kan bieden aan gemeenten en andere partijen om bepaalde problemen op te lossen. Hierbij staat de gemeente centraal.

4 Gemeenten en ketensamenwerking

4.1 Over ketens en ketensamenwerking²⁰

Ketens zijn er om te kunnen voorzien in de ondersteuningsbehoefte van kwetsbare personen – mensen met meervoudige beperkingen en problemen op meerdere leefgebieden – voor wie een samenstel van diensten en voorzieningen nodig is, welke geleverd worden door meerdere partijen. Die diensten moeten soms na elkaar en soms gelijktijdig beschikbaar zijn. Dat vergt een goede afstemming tussen de betrokken partijen. In ketens werken zelfstandige partners samen aan het realiseren van een product dat voorziet in de behoeften van de klant. Bij zeer gecompliceerde dienstverlening kunnen meerdere ketens nodig zijn die op een of andere manier gekoppeld zijn. In het geval van huiselijk geweld bijvoorbeeld kunnen een opsporings- en strafrechtelijke keten en een zorg- en opvangketen ingesteld worden. Maar beide ketens moeten ook aan elkaar gekoppeld worden vanwege de raakvlakken zoals in het geval van strafrechtelijk opgelegde daderhulpverlening en schadevergoeding aan het slachtoffer.

Om die ketens te kunnen laten functioneren is ketensamenwerking nodig.

Dat vraagt om een goede organisatie op drie niveaus:

- het uitvoerend niveau: de dienstverlening aan de klant en een groep klanten;
- het ketenniveau: dit is het niveau van de organisaties die samen een gemeenschappelijk geformuleerde maatschappelijke opgave willen oplossen en die daarvoor hun middelen, kennis en kunde willen inzetten;
- het beleidsmatige en bestuurlijke niveau: dit is het niveau waar optimale condities voor ketens worden georganiseerd om de twee andere niveaus te ondersteunen.

4.2 Voor welke problemen kan ketensamenwerking een oplossing zijn?

Wat is de meerwaarde van ketensamenwerking voor de maatschappelijke ondersteuning en voor de gemeenten, want er wordt immers al heel veel samengewerkt op het gebied van wonen, zorg en welzijn. In de afgelopen jaren hebben gemeenten al veel stappen gezet richting integrale beleidsontwikkeling en samenwerking met woningcorporaties, zorgaanbieders en welzijnsaanbieders.

Toch rijzen er ook weer nieuwe vragen. Hieronder komen enkele daarvan aan bod.

Hoe komen we achter de vraag?

Gemeenten en hun samenwerkingspartners worstelen al enige jaren met het vraagstuk hoe zij achter de vraag moeten komen. De beschikbare informatie over woon-, zorg- en welzijnsbehoeften is vooral getalsmatig en gebaseerd op bevolkingscijfers en de huidige gebruikscijfers. Om een indruk te krijgen van de urgentie van de problemen volstond de informatie over aantallen: zorggebruikers, nultredenwoningen, ouderen, mensen met fysieke beperkingen etc.

De in paragraaf 2.4 beschreven klantprofielen geven gedetailleerdere informatie over de ondersteuningsbehoefte van mensen met beperkingen. Deze informatie kunnen gemeenten goed gebruiken om de lokale context te verkennen en om de relevante samenwerkingspartners te identificeren.

²⁰ Dit hoofdstuk maakt veelvuldig gebruik van twee bronnen: Ruimte voor regie (Van der Aa en Konijn, 2003) en Doen of laten (Konijn, 2005). Bovendien heeft een verkennend gesprek plaatsgevonden met de heer Konijn.

Toch blijven er nog vragen over, zoals ‘Hoe stel je een individueel pakket samen?’ en ‘Hoe organiseer je een keten?’

Ketensamenwerking kan een oplossing bieden omdat de dienstverlening aan de klant – vanuit deze visie – bepalend moet zijn voor de inrichting van het werkproces. Uitgangspunten bij de inrichting van de keten zijn ook hier het eindproduct voor de klant en het werkproces.

Een interessant voorbeeld van ketensamenwerking is het maatschappelijk steunsysteem (MSS) in Den Haag. De beschrijving van het maatschappelijk steunsysteem gaat in op de activiteiten per niveau. Zie bijlage 1 voor een uitgebreide presentatie onder de naam Werktafels MSS Den Haag.

Wij kunnen de problemen niet alleen oplossen, wat nu?

Veel partijen die werkzaam zijn in het sociale domein realiseren zich dat zij ieder voor zich niet in staat zijn de problemen van kwetsbare personen op te lossen. Hun vraag overstijgt de beschikbare capaciteit of gaat over de grenzen heen van wat zij kunnen bieden. Het blijkt moeilijk om tijdig te interveniëren, om verergering van een situatie te voorkomen en probleemspiralen effectief te doorbreken. Niet alleen professionals en aanbieders van diensten lopen tegen dit probleem aan, maar ook mantelzorgers en vrijwilligers.

Ketensamenwerking kan een bijdrage leveren aan het oplossen van dit probleem omdat – in deze visie – de partijen die de benodigde diensten kunnen leveren in een keten gaan samenwerken en de verantwoordelijkheden duidelijk regelen. Zoals Konijn, een deskundige op het gebied van ketensamenwerking, opmerkt: ‘Ketens bestaan uit vele puzzelstukjes en lopen daarom al snel het risico dat ze van ‘niemand’ zijn: ze missen een eigenaar.’²¹

Op elk van de drie niveaus moet duidelijk geregeld worden wie welke rol vervult. Zo wordt op het niveau van de cliënt afgesproken wie bepaalde deelproducten en -diensten levert en hoe de overdracht van een cliënt aan een andere ketenpartner plaatsvindt. Die deelproducten en -diensten kunnen aan elkaar geschakeld worden op verschillende manieren. Dat kan via een trajectbegeleider, één dossier en één intake- en klantvolgsysteem. Hoe dat geregeld wordt, is niet het belangrijkste maar dat het geregeld wordt. Ook de mantelzorgers kunnen deel uitmaken van die keten.

Een praktijkvoorbeeld van hoe de taken op het niveau van een keten geregeld worden, is te vinden in de beschrijving van het project Gemixt Talent in Joure. Het project is opgezet om mensen met een verstandelijke beperking meer te laten deelnemen aan de samenleving. Het leuke aan dit project is dat ook vrijetijdsverenigingen tot de ketenpartners behoren. Een projectleider fungeert als probleem-eigenaar: hij regelt de taakverdeling en de onderlinge samenwerking. Meer informatie hierover is te vinden in bijlage 1.

Op het bestuurlijke en beleidsmatige niveau kunnen eveneens bindende afspraken worden gemaakt door middel van convenanten. In de regio Midden-Holland bijvoorbeeld heeft een groot aantal partijen een pact gesloten, waarin is afgesproken om de regio levensloopbestendig te maken, het zogenaamde Pact van Savelberg. Deze partijen zijn: de provincie, de gemeenten, het Portefeuillehouderoverleg Zorg, de Bestuurscommissie Volkshuisvesting, het samenwerkingsverband van woningcorporaties, het samenwerkingsverband van zorgaanbieders, een zorgverzekeraar, het regionaal patiënten- en consumentenplatform en het Ouderenwerk. De tekst van dit Pact van Savelberg is als bijlage 2 opgenomen.

²¹ Doen of laten, de rol van het Rijk bij ketenvorming, ministerie van VWS, zomer 2005.

Als gemeente hebben we onvoldoende bevoegdheden

Een regelmatig gehoord bezwaar van gemeenten is het ontbreken van bevoegdheden die nodig zijn om onwillige partijen mee te laten doen aan het realiseren van een samenhangend aanbod voor kwetsbare groepen.

De organisatorische omgeving voor het realiseren van meervoudige en integrale dienstverlening is gecompliceerd en dynamisch. Door fusies, decentralisatie en privatisering komen er meer en andere spelers bij. Bovendien wordt concurrentie tussen zorgaanbieders bevorderd, terwijl deze ook nauw zullen moeten samenwerken. Gemeenten hebben te maken met verschillende financiers, zoals het Zorgkantoor en de zorgverzekeraars maar ook met houders van een persoonsgebonden budget. Zij hebben te maken met een groot aantal leveranciers van uiteenlopende diensten. Er zijn inmiddels door gemeenten gesubsidieerde instellingen die bepaalde AWBZ-functies mogen leveren, zoals ondersteunende en activerende begeleiding, en die dus ook AWBZ-middelen ontvangen. Denk bijvoorbeeld aan instellingen voor maatschappelijke opvang, welzijnsinstellingen en instellingen voor algemeen maatschappelijk werk.

De kern van ketensamenwerking is echter dat deze niet gebaseerd is op de hiërarchische relatie tussen partijen maar op gelijkwaardigheid en erkenning van de onderlinge afhankelijkheid bij het (verbeteren) van de dienstverlening aan de cliënt. Partijen verbinden zich aan een gezamenlijk doel en spreken een bepaalde werkwijze af. Op deze verplichtingen kunnen zij aangesproken worden.

Dat laat onverlet dat een niet-coöperatieve houding van een strategisch belangrijke partij, zoals een woningcorporatie of een zorgkantoor, lastig is en veel tijd kan kosten. Soms is het mogelijk – en die mogelijkheden lijken alleen maar toe te nemen – om een andere aanbieder, bijvoorbeeld een woningcorporatie uit een naburige gemeente, in het proces te betrekken.

Gemeenten kunnen een belangrijke rol spelen door partijen bijeen te brengen, een gezamenlijke visie te formuleren en samenwerking te faciliteren. De provincie kan daarbij een belangrijke rol spelen en doet dat ook geregeld. Denk aan initiatieven voor jongeren (Jeugdzorg), wonen, zorg, welzijn en mensen met een verstandelijke beperking.

De gemeente hoeft niet per se de initiatiefnemer te zijn. Het initiatief kan genomen worden door samenwerkingsverbanden van professionals – huisartsen, eerstelijnspsychologen, maatschappelijk werkers – zoals het geval was in Pijnacker. De gemeente heeft zich later aangesloten bij dit project en heeft vervolgens een faciliterende rol gespeeld. Het project in Pijnacker is bestemd voor mensen met psychosociale en materiële problemen. Meer informatie hierover treft u aan in bijlage 1.

De geschetste voorbeelden spelen zich af op het uitvoerende niveau, het ketenniveau en het bestuurlijke en beleidsmatige niveau. Het onderscheiden van deze niveaus is zeer relevant. In de praktijk gebeurt dat niet altijd en dan kunnen uitvoeringsregie en regie op beleidsniveau door elkaar heen gaan lopen. Natuurlijk is het zo dat de problemen in de praktijk ook door de verschillende niveaus heen lopen. Bij het maken van duidelijke afspraken over taak- en rolverdeling dienen de drie niveaus wel onderscheiden te worden, vooral omdat gemeenten op elk van die niveaus actief kunnen zijn en daardoor kan verwarring ontstaan over de inzet en de rol van de gemeente.

4.3 Rollen van gemeenten in ketensamenwerking

Bij ketensamenwerking zijn er verschillende rollen die ingevuld en verdeeld moeten worden. Alle ketenpartners kunnen verschillende rollen vervullen. Ook de gemeente kan verschillende rollen vervullen en dat kan tevens variëren per keten en per niveau. De volgende rollen zijn te onderscheiden: cliënten, professionals, ketenpartners, ketenregisseurs, opdrachtgevers, financiers, toezichthouders, probleemhebbers, kennispartners en beleidsmakers. Daarbij moet niet vergeten worden dat de cliënt zelf ook opdrachtgever en financier kan zijn, bijvoorbeeld wanneer hij een persoonsgebonden budget heeft. Sommige rollen liggen voor gemeenten meer voor de hand dan andere. Met diverse rollen hebben gemeenten veel ervaring, denk aan die van financier, opdrachtgever en beleidsmaker. Ook met de rol van regisseur hebben gemeenten de afgelopen jaren ervaringen opgedaan. Omdat ketenregie onder de Wmo nog in belang toeneemt en omdat er misvattingen zijn over deze rol wordt hier uitvoeriger bij stilgestaan.

