



**”OOG VOOR ELKAAR”**

**Beleidsplan**

**Wet maatschappelijke ondersteuning/**

**Lokaal volksgezondheidsbeleid**

**2012-2016**

**Heemstede, september 2012  
Afdeling Welzijnszaken  
Vastgesteld door de raad op 1 november 2012**

## VOORWOORD

Inmiddels is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) bijna vijf jaar van kracht. De Wmo maakt, meer dan voorheen, de gemeenten verantwoordelijk voor het scheppen van randvoorwaarden om burgers zo goed mogelijk te laten participeren in de maatschappij. In die zin moet de Wmo worden gezien als een brede participatiewet. De Wmo beoogt kaders te scheppen, zodat gemeenten integraal beleid kunnen voeren op terreinen die mensen persoonlijk raken. Gemeenten worden geacht om integraal beleid te voeren, zodat burgers zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven functioneren in hun directe leefomgeving zonder dat zij vereenzamen. Maar ook jeugdbeleid, sport en maatschappelijke opvang zijn onderdelen van de Wmo.

Naast een beleidsplan voor de Wmo is deze nota tevens de invulling van een andere verplichting die de gemeente heeft, namelijk het schrijven van een vierjaarlijkse nota Lokaal Volksgezondheidsbeleid. Omdat er zoveel samenhang bestaat tussen een groot aantal onderdelen van de Wmo en Lokaal Volksgezondheidsbeleid, is voor deze integrale aanpak gekozen.

De eerste jaren van de Wmo hebben vooral in het teken gestaan van aanbestedingen in de thuiszorg, nu huishoudelijke hulp. Klanten van en organisaties in de thuiszorg waren in verwarring. Houd ik wel voldoende zorg? Krijg ik überhaupt nog zorg? Blijft mijn organisatie wel bestaan? Voor gemeenten speelden de vragen: hoe zet ik een loket op en hoe bereik ik de burgers? Door deze discussies en de aandacht die hier naar toe ging, raakte de brede participatiedoelstelling op de achtergrond. Innovatie om het welzijnsbeleid te hervormen en het jeugd- en vrijwilligersbeleid aan te pakken bleven veelal buiten beeld. De Wmo werd vooral gezien als zorgwet gericht op senioren en ouderen.

Hoewel deze discussies ook in Heemstede werden gevoerd, is onze gemeente een uitzondering op de regel. Heemstede heeft al 10 jaar een loket dat heel goed functioneert. Niet voor niets is het loket Heemstede dit jaar uitgeroepen tot nr. 1 van Nederland. En ook de dienstverlening aan de burgers die ondersteuning op grond van de Wmo nodig hadden, is vrij soepel verlopen. Toch lag ook hier de nadruk vooral op “zorg” en minder op brede maatschappelijke participatie of andere onderdelen van de Wmo. Het beleid rondom Jeugd heeft inmiddels vorm gekregen in de nota Jeugd en Onderwijs die vorig jaar is uitgekomen. Om die reden wordt dit thema slechts marginaal behandeld. Voor meer details rondom jeugd wordt verwezen naar eerder genoemde nota.

Het wordt steeds duidelijker dat we moeten kijken naar een geïntegreerde aanpak. Voor ouderen betekent dit goede afstemming op wonen, welzijn, zorg en vervoer. Voor jongeren gaat het bij het opgroeien om een goede afstemming tussen voorschoolse opvang, school, opvoeden en thuissituatie en sport/spel. Maar ook groepen die niet genoemd zijn, zijn gebaat bij mogelijkheden tot ontplooiing en ontwikkeling. Gelukkig doen veel mensen vrijwilligerswerk en mantelzorg. Maar ook deze mensen hebben zo nu en dan ondersteuning en advies nodig. Ook dat is onderdeel van de Wmo.