De gemeente als ketenregisseur

Gemeenten horen al jaren dat zij ‘de regierol hebben en moeten regisseren’. Dit gold, om maar enkele voorbeelden te noemen, bij lokaal sociaal beleid, integraal ouderenbeleid, preventief jeugdbeleid, wonen-zorg-welzijnsbeleid en integraal veiligheidsbeleid. Dat leidde er soms toe dat een gemeente de regierol ging ‘invullen’. Hoe goed de bedoelingen van zo’n gemeente ook zijn, op die manier werkt het niet. Hoewel al jaren gerept wordt van de gemeentelijke regierol zien we dat in de praktijk nog te weinig onderscheid gemaakt wordt tussen de regie op uitvoerend niveau en op beleidsniveau.

Ketenregie speelt zich af op de drie eerdergenoemde niveaus, waarbij die regie niet in de handen van één partij hoeft te liggen. Soms wordt de term ‘ketenregie’ gebruikt voor slechts een van de genoemde niveaus, maar in de praktijk blijkt dat de inzet van alle niveaus noodzakelijk is voor optimale ketenregie²². De inhoud van de regietaak verschilt per niveau. Om een indruk te geven van die verschillen volgt hieronder een beschrijving van de regietaak per niveau.

1. Op uitvoerend niveau zal de regie dikwijls in handen zijn van een trajectbegeleider of een casemanager. Deze bewaakt de overdracht van de cliënt van de ene schakel in de keten naar de andere. Hij neemt contact op met de cliënt wanneer deze uitvalt en omgekeerd kan de cliënt contact opnemen met de trajectbegeleider wanneer iets misgaat in het traject.
2. Op ketenniveau zal de regie doorgaans in handen zijn van een actieve zorg-, woon- of welzijnsaanbieder. De ketenregisseur bevordert de professionalisering (competenties en methodieken), het denken in termen van functies en houdt de partners aan de gezamenlijk aangegane verplichtingen.
3. Op bestuurlijk en beleidsniveau zal de regie doorgaans in handen zijn van de overheid (gemeente, provincie, Rijk) of van een zorgverzekeraar of zorgkantoor. Dan houdt de regietaak vooral in het scheppen van goede condities voor ketensamenwerking, alsmede het activeren en verbinden van de partners op de verschillende niveaus.

Strategische keuzes van gemeenten

Voordat een gemeente beslist of ze een regierol wil vervullen en op welk niveau moet ze een aantal strategische keuzes te maken. Die strategische keuzes hebben te maken met de inzet van de gemeente – hoe belangrijk vindt de gemeente de Wmo en wat wil ze ermee bereiken – en met de mogelijkheden om die inzet waar te maken. Hieronder volgen enkele belangrijke vragen die gemeenten zich kunnen stellen bij het bepalen van hun regierol.

²² Doen of laten, T. Konijn, 2005, Den Haag.

Wat wil de gemeente met de Wmo?

- Hoe vult de gemeente de Wmo in? Richt ze zich op alle negen prestatievelen of slechts een deel daarvan en betreft ze daarbij ook andere onderdelen van de gemeente daarbij zoals werk en inkomen, ruimtelijke ordening?
- Welke ambities heeft de gemeente op het gebied van maatschappelijke ondersteuning? Ziet ze de Wmo als een mogelijkheid om belangrijke lokale kwesties aan te pakken of vooral als een wettelijke verplichting?
- Welke maatschappelijke opgaven stelt de gemeente centraal?

Wat kan de gemeente doen, wat heeft de gemeente ervoor over?

- Wil de gemeente alleen of samen met andere gemeenten uitvoering geven aan de Wmo?
- Over welke middelen beschikt de gemeente? Daarbij kan gedacht worden aan financiële middelen, maar ook aan bestuurskracht, ambtelijke capaciteit, ervaring en kennis van beleidsmedewerkers, relaties met andere partijen (het Zorgkantoor, aanbieders van woon-, zorg- en welzijnsdiensten).
- Wil de gemeente alleen samenwerken met publieke partijen of ook met private?

4.4 Stappen voor ketenregie op beleidsniveau

Nadat de gemeente of een samenwerkingsverband van gemeenten heeft besloten de rol van regisseur op bestuurlijk en beleidsniveau te willen vervullen en daartoe ook de mogelijkheden heeft, kunnen de volgende stappen²³ gezet worden:

1. Ken uw klanten

Veel gemeenten beschikken al over veel kennis waar het gaat om ouderen en gehandicapten. Gemeenten laten behoefteonderzoeken uitvoeren en ze krijgen informatie van vertegenwoordigende organisaties. De Wmo brengt ook andere groepen met een ondersteuningsbehoefte in het vizier van gemeenten, bijvoorbeeld mensen met een verstandelijke beperking en mensen met chronische psychische problemen. In hoofdstuk 2 staan overzichten van de ondersteuningsbehoeften van verschillende groepen mensen: gemeenten kunnen deze informatie verbijzonderen en ordenen voor hun eigen inwoners.

2. Ken de aanbieders en potentiële ketenpartners

Voor de verkenning van het aanbod aan ondersteuningsdiensten en voorzieningen zijn de schema's in hoofdstuk 3 een hulpmiddel. Gemeenten kunnen per klantengroep inventariseren welke partijen diensten en producten leveren. Zo wordt bijvoorbeeld ondersteunende begeleiding geleverd door verschillende organisaties. De belangrijkste potentiële aanbieders zijn: de Regionale Instelling voor Begeleid en Beschermd Wonen (RIBW, een AWBZ-instelling), een instelling voor Maatschappelijk Werk, een opvanginstelling, een welzijnsinstelling en MEE.

Vanwege de dynamiek in het veld door fusies en reorganisaties zullen ook de partijen die met een doelgroep werken in kaart gebracht moeten worden of zal de kennis van de aanbieders geactualiseerd moeten worden.

3. Activeren en bijeenbrengen van partijen

De gemeentelijke regierol houdt in: betrokken partijen bijeenbrengen, faciliteren en aansturen om een samenhangend systeem van maatschappelijke ondersteuning te realiseren. De regierol

²³ Grotendeels ontleend aan Ruimte voor regie, ministerie van BZK, Den Haag, 2003

hoeft zich niet te beperken tot voorzieningen en diensten die onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid vallen, maar bestrijkt ook de voorzieningen waar de gemeente geen directe zeggenschap over heeft zoals scholen, huisartsen, aanbieders van AWBZ-functies en de strafrechtketen.

(zie het schema op pagina 15)

Om een en ander goed te kunnen regisseren, moet de gemeente een helder beeld hebben van de capaciteiten, de (financiële) mogelijkheden en belangen van alle betrokken partijen. Op basis daarvan kunnen gemeenten de juiste partijen bijeenbrengen en daarmee afspreken wie welke bijdrage gaat leveren. Het gaat er in eerste instantie dus niet om wie een bepaald aanbod of een bepaalde functie realiseert, maar dat er een gepast aanbod op gemeentelijk niveau beschikbaar is.

4. Ontwikkelen van een visie op maatschappelijke ondersteuning

In het verlengde van de strategische keuzes van een gemeente zal zij samen met de belangrijkste partners een visie en een gezamenlijk doel moeten formuleren. Kies voor het ontwikkelen van een visie voor een bepaalde groep klanten bij wie de problemen het meest urgent zijn. Die visie (bijvoorbeeld de wenselijkheid van en behoefte aan sociale integratie van mensen met een verstandelijke beperking) vormt vervolgens voor alle betrokken partijen het referentiekader waarbinnen gewerkt wordt. In die visie wordt ook geregeld hoe afgestemd wordt met aanbieders in andere sectoren zoals de AWBZ of de informele zorg, tenzij deze deel uitmaken van de kernpartners.

5. Maak een uitvoeringsplan

Maak een uitvoeringsplan voor een sluitend geheel van maatschappelijke ondersteuning waarin de activiteiten, de tijdsplanning en de financiering zijn opgenomen. Gemeenten zullen moeten streven naar goede afspraken met andere financiers en opdrachtgevers (provincie, Zorgkantoor, justitie) en de verschillende aanbieders van diensten en voorzieningen.

6. Schep randvoorwaarden voor ketensamenwerking

De regie moet het werkproces, de dienstverlening aan de klant, en de keten ondersteunen. Op uitvoerend niveau zullen voorwaarden vervuld moeten worden in de sfeer van automatisering, gegevensuitwisseling, afspraken over kwaliteitsniveaus, toegang tot de benodigde diensten etc. Deze voorwaarden zijn niet eenvoudig te organiseren en er is evenmin een pasklare oplossing te geven die overal toegepast kan worden. Daarom zal ketensamenwerking als een groeiproces benaderd moeten worden.

Gemeenten dienen zich daarbij ook te realiseren dat de organisaties die zij zelf subsidiëren, zoals welzijnsstichtingen, het algemeen maatschappelijk werk en instellingen voor maatschappelijke opvang, de ruimte moeten krijgen om deel te nemen aan en te werken in ketens. Nagegaan zou moeten worden of er in de subsidievoorwaarden, de aansturing en de wijze van verantwoording belemmeringen zitten voor ketensamenwerking. Zo is het momenteel voor een stichting algemeen maatschappelijk werk nog vaak niet goed mogelijk om samen te werken met huisartsen en eerstelijnspsychologen – samen vormen zij de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg – omdat de gemeente deze stichtingen die ruimte niet geeft. De gemeente stelt andere prioriteiten of is van mening dat het AMW geen rol dient te vervullen in de eerstelijns-GGZ²⁴.

Tot slot

Houd het gezamenlijke doel voor ogen: het belang van een betere dienstverlening aan burgers met beperkingen. Het gaat erom dat zij burgers met mogelijkheden worden, burgers die zich met enige aanpassingen of ondersteuning zo goed mogelijk zelf kunnen redden en kunnen meedoen aan de samenleving.

²⁴ Regionale samenwerking in de eerstelijns-GGZ; casestudies, SGB0, Den Haag, 2004.

1 Praktijkvoorbeelden van samenwerking per klantprofiel

Per klantprofiel worden goede praktijkvoorbeelden gegeven van vormen van samenwerking tussen verschillende zogeheten ketenpartners. De beschrijvingen omvatten een typering van het samenwerkingsproject, de doelgroep, de ketendoelen, de ketenpartners, het niveau van samenwerking, de werkwijze, de ketenresultaten en de rol van de gemeente.

1 Personen met een lichamelijke beperking

Woonzorgcentrum Archipel Almere

Wat is woonzorgcentrum Archipel?

In woonzorgcentrum Archipel zijn gezondheidszorg, wonen en welzijn ondergebracht in één gebouw. In het gebouw zijn woningen voor dementerenden, voor jongere en oudere zorgbehoevenden en allerlei andere zorg- en welzijnsdiensten beschikbaar.

Voor welke klanten?

Dementerende ouderen en jongere en oudere zorgbehoevenden

Ouderen met een lichtere zorgbehoefte

Alle wijkbewoners

Wat zijn de ketendoelen?

Zelfstandig (kunnen blijven) wonen

Sociale cohesie in de wijk

Wie zijn de ketenpartners?

Woonzorg Nederland, Zorggroep Almere, woningcorporatie Groene Stad Almere en welzijnsstichting De Schoor.

Werkwijze

Een nieuw, modern gezondheidscentrum is de spil van het samenwerkingscomplex. In het gezondheidscentrum zijn gehuisvest: een apotheek, een huisartsenpraktijk, maatschappelijk werk, tandartsen, thuiszorg en ouder- en kindzorg.

In dit gebouw bevinden zich ook woningen voor dementerenden en voor jongere en oudere zorgbehoevenden (onder andere mensen met een niet-aangeboren hersenletsel). Het betreft verzorgingshuiszorg, verpleeghuiszorg, 24-uurszorg en een ziekenboeg.

Woningen voor ouderen met een lichtere zorgbehoefte bevinden zich in de directe omgeving.

Op deze manier zijn wonen, zorg en welzijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. De bewoner kiest van welke diensten hij gebruik wil maken. Deze diensten heeft hij onder handbereik. Afstemming en samenwerking zorgen voor een coherent pakket van voorzieningen.

Ook worden in het gebouw de volgende diensten aangeboden:

- een loket voor informatie en advies; alle wijkbewoners met een ondersteuningsvraag kunnen naar dit loket komen;
- spreekuur van huisartsen;
- medicijnverstrekking door de apotheek;
- vervoersservice;
- thuiszorg;
- restaurant met internetcafé;
- fitness- en activiteitenruimten.

Senioren Renkum 2010

Wat is Senioren Renkum 2010?

Dit is een ambitieus project dat zich richt op de verbetering van de integrale ouderenzorg. In 2010 moeten alle zes de kernen van Renkum als een woonservicegebied functioneren. Dit betekent dat ouderen en gehandicapten vanuit hun eigen huis een breed samengesteld en betaalbaar pakket van zorg- en welzijnsdiensten kunnen krijgen.

Voor welke klanten?

Thuiswonende ouderen en gehandicapten met een ondersteuningsbehoefte ten aanzien van zorg en welzijn.

Wat zijn de ketendoelen?

Vergroten van de participatie van ouderen.

Op een prettige en maatschappelijk betrokken wijze zelfstandig kunnen blijven wonen waar men wil. Vanuit het eigen huis kunnen de ouderen en cliënten die in een woonservicegebied wonen, een breed samengesteld en betaalbaar pakket aan zorg- en welzijnsdiensten krijgen zoals alarmering, boodschappendienst, tuinonderhoud, klussendienst, PGB-beheer, dagbesteding maaltijdvoorziening en eerstelijns zorgvoorzieningen

Wie zijn de ketenpartners?

Thuiszorg, verzorgingshuizen, woningcorporatie, gemeente, welzijnsstichting, Meldpunt Vrijwillige Hulpverlening, Vrijwilligerscentrale, Vereniging 60+, de seniorenraad.

Welk niveau van samenwerking?

Op bestuurlijk niveau vormt de gemeente samen met het Zorgkantoor en de provincie een stuurgroep.

Wat is de werkwijze?

De focus ligt momenteel op het creëren van goede eerstelijnsvoorzieningen. Binnenkort gaat een HOED (Huisartsen Onder Eén Dak) en een ZOED (Zorg Onder Eén Dak) van start in respectievelijk Renkum en Oosterbeek. Ook wordt een integraal zorgloket opgestart. Daarnaast wordt samenwerking gezocht met instellingen voor gehandicaptenzorg.

Wat zijn de beoogde ketenresultaten?

Het creëren van een breed en coherent aanbod aan betaalbare voorzieningen op het gebied van zorg en welzijn voor ouderen en gehandicapte inwoners van de gemeente Renkum

2

Welke rol speelt de gemeente?

De gemeente is initiator en aanjager van het project.

De gemeente heeft na overleg met zorginstellingen en de woningcorporatie de woonservicegebieden aangewezen. Daarvoor is onder leiding van de gemeente een woonvisie opgesteld (na een woon-behoefte-onderzoek, een Werkconferentie, een hoofdlijnennotitie en een Projectgroep).

Personen met een psychische handicap**Werktafels MSS Den Haag****Wat zijn de Werktafels MSS (Maatschappelijk Steunsysteem²⁵) Den Haag?**

Werktafels MSS zijn wijkgerichte samenwerkingsverbanden voor casuïstiekoverleg voor toeleiding van 'psychiatrisch langdurig zorgafhankelijke' (LZA) cliënten naar sociaal-culturele activiteiten, dagbesteding, woonbegeleiding en werk. Lokale instellingen werken daarbij samen aan een reïntegratietraject²⁶ voor mensen met een psychische handicap. In 2005 zijn er zes werktafels in Den Haag.

Voor welke klanten?

De Werktafels MSS richten zich op de doelgroep langdurig zorgafhankelijke psychiatrische cliënten (LZA), die niet in crisis verkeren en openstaan voor hulp. Behalve door een psychiatrische handicap en langdurige zorgafhankelijkheid kenmerkt de groep zich door sociaal isolement, een laag energieniveau en een gering vermogen tot het nemen van initiatief en het leggen en onderhouden van sociale contacten.

Wat zijn de ketendoelen?

De werktafels MSS zijn erop gericht om de individuele en sociale problematiek van deze cliënten te laten afnemen en hen beter te integreren in de samenleving (participatie). Dit gebeurt door een zo gevarieerd mogelijk maatschappelijk steunsysteem om hen heen te bouwen, bestaande uit familie, vrienden, kennissen en hulpverlenende instanties.

Wie zijn de ketenpartners?

Gemeente, welzijnsorganisaties, instellingen voor GGZ en verslavingszorg, instellingen voor maatschappelijke opvang, cliëntenorganisaties, familieorganisatie, Zorgkantoor en een stichting voor vrijetijdsbesteding educatie en arbeid voor mensen met een psychische handicap.

Welk niveau van samenwerking?

Op gemeentelijk-bestuurlijk niveau:

De Stuurgroep MSS bestaat uit ten minste één vertegenwoordiger van elk van de erin participerende instellingen. Elk lid draagt bij afwezigheid zorg voor de eigen vervanging. Taken zijn onder meer:

- beleidsmatig ondersteunen van de werktafelteams;
- bespreken van ontwikkelingen binnen de leefgebieden zorg, wonen, werken, dagbesteding, onderwijs en welzijn;
- initiëren van wijkgerichte en stedelijke activiteiten voor de doelgroep LZA-clianten;
- adviseren inzake de inhoudelijke en financiële aspecten van initiatieven op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ).

De Stuurgroep vergadert driemaandelijks. Er is een stedelijke projectcoördinator.

²⁵ Een maatschappelijk steunsysteem bestaat uit een drietal met elkaar verweven netwerken: het onderlinge netwerk van cliënten, familieleden en andere mantelzorgers; het netwerk van professionele hulpverleners; het netwerk van lokale en regionale voorzieningen en diensten.

Een hechte integratie van de drie netwerken levert een steunsysteem op dat de cliënt ondersteunt bij het verkrijgen en behouden van adequate psychiatrische, somatische en psychotherapeutische zorg; van crisisinterventie; van rehabilitatie met betrekking tot wonen, leren, werken en socialiseren; van praktische hulp bij het verwerven en behouden van huisvesting, inkomen en voeding; van belangenbehartiging en emancipatie (M. van der Gaag 2000)

Op ketenniveau:

Er zijn werktafels ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van de verschillende samenwerkingspartners. Activiteiten op ketenniveau zijn onder meer:

- elkaar informeren over de actuele ontwikkelingen binnen de eigen organisatie, zowel wijkgericht als stedelijk, die van belang zijn voor de LZA-cliënten;
- verbeteren van het maatschappelijk steunsysteem door bijvoorbeeld deskundigheidsbevordering van de medewerkers van de Haagse welzijnsorganisaties om cliënten beter te kunnen opvangen;
- bijhouden van een sociale kaart van aanbod in de wijk, de stad of de regio;
- per kwartaal zorgen voor beleidsinformatieve rapportage per werktafel.

Op uitvoerend niveau:

De werktafels zijn voorts actief op cliëntniveau:

- afspreken wat er, naast de geleverde zorg, per cliënt en per instelling zal worden geleverd aan woonbegeleiding, werk, dagbesteding en verdere elementen van het maatschappelijk steunsysteem;
- afspreken welke instelling de cliënt zal ondersteunen bij het invullen van de indicatieaanvraag en het kiezen van een zorgaanbieder.

Wat is de werkwijze?

Cliënten met een ondersteuningsbehoefte kunnen ingebracht worden. Er is een aanmeldings- en toestemmingsformulier dat in elke organisatie op papier en digitaal te krijgen is.

Een werktafel komt tot een gezamenlijk voorstel voor een reïntegratietraject en spreekt vervolgens een taakverdeling af: wie doet wat in het traject?

De werktafels hebben elk een verzorgingsgebied, dat samenvalt met een wijk of stadsdeel.

De vergaderfrequentie is eens in de drie tot zes weken, afhankelijk van de aangemelde casuïstiek.

De deelnemende instellingen laten zich aan de werktafels vertegenwoordigen door een medewerker.

De werktafel duurt ongeveer anderhalf uur en vindt plaats op diverse locaties in de wijk, te gast bij één van de deelnemende organisaties. De werktafels hebben voor acht uur per week elk een werktafelcoördinator, die door een van de deelnemende instellingen wordt geleverd. Deze werktafelcoördinator stemt de verschillende taken van de organisaties op elkaar af.

In het kader van de privacy zijn duidelijke afspraken gemaakt over het uitwisselen van informatie betreffende de cliënt en de registratie.

Ketenresultaten

De zes functionerende werktafels MSS verzorgen elk ten minste 25 reïntegratietrajecten per jaar.

In 2004 zijn die aantallen ruimschoots overschreden. Welzijnsorganisaties en zorgaanbieders uit randgemeenten zijn ook mee gaan doen. Verder wordt uit de werktafels zichtbaar waar een aanbodtekort is.

Welke rol speelt de gemeente?

De initiatiefnemers voor de werktafels waren de zorg- en welzijnsorganisaties zelf. De eerste twee jaren waren de provincie Zuid-Holland, de gemeente en de AWBZ medefinancier. De gemeente financiert de projectcoördinatie en de AWBZ de werktafelcoördinatoren. De gemeentelijke subsidie wordt structureel als evaluatieonderzoek in 2005 positief blijkt te zijn.

De gemeente is voorzitter van de stuurgroep.

²⁶ De term reïntegratietraject moet hier niet verward worden met reïntegratietrajecten zoals die er zijn in het sociale zekerheidsstelsel.

3

Personen met een verstandelijke beperking

Project Gemixt Talent te Joure

Wat is het project Gemixt Talent?

Dat is een samenwerkingsproject tussen de zorgaanbieder Talant en Miks-Welzijn, de welzijnsorganisatie. Het project slaat een brug tussen zelfstandig wonen en samenleven en voorziet in de behoefte van wijkbewoners met een verstandelijke beperking om meer het huis uit te kunnen en voorziet in de behoefte aan meer gewone contacten en activiteiten in de samenleving.

Voor welke klanten?

Wijkbewoners met een verstandelijke beperking die een schraal en vrij eenzijdig netwerk hebben. Contacten met hulpverleners worden door veel cliënten als hun meest belangrijke contacten beschouwd.

Wat zijn de ketendoelen?

Het project wil de sociale integratie van inwoners met een verstandelijke beperking vergroten door samen met hen actief op zoek te gaan naar anderen in de omgeving en bewuster om te gaan met bestaande contacten.

Wie zijn de ketenpartners?

- een zorgaanbieder voor mensen met een verstandelijke beperking;
- een welzijnsorganisatie met cultureel werk en opbouwwerk;
- buurtbewoners;
- vrijetijdsverenigingen;
- het vrijwilligersservicepunt.

Welk niveau van samenwerking?

Op bestuurlijk niveau is een projectplan opgesteld en op ketenniveau is er een projectleider die de taakverdeling en de onderlinge samenwerking tussen de welzijnswerkers en de zorgverleners afspreekt.

Wat is de werkwijze?

Werken aan netwerken betekent actief op zoek gaan naar anderen in de samenleving: naar mensen met dezelfde hobby's interesses, ideeën of belangen, naar mensen die niet betaald hoeven worden om met de cliënt om te gaan. Een netwerk is belangrijk bij het krijgen van toegang tot de samenleving. Als we spreken over integratie in de samenleving, dan spelen sociale netwerken een cruciale rol. Via andere mensen kom je op plekken waar je in je eentje niet zo snel komt, of krijg je kansen die je anders niet zo snel zou krijgen. Werken aan netwerken betekent ook bewuster omgaan met de contacten die je al hebt: familieleden, vrienden, kennissen. Hoe zorg je ervoor dat mensen in je netwerk blijven?

Werken aan netwerken is maatwerk. Het individu is het uitgangspunt. Elk individu heeft allerlei verschillende eigenschappen, voorkeuren en kwaliteiten die hem of haar tot dat unieke individu maken. Die individuele aspecten spelen een belangrijke rol wanneer je methodisch aan netwerken wilt werken. Het project Gemixt Talent neemt daarom het individu als uitgangspunt. In het hele traject worden rond elke deelnemende cliënt een aantal stappen gezet.

Er zijn onder andere wijkactiviteiten georganiseerd om het contact tot stand te brengen tussen instellingen, verenigingen, clubs en de wijkbewoners met een beperking.