Op korte termijn krijgt de gemeente nog een groot aantal taken op het bordje. Onderdelen uit de AWBZ, de Wet werken naar vermogen en de Jeugdzorg komen naar de gemeenten toe. Samen met de onderdelen die de gemeente al uitvoert, stellen deze ons in staat om inderdaad een integraal beleid te voeren. Het vraagt veel regionale samenwerking en afstemming om het allemaal gerealiseerd te krijgen. Daarbij komen ook nog eens de enorme bezuinigingen die vanuit Den Haag op ons afkomen. En we zien door de vergrijzing een toenemende zorgvraag ontstaan in Heemstede. Deze is groter dan elders in het land. Ingrijpende maatregelen zijn dus noodzakelijk. Bevorderen van eigen verantwoordelijkheid (ook in financiële zin), overlap en dubbeling van activiteiten eruit halen, subsidies nog eens kritisch tegen het licht houden en het terugbrengen van de rol van de overheid zijn stuk voor

stuk onderdelen die in deze nota terug komen. Daarbij komt dat we steeds vaker zien dat we slimme arrangementen kunnen en moeten maken waarbij de ene groep de andere groep kan ondersteunen. In die zin krijgt het hebben van "Oog voor elkaar" ook daadwerkelijk inhoud en betekenis.

Met dit beleidsplan hebben wij op het brede terrein van het lokaal sociaalbeleid en lokaal volksgezondheidsbeleid onze ambities voor de komende vier jaar geformuleerd. Ambities die bevorderen dat iedere burger op zijn of haar manier mee kan doen aan de samenleving.

Participatie is ook geen loze kreet geweest bij het tot stand brengen van deze nota. Zo is er een startconferentie georganiseerd in oktober 2011 waaraan ruim 80 personen hebben deelgenomen, is er een klankbordgroep voor deze nota opgericht bestaande uit 20 personen, zijn er 5 overleggen met deze klankbordgroep geweest, is de nota verschillende malen besproken in de vaste Wmo klankbordgroep, is de nota in eerste concept besproken met de leden van de Commissie Samenleving en hebben tientallen bilaterale gesprekken plaatsgevonden. Dit alles omdat het besef bestaat dat voor het welslagen van dit brede en integrale beleid een breed draagvlak noodzakelijk is.

Dit beleidsplan is een groeimodel dat in samenwerking met u verder kan worden uitgebouwd. Namens het College spreek ik mijn dank uit aan allen die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit beleidsplan en wens elke betrokkene veel succes bij het realiseren van de ambitie die wij gezamenlijk met dit plan hebben neergelegd.

Jur Botter,  
Wethouder Wmo en Lokaal Volksgezondheidsbeleid.

## INHOUDSOPGAVE

<b>Samenvatting</b>	7
<b>1. Inleiding</b>	
1.1 Algemeen	9
1.2 De prestatievelden	9
1.3 Relatie met volksgezondheidsbeleid: integrale nota	9
1.4 Bijstellen en vernieuwing	10
1.5 Veranderende rol gemeente	11
1.6 Totstandkoming nota	11
1.7 Bestuurlijke verantwoordelijkheid	12
1.8 Monitoring en evaluatie	12
1.9 Leeswijzer	12
<b>2. Terugblik periode 2008 t/m 2011</b>	
2.1 Inleiding	13
2.2 Algemeen preventieve voorzieningen	13
2.3 Algemeen curatieve voorzieningen	14
2.4 Collectieve en Individuele voorzieningen	16
2.5 Gezondheidsbeleid	16
<b>3. Uitgangspunten en doelstellingen</b>	
3.1 Algemeen	18
3.2 Uitgangspunten	18
3.3 Doelstellingen	20
<b>4. Ontwikkelingen</b>	
4.1 Inleiding	22
4.2 Demografische ontwikkelingen	22
4.3 De decentralisaties	23
4.4 Veranderingen in de langdurige zorg (AWBZ)	25
<b>5. Algemene preventieve voorzieningen</b>	
5.1 Inleiding	27
5.2 Subsidiering preventieve voorzieningen: inzicht in outcome	28
5.3 Versterken vrijwillige inzet	29
5.3.1 Gebruik social media	29
5.3.2 Bevorderen samenwerking organisaties	29
5.3.3 Waardering vrijwilligers	30
5.3.4 Bijzondere doelgroepen	30
5.3.5 Maatschappelijk betrokken ondernemen	30
5.3.6 Verbinden professionele en vrijwillige inzet	30
5.4 Ondersteuning van mantelzorgers	31
5.4.1 Beleidsnota mantelzorgondersteuning	31
5.4.2 Inzet Tandem	31
5.4.3 Versterken Eigen Kracht/netwerk mantelzorgers	32
5.4.4 Respijtzorg	32
5.5 Toegankelijkheid van gebouwen	33
5.6 Buurtbemiddeling	33
5.7 Bevordering sociale betrokkenheid in buurten	34
5.8 Innovatieve projecten	34
5.9 Inburgering Vluchtelingen	34
5.10 Activiteiten ouderenbonden	35