Gemixt Talent is een pilotproject. Het gezamenlijke aanbod wordt gaandeweg verder ontwikkeld.

Ketenresultaten

Na een klein jaar zijn de betrokkenen overwegend enthousiast. Deelnemende cliënten komen op plekken waar ze nooit eerder waren, en zijn een beetje meer zichtbaar geworden in de samenleving van Joure. Ze spelen bijvoorbeeld een actieve rol in de wijkvereniging, bij het organiseren van wijk-activiteiten. Op die manier leren ze mensen kennen, en Joure leert hen kennen.

Bovendien is er ondanks cultuurverschillen een saamhorigheidsgevoel ontstaan tussen de medewerkers uit de gehandicaptenzorg en de welzijnswerkers in Joure.

Het project is van start gegaan in 2003, en moet er in 2005 leiden tot een fikse versterking of uitbreiding van het sociale netwerk van een tiental ambulante wonende cliënten.

Welke rol speelt de gemeente?

De gemeente speelt nog geen rol in het project. Subsidie is verkregen van het ministerie van VROM.

4**Personen met psychosociale en materiele problemen****Korte Lijnen (Pijnacker)****Wat is Korte Lijnen?**

Is een samenwerkingsproject in de eerstelijns-GGZ tussen huisartsen, maatschappelijk werkers, eerstelijnspsychologen en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, werkzaam in de eerstelijnszorg. Het samenwerkingsproject is gebaseerd op een landelijk samenwerkingsmodel, dat door het NIZW en het Trimbos-instituut samen is ontwikkeld.

Voor welke klanten?

De klanten in de eerstelijns-GGZ vormen een grote, diverse groep. Het zijn mensen die in verband met psychische en/of psychosociale problematiek aankloppen bij een huisarts, het AMW of een eerstelijnspsycholoog. Voorbeelden van psychosociale problemen zijn burn-out, relatieproblemen, verwerkingsproblemen of depressiviteit.

Wat zijn de ketendoelen?

In algemene zin wil de gemeente de gezondheid van haar inwoners verbeteren, gelijke kansen op gezondheid bevorderen en een gelijke toegang tot de gezondheidszorg voor alle inwoners van de gemeente realiseren.²⁷ Door meer samenwerking en afstemming tussen de verschillende hulpverleners in de eerstelijnszorg kunnen klanten 'zorg op maat' krijgen, de juiste zorg op de juiste plek, hulpverlening die snel, kortdurend, dicht bij huis en het liefst zo goedkoop mogelijk is.

Wie zijn de ketenpartners?

Huisartsen, eerstelijnspsychologen, AMW, en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen werkzaam in de eerstelijnszorg bij een GGZ-instelling

Welk niveau van samenwerking?

Op landelijk niveau werken de Landelijke Huisartsenvereniging, de Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen en de Maatschappelijke Ondernemersgroep samen.

Op gemeentelijk-bestuurlijk niveau wordt samengewerkt tussen gemeente, RHV (Regionale Huisartsenvereniging), AMW, management GGZ-instelling, de voorzitter van ROEP (Regionaal Overleg Eerstelijnspsychologen), cliëntenorganisatie RPCP (Regionale Patiënten en Consumenten Platform) en Zorgkantoor.

²⁷ Nota Beter Gezond, gemeentelijk gezondheidsbeleid 2003-2007, gemeente Pijnacker-Nootdorp.

Op keten- en uitvoerend niveau wordt samengewerkt tussen huisartsen, maatschappelijk werkers, eerstelijnspsychologen en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen werkzaam in de eerstelijnszorg.

Wat is de werkwijze?

Cruciaal element in het project is dat men elkaar kent (wie doet wat) en elkaar weet te vinden.

Het project stimuleert onderlinge contacten.

Er zijn op gemeentelijk niveau afspraken gemaakt over:

- soepele doorverwijzing;
- onderlinge raadpleging en consultatie;
- actieve cliëntrapportage;
- multidisciplinaire bespreking /casuïstiekbespreking.

Er zijn praktische hulpmiddelen zoals verwijs- en rapportageformulieren beschikbaar.

Een regiocoördinator trekt het project.

Ketenafspraken

De concrete samenwerkingsafspraken zijn gemaakt door de beroepskrachten samen. Voor de wijze van samenwerken zijn protocollen ontwikkeld die zich richten op het verwijzen van klanten, het rapporteren over de klant aan de verwijzer en het multidisciplinair bespreken van klanten.

Welke rol speelt de gemeente?

Korte Lijnen is in Pijnacker gestart zonder betrokkenheid van de gemeente. Het was een aangelegenheid van de districtshuisartsenvereniging, het AMW en het ROEP, die gezamenlijk meededen aan het landelijk project Korte Lijnen, van waaruit een regiocoördinator aangesteld kon worden. Na verloop van tijd bleek Korte Lijnen goed te passen binnen het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Dat gezondheidsbeleid was gebaseerd op een inventarisatie van knelpunten en wensen, recente studies naar huisartsenzorg in de regio, een gezondheidspeiling van de GGD Zuid-Holland West en overleg met de diverse partners (verenigd in het RCG = Regionale Commissie Gezondheidszorg).

De gemeente heeft het project financieel ondersteund (met name het overleg tussen hulpverleners) en procesmatig (onder andere het aanvragen van extra financieringsbronnen voor structurele financiering bij Zorgkantoor, beroepsorganisaties en andere gemeenten).

5

Personen met opgroei- en opvoedproblemen

Het ouder- en kindcentrum Amsterdam

Wat is het OKC?

Het OKC is een goed bereikbare plaats in de wijk waar ouders met hun kind terecht kunnen met alle vragen en problemen die zij hebben over de gezondheid, ontwikkeling en opvoeding van hun kind.

Voor welke klanten?

Voor ouders met kinderen tot en met de schoolgaande leeftijd, inclusief ouders met hun nog ongeboren kind.

Wat zijn de ketendoelen?

De afstemming tussen jeugdgezondheidszorg, kraamzorg, verloskundige zorg, ontwikkelingsstimulering en opvoedingsondersteuning maakt de noodzakelijke zorg beter bereikbaar en laagdrempelig, met eenduidige voorlichting, een snellere signalering van problemen, een betere verwijzing en snellere interventie bij ernstiger problemen.

Voor de gemeente geeft de nieuwe opzet betere regiemogelijkheden omdat er meer transparantie is en dus meer inzicht in de kwaliteit en het financieel beheer.

Wie zijn de ketenpartners?

Stadsdeel/gemeente, GG&GD (jeugdgezondheidszorg), verloskundigen, kraambureaus, opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering, Bureau Jeugdzorg Amsterdam, zorgverzekeraar.

Welk niveau van samenwerking?

Op stedelijk bestuurlijk niveau is er een bestuursakkoord (2002-2006) afgesloten waarin als beoogd resultaat is opgenomen de omvorming van consultatiebureaus tot Ouder- en Kindcentra, gericht op de afstemming tussen de verschillende partners.

Er is een stedelijke adviesgroep, waarin vertegenwoordigers van de verschillende partners zitting hebben en die ondersteund wordt door een projectstaf met een projectleider.

Op stadsdeel-bestuurlijk niveau is er een regiegroep Jeugdbeleid

Welke rol speelt de gemeente?

De opdrachtgevers zijn de dagelijkse besturen van de stadsdelen en burgemeester en wethouders van de gemeente.

6**Personen betrokken bij huiselijk geweld****Een Veilig Huis Utrecht****Wat is het project Een veilig Huis?**

Een samenwerkingsverband van hulpverleningsinstellingen, politie en justitie in Utrecht gericht op de bestrijding van huiselijk geweld.

Voor welke klanten?

Vrouwen die slachtoffer zijn van geweld en terreur door hun (ex)partner en iedereen die behoefte heeft aan hulp, informatie of advies op het gebied van huiselijk geweld.

Wat zijn de ketendoelen?

Een sluitend, integraal hulpverleningsaanbod waarbij slachtoffers en daders die ondersteuning krijgen die ze nodig hebben om in eerste instantie het geweld in een gezin te stoppen en de gevolgen van het geweld te beperken en aan herstel te werken.

Wie zijn de ketenpartners?

Gemeente, GG&GD, GGZ-instellingen, vrouwenopvang, AMK, Reclassering, Geïndiceerde Jeugdzorg, Forensische Psychiatrie, Justitie, Stichting MEE, welzijnsorganisaties, politie, verslavingszorg en de stichting Slachtofferhulp (in totaal zeventien instellingen).

Welk niveau van samenwerking?

De projectleider van het Advies- en Meldpunt coördineert, initieert en motiveert de samenwerkingsverbanden en draagt zorg voor onderlinge samenwerkingsafspraken. De instellingen communiceren veelvuldig met elkaar om het hulpverleningsaanbod daadwerkelijk af te stemmen op de behoeften van de slachtoffers van huiselijk geweld.

Wat is de werkwijze?

Centraal staat het Advies- en Meldpunt een Veilig Huis. De laagdrempeligheid en de 24-uursbereikbaarheid staan daar voorop.

Er is een integraal, doelgericht multicultureel preventie- en zorgbeleid rond huiselijk geweld tegen vrouwen voor de stad Utrecht opgezet. Vroegtijdige signalering, normstellend handelen richting daders, gedegen eerste opvang, gerichte verwijzing van slachtoffers en het vergroten van de weerbaarheid van de betrokken vrouwen zijn kernbegrippen in de aanpak.

Er zijn drie deelprojecten:

- Een sluitend zorgaanbod (integraal aanbod ten behoeve van afstemming en inbedding van initiatieven op het gebied van preventie, hulpverlening en opvang van vrouwen bij geweld). Dit deelproject valt uiteen in de onderdelen samenwerking, voorlichting en deskundigheidsbevordering, het project Aware (een draadloos beveiligingssysteem zodat vrouwen makkelijker alarm kunnen slaan bij bedreiging door de (ex)partner) en daderhulpverlening huiselijk geweld.
- Een aanbod op wijkniveau (het in kaart brengen van de achtergronden van geweld tegen zwarte en migrantenvrouwen en de ontwikkeling van een vraaggestuurd multicultureel zorgaanbod).
- Onderwijs (preventie gericht op kinderen).

7**Personen met meervoudige problemen****Support Amsterdam****Wat is Support?**

Support is sinds 1999 een stedelijke OGGZ-ketenaanpak. Voor een groep extreem problematische personen in de binnenstad van Amsterdam.

Voor welke klanten?

Support is gericht op drugsverslaafden, daklozen en psychiatrische patiënten die op straat voor overlast zorgen.

Wat zijn de ketendoelen?

Doel van de samenwerking is zorgen voor een effectieve interventie bij de OGGZ-doelgroep rond de straat zodat de kwaliteit van leven op vijf domeinen (huisvesting, dagbesteding, inkomen, middelengebruik en medische zorg) kan toenemen (en daarmee de overlast op straat kan afnemen).

De resultaten zijn meetbaar en worden in de praktijk doorlopend gemeten. Metingen gaan over de persoonskenmerken en het zorggebruik (de situatie) op de vijf domeinen.

Wie zijn de ketenpartners?

De samenwerkende partijen zijn GG&GD, verslavingszorg, sociale dienst, gevangeniswezen, politie, maatschappelijke opvang en gemeente.

Welk niveau van samenwerking?

Er zijn drie niveaus van samenwerking:

- een platform met directievertegenwoordigers;
- een overleg van vertegenwoordigers van kerninstellingen (GG&GD, verslavingszorg, maatschappelijke opvang en politie);
- een werkoverleg van uitvoerenden.

Wat is de werkwijze?

Iedere deelnemer aan Support krijgt begeleiding van een professionele mentor. De inschrijving voor Support gebeurt op vrijwillige basis.

Support regelt dat wat nodig is: onderdak (bijvoorbeeld nachtopvang), medische zorg, hulp bij het op orde brengen van de financiën, dagbesteding en zo nodig toegang tot een gebruikersruimte.

De mentoren hebben een 'outreachende' benadering.

Er is een eigen, uitgebreid cliëntvolgsysteem ontwikkeld, zodat eventuele onderbrekingen in het zorgtraject spoedig hersteld kunnen worden. Tevens krijgt men goed zicht op de zorgvragen van de doelgroep als geheel en de afstemming van het totale zorgaanbod op de doelgroep (door een kwartaalrapportage).

Welke rol speelt de gemeente?

Het college van burgemeester en wethouders heeft stevige druk uitgeoefend op de verschillende partijen om mee te doen. Uiteindelijk hebben alle partijen de noodzaak tot samenwerking onderschreven. De gemeente heeft ervoor gezorgd dat een krachtige bestuurder van een van de instellingen het platform ging voorzitten. Support wordt op hoofdlijnen voornamelijk top-down bestuurd.

2 Pact van Savelberg

Prestatieafspraken wonen-zorg-welzijn in de regio Midden-Holland

Gouda, 26 april 2004

Savelberg, 26 april 2004

Ondergetekenden,

- Provincie Zuid-Holland, in dezen vertegenwoordigd door mevrouw L.M. Huizer, gedeputeerde Samenleving,
- Regionaal Zorgberaad Midden-Holland, in dezen vertegenwoordigd door de heer A.J.P. van Holsteijn, voorzitter,
- gemeente Bergambacht, in deze vertegenwoordigd door A.M. Visser, loco-burgemeester,
- gemeente Bodegraven, in deze vertegenwoordigd door mevrouw A.P. van den Burg-Boersma, wethouder,
- gemeente Boskoop, in deze vertegenwoordigd door J.A. de Jager, loco-burgemeester,
- gemeente Gouda, in deze vertegenwoordigd door P. van der Sluijs, wethouder,
- gemeente Moordrecht, in deze vertegenwoordigd door J.A.J.M. Oomen, loco burgemeester,
- gemeente Nieuwerkerk, in deze vertegenwoordigd door A.F. Bonthuis, burgemeester,
- gemeente Nederlek, in deze vertegenwoordigd door C.W. Veerhoek, burgemeester,
- gemeente Ouderkerk, in deze vertegenwoordigd door mevrouw J.H.M. Hermans-Vloedbeld, burgemeester,
- gemeente Reeuwijk, in deze vertegenwoordigd door D. Hagoort, wethouder,
- gemeente Schoonhoven, in deze vertegenwoordigd door J. Huizinga, wethouder,
- gemeente Vlist, in deze vertegenwoordigd door G. Bergshoef, burgemeester,
- gemeente Waddinxveen, in deze vertegenwoordigd door mevrouw T.M.B. Gerts, wethouder,
- gemeente Zevenhuizen-Moerkapelle, in deze vertegenwoordigd door M. Zijderhand, loco-burgemeester,
- Bestuurscommissie Volkshuisvesting van het Intergemeentelijk Samenwerkingsorgaan Midden-Holland, in dezen vertegenwoordigd door de heer J. Huizinga, voorzitter,
- Portefeuillehoudersoverleg Zorg van het Intergemeentelijk Samenwerkingsorgaan Midden-Holland, in dezen vertegenwoordigd door de heer P. van der Sluijs, voorzitter,
- Regionaal Patiënten/Consumenten Platform Midden-Holland, in dezen vertegenwoordigd door mevrouw M.J.W. van Leeuwen, waarnemend directeur,
- Regionaal Overleg Corporaties Midden-Holland, in dezen vertegenwoordigd door de heer J.N. Kaper, vice-voorzitter
- Trias Zorgverzekerbaar, in dezen vertegenwoordigd door de heer J.F.A. van Noorden, manager Zorg, Samenwerkend Ouderenwerk Midden-Holland, in dezen vertegenwoordigd door de heer G. Blijenburg, voorzitter,
- Stichting Zorgpartners Midden-Holland, in dezen vertegenwoordigd door de heer S.T.J. de Jong, lid van de Raad van Bestuur,
- Stichting Vierstroom Zorggroep, in dezen vertegenwoordigd door de heer C. Laurey, voorzitter van de Raad van Bestuur,

- Stichting Samenwerkende Zorgcentra en Thuiszorg, in dezen vertegenwoordigd door de heer C. Slingerland,

hierna te noemen de partijen,

Overwegende dat:

- In de ZorgEffectRapportage (ZER) van het Regionaal Zorgberaad Midden-Holland van september 2002 is gewezen op een verdubbeling van de vergrijzing in de regio, de behoefte aan 9.000 extra woningen – te realiseren door middel van nieuwbouw en aanpassingen in de bestaande woningvoorraad - voor ouderen en gehandicapten in 2030 en een toename van het aantal benodigde vierkante meters per plaats in de intramurale zorg;
- Partijen hebben onderkend dat thans moet worden gestart met het nemen van maatregelen om tijdig op deze behoeften in te spelen; partijen daartoe op 5 maart 2003 een “Houtskoolschets” hebben ondertekend, waarin zij de intentie hebben vastgelegd te komen tot prestatieafspraken over wonen-zorg-welzijn in de regio Midden-Holland;
- Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in haar brief (kenmerk DWO/ZA-U-2362971) van 4 maart 2003 heeft aangegeven dit initiatief te ondersteunen, door zich in te zetten om knelpunten op te lossen die zich kunnen voordoen in de uitvoering van het integrale uitvoeringsplan met toetsbare resultaten;
- De stuurgroep “Pact van Savelberg” ten behoeve van de uitwerking van de “Houtskoolschets” in het voorjaar 2003 drie taskforces heeft ingesteld met de opdracht een inhoudelijk advies op te stellen over de aanpak van respectievelijk wonen, zorg en welzijn;
- De stuurgroep “Pact van Savelberg” in haar vergadering deze adviezen in overweging heeft genomen, deze adviezen heeft besproken en als basis beschouwd voor de opstelling van dit Pact, waar nodig met verwijzing naar deze adviezen; deze adviezen als bijlagen zijn gevoegd bij dit Pact;
- Dit Pact de afspraken bevat over wonen, zorg en welzijn voor ouderen en mensen met een handicap;
- De specifieke invulling van wonen, zorg en welzijn voor oudere en gehandicapte allochtonen op lokaal niveau gebeurt binnen de afspraken van dit Pact;
- De tekst van dit Pact is gebaseerd op de ten tijde van de ondertekening vigerende wet- en regelgeving; indien tijdens de looptijd van de afspraken in dit Pact deze wet- en regelgeving zich fundamenteel wijzigt, partijen met elkaar in overleg treden over de consequenties hiervan voor de gemaakte afspraken;
- De bijdragen die partijen leveren om de in dit Pact opgenomen afspraken ook daadwerkelijk te realiseren, het karakter van een resultaatsverplichting hebben, tenzij anders vermeld (in de vorm van een inspanningsverplichting);
- Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in haar brief, welke als bijlage aan dit Pact is verbonden, concrete voorstellen heeft gedaan om de geconstateerde knelpunten op financieel terrein en op het gebied van regelgeving op te lossen;
- Het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu in haar brief, welke als bijlage aan dit Pact is verbonden, eveneens concrete voorstellen heeft gedaan om de geconstateerde knelpunten op financieel terrein en op het gebied van regelgeving op te lossen;

komen het volgende overeen:

Strategische doelstelling

Artikel 1

Partijen stellen zich ten doel gezamenlijk van Midden-Holland een levensloopbestendige regio te maken.

Partijen realiseren dit door gezamenlijk te werken aan een voldoende aanbod van levensloopbestendige en andere voor ouderen en gehandicapten geschikte woningen en woonvormen, in combinatie met de benodigde voorzieningen en dienstverlening op in ieder geval de terreinen van zorg en welzijn, zodat ouderen en gehandicapten binnen de eigen regio zelfstandig kunnen blijven wonen, gebruikmakend van een voor ieder gelijkwaardig kwaliteitsniveau.

Partijen onderkennen dat hiervoor benodigd is dat zij hun afzonderlijke activiteiten op elkaar afstemmen en dat zij waar nodig samenwerken. Uitgaande van ieders eigen verantwoordelijkheid beschouwen zij de onderhavige afspraken als bindend en resultaatverplichtend naar elkaar toe.

Realisatie in woonzorgzones

Artikel 2

1. Het levensloopbestendig maken van de regio Midden-Holland wordt per gemeente gerealiseerd in één of meerdere woonzorgzones. Iedere gemeente realiseert tenminste één woonzorgzone.
2. De woonzorgzone doet recht aan de veranderingen in de zorg(vraag) en aan de gewenste integratie van zorgvragenden in de maatschappij. Door de realisatie van clusters van zorgwoningen en aangepaste woningen tussen de 'gewone' woningen wordt recht gedaan aan het proces van een evenwichtige spreiding van de zorg, aan een noodzakelijke concentratie zorgwoningen en aangepaste woningen om efficiënt en effectief zorg, welzijn en diensten te leveren én aan de integratie van zorgbehoevenden in de wijk of dorpskern.
3. Een woonzorgzone is een geografisch deel binnen een wijk of een dorpskern, waarbinnen:
 - verschillende vormen van zelfstandig en onzelfstandig wonen voor ouderen en gehandicapten zijn gerealiseerd rond een 'zorgwelzijnskruispunt', welke gebruik maken van hetzelfde zorgwelzijnskruispunt (een uitvalsbasis voor de zorgverlening) en/of coördinatiepunt (een plaats waar vraag en aanbod wat betreft de zorg met elkaar gecombineerd worden);
 - welzijnsactiviteiten en diensten aan huis gebracht of dichtbij te halen zijn, georganiseerd in of vanuit een wijk(welzijns)activiteitencentrum;
 - zorgbehoevenden en ouderen en gehandicapten beslist niet domineren, maar onderdeel vormen van een gemêleerde bevolkingsopbouw;
 - de fysieke en sociale woonomgeving zo is ingericht dat deze goed bereikbaar, toegankelijk en veilig is.

²⁷ Nota Beter Gezond, gemeentelijk gezondheidsbeleid 2003-2007, gemeente Pijnacker-Nootdorp.

²⁸ Zie bijlage voor onderbouwing: Advies van de Taskforces Wonen en Zorg

²⁹ Volgens de definities en beschrijving zoals opgenomen in het advies van de Taskforce Wonen.

³⁰ Bron: Rapport Tympaan "Toekomstige zorgbehoefte en zorgaanbod Midden-Holland, november 2003, bijlage 3, tabel 1; cijfers kunnen als gevolg van nieuwe inzichten aanpassing behoeven; thans zijn deze cijfers van november 2003 uitgangspunt bij de ondertekening.

Regionaal eindbeeld prestaties wonen 2015

Artikel 3

1. In de “Houtskoolschets” is afgesproken dat de ZorgEffectRapportage (ZER) het richtinggevend kader vormt voor het realiseren van een levensloopbestendige regio. In deze ZorgEffectRapportage (ZER) is berekend dat de regio momenteel 12.620 75-plussers kent, waarvan circa 5.300 (42%) enige vorm van zorg en verpleging ontvangt. In de ZER is geprognostiseerd dat in 2015 de regio 16.730 75-plussers kent, waarvan circa 7.027 er enige vorm van zorg en verpleging nodig zullen hebben.
2. Bij het voorzien in adequate huisvesting wordt ervan uitgegaan dat in de toekomst voor 11% van de 75-plussers intramurale capaciteit nodig is (thans is dat 18% exclusief wachtlijsten). Dit kan zowel in geconcentreerde (de instellingen) als gedeconcentreerde vorm. Deconcentratie vindt plaats naar clusterwonen. De in de regio reeds ingezette deconcentratie en extramuralisatie wordt verder doorgezet, zij het in gematigd tempo. De voorgenomen extramuralisatie wordt daarmee gerealiseerd in 2030 in plaats van 2015.
3. Partijen spreken af dat op basis van de ZER-prognoses in 2015 in totaliteit circa 9.000²⁸ eenheden en woningen voor ouderen en gehandicapten beschikbaar zijn in woonzorgzones, door middel van een op de vraag afgestemd aanbod van²⁹:
 - a. intramurale eenheden verzorging en verpleging in instellingen;
 - b. geclusterd wonen (deconcentratie in kleinschalige woonvorm);
 - c. beschut wonen (extramuraal);
 - d. woonzorgcomplexen (extramuraal);
 - e. en ‘aangepaste’ zelfstandige woningen (extramuraal);

De aantallen per categorie zijn uitgewerkt in lid 4 en 5 van dit artikel.

In bijlage 1 is een overzichtstabel opgenomen waarin deze woonvormen in verband worden gebracht met de kenmerken van de te leveren zorg.

4. Partijen spreken af dat de huidige intramurale capaciteit in Midden-Holland in aantallen eenheden tot 2015 wordt behouden (zijnde circa 2.200 eenheden³⁰ type A); deze capaciteit zal door verbouw en nieuwbouw in 2015 moeten voldoen aan de huidige gestelde normen volgens het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen en richt zich op ouderen en gehandicapten die intensieve verzorging en verpleging nodig hebben.
Daarnaast moeten tussen 2007 en 2015 nog circa 280 extra plaatsen³¹ intramurale woningen in de vorm van clusterwonen verpleging en verzorging (type B) worden gerealiseerd, deels voor psychogeriatrische cliënten, deels voor cliënten met gangbare somatische zorg.
Het aanbod van deze eenheden (type A en B) wordt voornamelijk gerealiseerd door de zorgaanbieders;
5. Partijen spreken af dat in de extramurale huisvestingsbehoefte van ouderen en gehandicapten in 2015, wordt voorzien door middel van woningen van type C, D en/of E. Het gaat hierbij om:
 - circa 1.100 woningen³² voor beschut/begeleid wonen inclusief woonzorgcomplexen (type C en D);
 - circa 5.575 zelfstandige aangepaste/aanpasbare/opgepluste/levensloopbestendige woningen met zorg thuis³³ (type E);

³¹ Idem.

³² Bron: rapport Tympan (zie noot 3); hoofdstuk 8 Conclusies, onder punt 5.

³³ Bron: rapport Tympan (zie noot 3); hoofdstuk 8 Conclusies, onder punt 5.

6. De in lid 5 genoemde aantallen woningen van type C, D en E, kunnen worden gerealiseerd door zowel woningcorporaties, als andere partijen en organisaties. Realisatie ervan vindt plaats door middel van nieuwbouw, maar vooral door aanpassingen in de bestaande woningvoorraad. De woningcorporaties in Midden-Holland dragen aan de realisatie van de opgave zoals aangegeven in lid 5 bij, door minimaal 30% van de benodigde aanpassingen in de bestaande voorraad voor hun rekening te nemen en door minimaal 50% van de benodigde nieuwbouw van zelfstandige woningen (type C, D en E) voor hun rekening te nemen.
7. De woningcorporaties en zorgaanbieders bereiden zoveel mogelijk bestaande en nieuwe huisvesting voor op domotica en rusten zoveel mogelijk bestaande en nieuwe zorggerelateerde huisvesting uit met domotica.
8. De toewijzing van specifiek voor ouderen en gehandicapten aangepaste woningen in woonzorgzones kan plaatsvinden op basis van lokaal c.q. regionaal overeen te komen afspraken. Het doel hiervan is te garanderen dat de complexen bestemd blijven voor de juiste doelgroepen.

Regionaal eindbeeld prestaties zorg 2015

Artikel 4

1. Partijen spreken af dat zorgaanbieders in 2015 een zorgaanbod bieden dat in kwantiteit en kwaliteit past bij de in artikel 3 genoemde aantallen te realiseren intramurale en extramurale huisvestingscapaciteit. De 24-uurs zorg en toezicht en de zorg op afroep wordt bij voorkeur gerealiseerd in een woonzorgzone. Buiten de woonzorgzone wordt zorg op afspraak geleverd en eventueel zorg op afroep, voor zover mogelijk (bijvoorbeeld vanuit een woonzorgcomplex).
2. Om de zorg binnen de woonzorgzone efficiënt en effectief te kunnen bieden:
 - a. Bevat een woonzorgzone in 2015 minimaal:
 - een zorgwelzijnskruispunt als uitvalsbasis voor de zorgverlening;
 - een coördinatiepunt inclusief afspraken dat planbare en onplanbare zorg naar de cliënt gebracht, of de cliënt naar de zorg;
 - b. Voor het inrichten van een zorgwelzijnskruispunt wordt zoveel mogelijk aangesloten bij reeds aanwezige intramurale voorzieningen, clusterwoningen of een woonzorgcomplex, als wel bij een gezondheids- of dienstverleningscentrum. Bij nieuwbouw spreken partijen hun voorkeur uit een zorgwelzijnskruispunt in samenwerking met andere voorzieningen (zoals bijvoorbeeld dorps huis, brede school, zorginstelling en dergelijke) te realiseren.
3. Zorgaanbieders zijn eerst aanspreekbare partijen om binnen de woonzorgzone voldoende kwantitatief en kwalitatief aanbod van zorg te realiseren, alsmede te voorzien in de in artikel 4, lid 2 genoemde infrastructuur. Per woonzorgzone is er één zorgaanbieder die daartoe als eerstverantwoordelijk aanspreekpunt fungeert voor de gemeente. Zorgaanbieders maken hierover afspraken binnen drie maanden na aanwijzing door de gemeente van een locatie als woonzorgzone;
4. Ongeacht de zorgaanbieder die binnen een woonzorgzone garant staat voor 24-uurs zorg, is er keuzevrijheid voor de extramurale cliënt wat betreft de zorgaanbieder waarmee hij/zij een één contract wil aangaan;

5. De zorgaanspraken die worden gehonoreerd zijn die aanspraken die in het kader van de AWBZ als volgt zijn gegroepeerd:
- huishoudelijke zorg
 - persoonlijke verzorging
 - verpleging
 - ondersteunende begeleiding
 - activerende begeleiding
 - verblijf
 - behandeling.

Regionaal eindbeeld prestaties welzijn 2015

Artikel 5

1. Voor alle bewoners van de onder artikel 3, lid 2 genoemde aantallen woningen in een woonzorgzone zal een voldoende aanbod van welzijn worden geboden. Uitgangspunt is een welzijnsbeleid met prioritering van het zorggerelateerde welzijn. Daaronder wordt verstaan alle activiteiten die bijdragen aan het voorkomen van zorgverzwaring en het bevorderen van welbevinden. Daarbij fungeren de welzijnsdiensten in de keten wonen-zorg-welzijn als schakel tussen woonzelfstandigheid en zorgafhankelijkheid.
2. Het aanbod van welzijnsdiensten wordt lokaal vraaggestuurd ingericht, dat wil zeggen dat het aanbod niet uniform zal zijn maar lokaal en individueel kan variëren aansluitend bij lokale en individuele prioriteiten. Uitgangspunt is daarbij dat het welzijnsaanbod aan zelfstandig wonenden die intensieve zorg ontvangen van hetzelfde niveau dient te zijn als het intramurale welzijnsaanbod.
3. Om het welzijnsaanbod binnen de woonzorgzone efficiënt en effectief te kunnen bieden:
 - a. Bevat een woonzorgzone in 2015 minimaal:
 - een zorgwelzijnskruispunt als uitvalsbasis voor de welzijnsdienstverlening;
 - een coördinatiepunt inclusief afspraken dat planbare en onplanbare welzijnsdienstverlening naar de cliënt wordt gebracht, of de cliënt naar de welzijnsdienstverlening;
 - b. Voor het inrichten van een zorgwelzijnskruispunt wordt zoveel mogelijk aangesloten bij reeds aanwezige intramurale voorzieningen, clusterwoningen of een woonzorgcomplex, als wel bij een gezondheids- of dienstverleningscentrum. Bij nieuwbouw spreken partijen hun voorkeur uit een zorgwelzijnskruispunt in samenwerking met andere voorzieningen (zoals bijvoorbeeld dorpshuis, brede school, zorginstelling en dergelijke) te realiseren.
4. Aanbieders van welzijnsproducten zijn eerst aanspreekbare partijen om binnen de woonzorgzone voldoende kwantitatief en kwalitatief aanbod van welzijnsproducten te realiseren, alsmede te voorzien in de artikel 5, lid 2 genoemde infrastructuur. Per woonzorgzone is er één aanbieder van welzijnsproducten die daartoe als eerstverantwoordelijk aanspreekpunt fungeert voor de gemeente. Aanbieders van welzijnsproducten maken hierover afspraken binnen drie maanden na aanwijzing door de gemeente van een locatie als woonzorgzone.

5. Het lokale aanbod van welzijn omvat in 2015 in ieder geval het volgende minimumpakket van 17 welzijnsproducten:
- a. Behoeftte aan participatie in de omringende samenleving

Producten:

 - Schriftelijk informatiemateriaal
 - Telefonische informatie-/adviespunt, lokaal loket
 - Voorlichtingsbijeenkomsten
 - Signalering-/welzijnsbezoeken
 - Ouderenadviseur
 - Toegankelijke woonomgeving & sociale veiligheid in en om het huis
 - ‘Aanvullende’ vervoersmogelijkheden
 - b. Behoeftte aan ondersteuning

Producten:

 - Maaltijdvoorziening individueel gericht
 - Maaltijdvoorziening groepsgericht
 - Hand- en spandiensten: klussendienst
 - Was- en linnenservice
 - Pedicuredienst
 - Bewegingsactiviteiten
 - Ontmoetingsactiviteiten/recreatie
 - Educatie
 - c. Behoeftte aan persoonlijke veiligheid en geborgenheid

Producten:

 - Personenalarmering
 - Ondersteuning en begeleiding bij het in stand houden en versterken van sociale en persoonlijke netwerken
6. Op lokaal niveau zal hierop differentiatie plaatsvinden ten aanzien van de vorm en de omvang van elk van de betreffende 17 producten op geleide van de vraag. Het is aan lokale partijen dit te bepalen. Om het economisch draagvlak van het aanbod van het minimumpakket te vergroten, kan waar nodig ook gebruik worden gemaakt van bovenlokaal aanbod.

Invulling van de prestaties 2004 - 2007

Artikel 6

1. Partijen zullen de voorgenomen kwantitatieve prestaties voor het eindbeeld 2015 in tranches van vier jaar vastleggen; dit Pact bevat de afspraken voor de periode 2004 – 2007; partijen maken uiterlijk 1 juli 2007 kwantitatieve afspraken over de te leveren prestaties in de periode 2008-2011 en uiterlijk 1 juli 2010 over de periode 2012-2015;
2. Ervan uitgaande dat het berekende tekort naar de huidige inzichten redelijkerwijs niet in 2007 kan zijn weggewerkt en daarom iedere toevoeging op dit moment een waardevolle bijdrage levert aan het wegwerken van de tekorten aan adequate huisvesting van zorgbehoevenden, verbinden partijen in de periode 2004-2007 zich aan;
 - a. Het op het niveau van de huidige normen van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen brengen van circa 70% van de beoogde intramurale capaciteit in 2015 (zoals benoemd in artikel 3, lid 4), zijnde circa 1.500 eenheden;

- b. De realisatie van circa 25% van de beoogde aantallen extramurale woningen (conform de definities van bijlage 1) in 2015, zoals benoemd in artikel 3, lid 5. In kwantitatieve termen gaat het om 1.900 woningen;
3. Partijen verbinden zich eveneens aan het leveren van de benodigde zorg en welzijn voor de bewoners van de in lid 2 benoemde aantallen intramurale en extramurale eenheden/woningen;
4. De realisatie van de in artikel 6, lid 2 genoemde kwantitatieve prestaties is vastgelegd in individuele gemeentelijk uitvoeringsplannen 2004 - 2007, welke na lokale goedkeuring als bijlagen een onlosmakelijk onderdeel vormen van dit Pact. De gemeentelijke uitvoeringsplannen zijn apart ondertekend door de gemeente (die hierover de lokale patiënten- en consumentenorganisaties heeft gehoord) en de aanbieders van wonen, zorg en welzijn; in de uitvoeringsplannen is in ieder geval opgenomen:
 - a. het vastleggen van de locatie en invulling van de woonzorgzone(s), voorzover dit nog niet gebeurd is in de gemeentelijke structuur- en woonvisie;
 - b. het vastleggen van de te realiseren kwantitatieve aantallen woningen voor ouderen c.q. gehandicapten en de omvang van de bijbehorende voorzieningen en diensten op het gebied van zorg en welzijn;
 - c. het vastleggen van de lokale afspraken over de levering van producten en diensten op het terrein van zorg en welzijn en de kwaliteit daarvan;
 - d. de bijdragen die de ondertekenende partijen daarbij leveren in de uitvoering;
 - e. het vastleggen van de financiering;
 - f. het vastleggen van de betrokkenheid van lokale patiënten- en consumentenorganisaties bij de ontwikkeling en uitvoering van plannen;
 - g. het vastleggen van de monitoring van de gemaakte afspraken.
5. a. Op het moment van ondertekening van dit Pact zijn (de visies op) de gemeentelijke uitvoeringsplannen 2004- 2007 van de gemeenten Boskoop, Bodegraven en Nederlek gereed, onder voorbehoud van goedkeuring door de gemeenteraad;
- b. Voor alle gemeenten in de regio Midden-Holland geldt dat zij uiterlijk op 31 december 2004 eveneens hun gemeentelijke uitvoeringsplan gereed hebben.
6. De gemeente heeft de verantwoordelijkheid om voor de perioden 2008 – 2011 en 2012 – 2015 eveneens tot een gemeentelijk uitvoeringsplan te komen met betrokken partijen. Zij voert daarbij regie op:

Wonen:

- a. Het aanwijzen van de locaties voor nieuwbouw, verbouw, herstructurering en/of transformatie;
- b. Het vastleggen van de woonzorgzoning in structuurschets en woonvisie
- c. Het voorbereiden van de ruimtelijke en bestemmingsplanprocedures
- d. Het maken van bouw- en verbouwafspraken met de woningcorporaties en andere ontwikkelaars
- e. Het afsluiten van een prestatiecontract over de realisatie voor de periode 2004 – 2007.

Welzijn:

- f. Het inventariseren van de lokale vraag naar zorggerelateerde en woongerelateerde welzijnsproducten aan de hand van het minimumpakket welzijnsdiensten
- g. Het maken van afspraken met de welzijnsaanbieders over het aan te bieden welzijnspakket, tenminste over het minimumpakket

- h. Het maken van afspraken voor welke doelgroep(en) dit pakket wordt aangeboden
- i. Het maken van leveringsafspraken
- j. Het aanwijzen van locaties voor (nieuwe) wijk(welzijns)activiteitencentra
- k. De financiering van het welzijnsaanbod

Zorg:

- l. Het aanwijzen van locaties voor de (nieuwe) zorgwelzijnskruispunten
- m. Het samen met de zorgaanbieders waarborgen dat de benodigde bouwaanvragen via het College Bouw worden ingediend en gehonoreerd
- n. Het waarborgen dat er afspraken over de levering van zorgdiensten zijn gemaakt in de te ontwikkelen woonzorgzones.

Aanpak knelpunten

Artikel 7

1. Partijen constateren dat er bij de realisatie van de in dit Pact benoemde doel- en taakstellingen, allerlei knelpunten kunnen worden benoemd die om een oplossing vragen. Partijen zijn van mening dat verwezenlijking van dit Pact alleen kan als alle partijen bereid zijn een bijdrage te leveren aan de oplossing van de belangrijkste knelpunten. Deze betreffen met name vraagstukken van financiering van de investeringen, betaalbaarheid voor bewoners, locatiemogelijkheden binnen de vastgestelde streekplancontouren, rigide toepassing van regelgeving en tijdrovende procedures. Als bijdragen voor de oplossing hiervan, zijn in de navolgende onderdelen van dit artikel de bijdragen van de afzonderlijke bij dit Pact betrokken partijen benoemd.
2. Partijen zullen zich gezamenlijk inspannen om voorwaarden te scheppen voor het realiseren van financieel haalbare zorgwelzijnskruispunten, en daarbij ondermeer rekening houden met de financiële toegankelijkheid voor de gebruikers van de woon-, zorg- en welzijnsvoorzieningen.
3. De individuele gemeenten zullen ter ondersteuning van de verwezenlijking van de doelstellingen van dit Pact:
 - a. Regie geven aan en opstellen van de in artikel 6, lid 4 benoemde afzonderlijke gemeentelijk uitvoeringsplannen;
 - b. Met woningcorporaties en zorgaanbieders afspraken maken over passende financiële randvoorwaarden, zoals extra “verdiencapaciteit” elders en/of sociale grondprijzen;
 - c. De benodigde bestemmingsplanwijzigingen aparte begeleiding geven zodat deze zo snel mogelijk de wettelijke termijnen kunnen doorlopen;
 - d. Aan woningcorporaties, zorgaanbieders en particuliere projectontwikkelaars en/of verhuurders, dezelfde programmatische randvoorwaarden stellen in de lokale bouwverordening, bij de uitgifte van grond en het verstrekken van bouwvergunningen; deze programmatische voorwaarden vinden hun basis in de woon- en structuurvisie;
 - e. Streven naar het opstellen van een gezamenlijke regionale huisvestingsverordening, waarin de toewijzing van levensloopbestendige en andere voor ouderen en gehandicapten geschikte woningen eenduidig is geregeld;
 - f. Voor een tijdsge en adequate informatie-uitwisseling en afstemming zorgdragen op regionaal niveau met betrekking tot dit Pact;
 - g. Toezien op de invulling van het minimumwelzijnspakket, zoals opgenomen in artikel 5, lid 3.

4. De provincie zal ter ondersteuning van de verwezenlijking van de doelstellingen van dit Pact:
 - a. Meewerken aan contouraanpassingen (een partiële streekplanherziening), onder meer via het uitruilen c.q. uitplaatsen van functies, mits op grond van een woonvisie en ruimtelijke onderbouwing blijkt dat binnenstedelijk of in het “witte gebied” geen ruimte is om de benodigde zorg- en/of welzijnsfuncties te accommoderen, c.q. uitruil naar het te ontwikkelen gebied (= witte gebied) niet mogelijk is;
 - b. Mogelijkheden creëren om op voormalige agrarische bedrijfscomplexen zorgvoorzieningen op te richten, mits op grond van een regionale visie helder wordt gemaakt wat de behoefte is aan dergelijke voorzieningen en mits deze voorzieningen bedoeld zijn voor specifieke doelgroepen, die gebonden zijn aan het landelijk gebied;
 - c. Een deel van de provinciale subsidiestromen, zoals in gevolge Sociale Infrastructuur, Kleine Kernen, Sociaal Beleid, Wonen – Zorg - Welzijn en Seniorenbeleid gebundeld en gericht inzetten voor de doelstellingen van het Pact;
 - d. Het Pact van Savelberg opnemen in het Beleidskader ISV2.
 - e. Voor projectaanvragen voor ISV, die een bijdrage leveren aan de stedelijke vernieuwing en gerelateerd zijn aan het Pact van Savelberg, in het tweede tijdvak ISV (2005-2010) op grond van bestuurlijke overwegingen investeringsbudget kunnen reserveren, mits de aanvragen voldoen aan de beleidsmatige aspecten en de vormvereisten uit de Verordening en Regeling stedelijke vernieuwing.
 - f. Door middel van vooroverleg en/of de behandeling van principeverzoeken gericht op bouw en verbouw van woningen, zorg- en welzijnsvoorzieningen (interne) WRO - procedures gerichte begeleiding geven, zodat deze zo snel mogelijk kunnen worden doorlopen;
 - g. Het Pact van Savelberg als vast agendapunt meenemen in het periodiek voortgangsoverleg RO met de gemeenten;
 - h. Een handreiking vergrijzing ontwikkelen, waarbij specifiek aandacht zal worden besteed aan het landelijk gebied;
 - i. De regionale afstemming van de gemeentelijke plannen en inspanningen bevorderen via de daarvoor op regionaal niveau afgesproken overleggen in ISMH-verband.

5. De regionale woningcorporaties zullen ter ondersteuning van de verwezenlijking van de doelstellingen van dit Pact:
 - a. Met gemeenten afspraken maken over het aanbod van voldoende aantallen betaalbare levensloopbestendige en andere woningen voor ouderen en gehandicapten met een laag inkomen binnen de woonzorgzones, waaronder wordt verstaan huurwoningen met een maximale huurprijs per maand van € 585,24 (prijspeil juni 2003);
 - b. Binnen de normen van het Centraal Fonds voor de Volkshuisvesting, onrendabele investeringen in de woningbouw ten behoeve van ouderen en gehandicapten ten laste laten komen van de bedrijfsreserve en daarover afspraken te maken met gemeenten;

6. De zorgaanbieders in de regio zullen ter ondersteuning van de verwezenlijking van de doelstellingen van dit Pact:
 - a. Per woonzorgzone een eerstverantwoordelijk aanspreekpunt benoemen, die zorgdraagt voor voldoende aanbod van zorg in kwantitatieve en kwalitatieve zin binnen de woonzorgzone, alsmede voor de beschikbaarheid van zorgwelzijnskruispunten en/of coördinatiepunten;
 - b. Waar mogelijk clusterwoningen en beschutte woningen (type B en C) ook bouwen onder de Wet Ziekenhuisvoorzieningen onder het principe van omkeerbaar bouwen, zodat het mogelijk is om deze in de toekomst om te zetten in zelfstandige woningen van type D/E. Dit betekent tijdelijke extra intramurale inzet die later wordt geëxtramuraliseerd.

7. De gezamenlijke welzijnsorganisaties zullen ter ondersteuning van de verwezenlijking van de doelstellingen van dit Pact:
 - a. Per woonzorgzone een eerstverantwoordelijk aanspreekpunt benoemen, die zorgdraagt voor voldoende aanbod van welzijnsproducten in kwantitatieve en kwalitatieve zin binnen de woonzorgzone;
 - b. En zijn bereid om het in artikel 5, lid 3 benoemde minimumpakket op te nemen in hun dienstenaanbod.

8. Het RPCP-MH zal ter ondersteuning van de verwezenlijking van de doelstellingen van dit Pact:
 - a. Het initiatief nemen om, in samenwerking met het Transmuraal Netwerk en het Regionaal Zorgberaad, de mogelijkheden te verkennen van een zorgwelzijnskruispunt in het bieden van (nieuwe vormen van) vraaggestuurde zorg;
 - b. In samenwerking met het Regionaal Netwerk Ouderenbonden (RNO), lokale groepen van zorgvragers (dus: ouderenorganisaties en lokale platforms van mensen met een handicap) te ondersteunen bij hun participatie in het ontwikkelen van woon-, zorg- en welzijnsinitiatieven;
 - c. Knelpunten analyseren en mogelijkheden onderzoeken om vanuit de reeds bestaande vormen van medezeggenschap en klachtenregelingen te komen tot een integrale vorm van medezeggenschap en klachtenregeling op de terreinen wonen, zorg en welzijn.

9. Het Zorgkantoor zal ter ondersteuning van de verwezenlijking van de doelstellingen van dit Pact:
 - a. Adequate zorg in de woonzorgzones mogelijk maken, door het inkopen van voldoende zorg voor de daar woonachtige ouderen en gehandicapten;
 - b. Zich inspannen er voor te zorgen dat deze zorg van voldoende en het juiste kwalitatief niveau is.

10. Het Zorgberaad Midden-Holland zal ter ondersteuning van de verwezenlijking van de doelstellingen van dit Pact:
 - a. De regionale vergadertafel faciliteren, ter stimulering van samenwerking en afstemming bij het realiseren van het Pact van Savelberg en de levensloopbestendige regio Midden-Holland;
 - b. Innovaties genereren op het vlak van wonen-zorg-welzijn, in het bijzonder in het kader van de woon-zorgzonerings;
 - c. Financiële middelen daartoe beschikbaar stellen ten behoeve van (voorbeeld)projecten op het vlak van (de integrale aanpak van) wonen-zorg-welzijn. Eenmalig is voor 2004 een bedrag beschikbaar van 150.000 euro en 50.000 euro ten behoeve van voorfinanciering van projecten;
 - d. Concrete ondersteuning leveren bij op regionaal of lokaal niveau zich voordoende procesproblemen;
 - e. Adviseren en informeren over nieuwe (beleids)ontwikkelingen, subsidiekaders enz. (rol van regionaal kenniscentrum).

Pilots en andere initiatieven

Artikel 8

1. De verwezenlijking van de doelstellingen van dit Pact van Savelberg vraagt mede om vernieuwende initiatieven in de aanpak van het combineren van wonen, zorg en welzijn voor alle doelgroepen. Deze vernieuwende initiatieven zullen onder meer door concrete pilots in de praktijk worden uitgewerkt.

2. Om de bijdrage van eigenaarbewoners te stimuleren, worden de volgende vernieuwende initiatieven ondernomen:

- a. Er wordt een back office ingericht, waar eigenaar-bewoners informatie kunnen krijgen over technische mogelijkheden, kosten, producten aannemers, e.d. om de eigen woning aan te passen. Woningcorporaties zijn betrokken bij dit initiatief.
 - b. Met banken en financiers worden de mogelijkheden onderzocht voor maatwerkfinancieringen voor eigenaar-bewoners. Woningcorporaties zijn betrokken bij het bieden van de mogelijkheid van ‘verzilveren’: verkoop huis aan corporatie, die aanpassingen verricht, terwijl ex-eigenaar als huurder in de woning kan blijven.
3. Partijen streven er naar om de regio Midden-Holland tot pilotgebied te laten verklaren inzake de nieuwe WRO-wet, waarin de artikel 19-procedure is geschrapt en de proceduredtijd van 53 weken is teruggebracht naar 22 tot 24 weken (onder voorbehoud goedkeuring wet door parlement).
 4. Het ontwikkelen van nieuwe instrumenten die de inhoudelijke participatie van bewoners bevorderen.
 5. Om de toepassing van domotica te stimuleren, is het *Platform Woontechnologie* gevraagd op basis van reeds gerealiseerde projecten een concreet en toepasbare domotica-wijzer op te stellen, die kan worden gehanteerd bij projecten.

Bijdragen Rijk

Artikel 9

1. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft bij de totstandkoming van de Houtskoolschets in haar brief van 4 maart 2003 (kenmerk DVVO/ZA-U-2362971) aangegeven dit initiatief van de regio Midden-Holland te ondersteunen. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in haar brief van 21 november 2003 (kenmerk DVVO/ZA-U-2434040) dit nogmaals herhaald. In beide brieven is toegezegd dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zich tot het uiterste zal inzetten om knelpunten van financieel-technische of organisatorische aard weg te nemen, die zich voordoen bij de uitvoering van dit Pact. Het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu heeft bij monde van haar vertegenwoordiger in de stuurgroep eveneens deze toezegging gedaan.
2. De stuurgroep “Pact van Savelberg” op basis van dit aanbod en haar status als “experimentregio wonen-zorg-welzijn”, overleg voert om tot afspraken te komen over de volgende concrete (knel)punten:
 - a. *Met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport:*
 - Het beschikbaar stellen van extra middelen ter financiering van welzijnsdiensten voor mensen die extramuraal worden gehuisvest. Daar waar deze worden gefinancierd door de Subsidieregeling Diensten, er voor zorg te dragen dat de omvang van het jaarlijkse budget voor de pilot zorgregio Midden-Holland, is afgestemd op de vraag vanuit de regio. Dat deze subsidiebedragen lump sum worden verstrekt en mogen worden afgerekend, in plaats van per individuele aanvraag. Dat het CVZ zorgdraagt voor snelle afhandeling van de aanvragen vanuit de pilotregio Midden-Holland;
 - Het kunnen maken van extra productieafspraken zorg en de financiering hiervan;
 - Het beschikbaar stellen van extra financiële middelen ten behoeve van extra zorginfrastructuur en domotica;

- Bestaande wet- en regelgeving bij de uitvoering van dit Pact in de regio Midden-Holland zodanig te interpreteren en toe te passen, dat de regio er in de uitvoering van dit Pact geen belemmeringen van ondervindt; het gaat met name om de toepassing van de boekwaaardeafkoop en de toepassing van andere regelgeving door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen en het College Sanering.

b. Met het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu:

- Te onderzoeken of woningen van minimaal 45m² die op basis van de doelstellingen en aanpak van dit Pact voor zorgbehoevenden van 75 jaar en ouder worden gebouwd, eveneens in aanmerking kunnen komen voor huursubsidie;
- De regio Midden-Holland tot pilotgebied te verklaren inzake de nieuwe WRO-wet, waarin de artikel 19-procedure is geschrapt en de proceduretijd van 53 weken wordt teruggebracht naar 22 tot 24 weken (onder voorbehoud van goedkeuring door het parlement).

3. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu in hun brieven hun concrete voorstellen voor de aanpak van in ieder geval deze knelpunten hebben opgenomen. Deze brieven vormen een bijlage bij dit Pact.

Monitoring uitvoering en overleg

Artikel 10

1. Het overleg over de voortgang van de uitvoering van het *Pact van Savelberg* op regionaal niveau vindt plaats in een stuurgroep. In de stuurgroep hebben de ondertekenaars van dit Pact zitting. Zij kiezen uit hun midden hun voorzitter;
2. Jaarlijks zal over de voortgang van de uitvoering en realisatie van de gemeentelijke uitvoeringsplannen door gemeenten worden gerapporteerd aan de Stuurgroep;
3. Veranderingen in vraag en aanbod worden voorafgaand aan het afsluiten van nieuwe afspraken voor een nieuwe vierjaarsperiode gemonitord, zodat de behoefte kan worden bijgesteld. Dit zal aldus plaatsvinden in 2007 en 2011.

Geschillenregeling

Artikel 11

1. Een partij die meent dat er een geschil bestaat, deelt dat schriftelijk aan de andere partijen mee. De mededeling bevat een aanduiding en onderbouwing van het geschil.
2. Binnen een maand na dagtekening van de in het eerste lid bedoelde mededeling overleggen partijen, binnen de samenstelling van de stuurgroep, over een oplossing.

Tussentijdse Opzegging

Artikel 12

1. Wanneer een partij het Pact opzegt, dient zij dat schriftelijk aan de andere partijen mee te delen.
De mededeling bevat een aanduiding en onderbouwing van de opzegging.
2. Binnen een maand na dagtekening van de in het eerste lid bedoelde mededeling beraden alle partijen (inclusief de opzeggende partij) zich, binnen de samenstelling van de stuurgroep, over de gevolgen daarvan voor het Pact. Deze gevolgen kunnen achtereenvolgens betrekking hebben op één van de hierna genoemde onderwerpen:
 - Opzegtermijn van de partij als bedoeld in lid 1;
 - Nakoming van verplichtingen door de overgebleven partijen.

Geldigheid en looptijd

Artikel 13

1. Partijen behouden ieder hun autonomie, maar verplichten zich om binnen het kader van dit Pact tot overeenstemming met elkaar te komen.
2. De afspraken in dit Pact hebben een verplichtend karakter.
3. De looptijd van dit Pact eindigt uiterlijk op 31 december 2007.
4. Partijen verlengen dit Pact uiterlijk op 31 december 2007 met nieuwe kwantitatieve afspraken voor de periode 2008-2011.

Gouda, 26 april 2004

Namens de provincie Zuid-Holland,
 mevrouw L.M. Huizer, gedeputeerde Samenleving
Namens het Regionaal Zorgberaad Midden-Holland,
 A.J.P. van Holsteijn, voorzitter
Namens de gemeente Bergambacht,
 A.M. Visser, loco-burgemeester
Namens de gemeente Bodegraven,
 mevrouw A.P. van den Burg-Boersma, wethouder
Namens de gemeente Boskoop,
 J.A. de Jager, loco-burgemeester
Namens de gemeente Gouda,
 P. van der Sluijs, wethouder
Namens de gemeente Moordrecht,
 J.A.J.M. Oomen, loco burgemeester
Namens de gemeente Nieuwerkerk,
 A.F. Bonthuis, burgemeester
Namens de gemeente Nederlek,
 C.W. Veerhoek, burgemeester
Namens de gemeente Ouderkerk,
 mevrouw J.H.M. Hermans-Vloedveld, burgemeester
Namens de gemeente Reeuwijk,
 D. Hagoort, wethouder
Namens de gemeente Schoonhoven,
 J. Huizinga, wethouder
Namens de gemeente Vlist,
 G.Bergshoef, burgemeester
Namens de gemeente Waddinxveen,
 mevrouw T.M.B. Gerts, wethouder
Namens de gemeente Zevenhuizen-Moerkapelle,
 M. Zijderhand, loco-burgemeester
Namens het Regionaal Patiënten/Consumenten Platform Midden-Holland,
 mevrouw M.J.W. van Leeuwen, waarnemend directeur
Namens Regionaal Netwerk Ouderen Midden Holland,
 mevrouw A. van der Tol-Petrick, voorzitter
Namens het Regionaal Overleg Corporaties Midden-Holland,
 J.N. Kaper, vice-voorzitter
Namens Trias Zorgverzekeraar,
 J.F.A van Noorden, manager zorg
Namens het Samenwerkend Ouderenwerk Midden-Holland,
 G. Bleijenburg, voorzitter
Namens de Stichting Zorgpartners Midden-Holland,
 S.T.J. de Jong, lid van de Raad van Bestuur
Namens de Stichting Vierstroom Zorggroep,
 C. Laurey, voorzitter van de Raad van Bestuur
Namens de Stichting Samenwerkende Zorgcentra en Thuiszorg,
 C.Slingerland

3 Gebruikte afkortingen

AMK	Algemeen meldpunt kindermishandeling
AMW	Algemeen maatschappelijk werk
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ELP	Eerstelijnspsycholoog
GGD	Gemeentelijke geneeskundige dienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
JIP	Jongereninformatiepunt
LVG	Lichamelijk en verstandelijk gehandicapten
LZA	Langdurig zorgafhankelijken
MO	Maatschappelijke opvang
MSS	Maatschappelijk steunsysteem
OGGZ	Openbare geestelijke gezondheidszorg
PGB	Persoonsgebonden budget
RHV	Regionale huisartsenvereniging
RIAGG	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Regionale instelling voor begeleid en beschermd wonen
ROEP	Regionaal overleg eerstelijns psychologen
RPCP	Regionale patiënten en consumenten platform
V&V	Verpleging en verzorging
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wvg	Wet voorzieningen gehandicapten

4 Nuttige websites

- www.ketens-netwerken.nl
- www.ketenregie.nl
- www.ketennetwerk.nl
- www.minvws/dossiers/ouderen
- www.aanpakhuiselijkgeweld.nl
- www.shvbenchmark.nl

5 Literatuur

- Aa, A. van der en T. Konijn, *Ruimte voor regie, Handreiking voor ketenregie in het openbaar bestuur*, ministerie van BZK, Den Haag, oktober 2003
- Dijk, T. van, S. Flight, E. Oppenhuis en B. Duesmann, *Huiselijk geweld, Aard, omvang en hulpverlening*, Door (Intromart, Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek). Oktober 1997.
- Ferwerda, H.B., *Huiselijk Geweld: de voordeur op een kier. Omvang, aard en achtergronden in 2004 op basis van landelijke politiecijfers*, Advies- en onderzoeksgroep Beke; Dordrecht, 2004.
- Gemeente Pijnacker-Nootdorp, *Nota Beter Gezond, gemeentelijk gezondheidsbeleid 2003-2007*
- Gemeentelijke regie, IgLO+ bulletin nummer 5, VNG Uitgeverij, Den Haag, februari 2003
- Graaf, M. de; e.a., *De Nederlandse jeugdzorg in cijfers 1998 – 2002*, NIZW Jeugd, Utrecht, 2005.
- Hupe, P.L., Klein, E.H., *De gemeente als regisseur van het lokaal preventief jeugdbeleid*, Sardes, Utrecht, 1997
- Konijn, T., *Doen of laten, de rol van het Rijk bij ketenvorming*, ministerie van VWS, verschijnt naar verwachting in de zomer 2005
- Ministerie van VWS en VNG, *Opvoed- en opgroeiondersteuning, De rol van de gemeente in het licht van de Wet op de jeugdzorg*, Den Haag, 2004
- Ministerie van VWS, OC en W, SZW, *Kabinetsreactie Adviezen Jeugdbeleid*, Den Haag, 2003
- Overbeek, R. van en A. Schippers, *Ouder worden we allemaal, Trendstudies en toekomstdebatten over de vergrijzing in Nederland*, NIZW, Utrecht, 2005
- *Thuis-basis voor kwetsbare burgers: de gemeente*, IgLO+ special, VNG Uitgeverij, Den Haag, 2e herziene versie december 2004