5.11	Wonen, zorg en welzijn	36
5.11.1	Woonservicegebieden	36
5.11.2	Woonwensenonderzoek 60-70 jarigen	37
<b>6.</b>	<b>Algemene curatieve voorzieningen</b>	
6.1	Inleiding	39
6.2	Jeugd	39
6.2.1	Centrum Jeugd en Gezin	39
6.2.2	Jeugdzorg	41
6.2.3	Werk- en leertrajecten	41
6.3	Loket Heemstede	42
6.4	Toegang Wmo-voorzieningen	43
6.5	Samenhang Zorg en Welzijn: dagbestedingsproject SHDH en WOH	45
6.6	Inzet Eigen Kracht-methodiek	46
<b>7.</b>	<b>Collectieve en individuele Wmo-voorzieningen</b>	
7.1	Inleiding	47
7.1.1	Klanttevredenheid	47
7.2	De kanteling: een nieuwe verordening	48
7.3	Rolstoelen	48
7.4	Vervoersvoorzieningen	48
7.4.1	Bewoners van AWBZ-instellingen	49
7.4.2	Mogelijkheden voor kostenbeheersing vervoersvoorzieningen	51
7.5	Woonvoorzieningen	52
7.5.1	Mogelijkheden voor kostenbeheersing woonvoorzieningen	52
7.6	Hulp bij het huishouden	53
7.6.1	Mogelijkheden voor kostenbeheersing Hulp bij het huishouden	53
7.7	Eigen bijdrage Wmo voorzieningen	55
7.8	Begeleiding en kortdurend verblijf	55
7.9	Uitvoeringskosten	56
<b>8.</b>	<b>Lokaal Volksgezondheidsbeleid</b>	
8.1	Inleiding	57
8.2	Wettelijk kader	57
8.2.1	Gemeentelijke taken op grond van de Wet Publieke Gezondheid	57
8.2.2	Relatie Wet Publieke Gezondheid met Wmo en Zvw	59
8.3	Uitvoering gemeentelijke taken	59
8.4	Algemene gezondheidssituatie in Nederland	61
8.4.1	Gemiddelde levensverwachting in Nederland	61
8.4.2	Meest voorkomende ziekten	61
8.4.3	Ziektejaarequivalenten	62
8.4.4	Landelijke trends in leefstijl	63
8.5	Gezondheidssituatie in Heemstede	64
8.5.1	Sociaal-economische status (SES) in Heemstede	64
8.5.2	Leefstijl volwassenen	64
8.5.3	Leefstijl jeugd	65
8.6	Informatie ziekten in Heemstede	66
8.6.1	Prognose verloop (chronische) ziekten in Heemstede	66
8.7	Landelijk gezondheidsbeleid: nota "Gezondheid Dichtbij"	67
8.8	Speerpunten voor Heemstede in de periode 2012-2016	68
8.8.1	Speerpunt dementie	69
8.8.2	Speerpunt depressie	71
8.8.3	Speerpunt diabetes	73
8.8.4	Speerpunt overgewicht	74

8.8.5	Speerpunt schadelijk middelengebruik	77
8.9	Collectieve preventie GGZ	79
8.10	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)	80
8.11	Huiselijk geweld	81
8.11.1	Tegengaan ouderenmishandeling	81
8.11.2	Tegengaan kindermishandeling	83
<b>9.</b>	<b>Inspraak, samenwerking en communicatie</b>	
9.1	Algemeen	86
9.2	Klankbordgroep en Begeleidingsgroep	86
9.3	Communicatie	86
9.3.1	Nieuwe nota	86
9.3.2	Decentralisatie AWBZ en decentralisatie Jeugdzorg	87
9.4	Regionale samenwerking	87
<b>10.</b>	<b>Financiën</b>	
10.1	Algemeen	89
10.2	Wmo-budget	89
10.3	Ontwikkeling Wmo-budget en Wmo-reserve	91
10.4	Leef- en woonvoorzieningen (voormalig Wvg)	91
10.5	Nieuwe taak: begeleiding en kortdurend verblijf	92
10.6	Overige budgetten	93
	<b>Bijlagen</b>	
1.	Uitvoeringsprogramma	94
2.	Samenstelling klankbordgroep en Begeleidingsgroep nota	97
3.	Begrippenlijst Wmo	98

## **SAMENVATTING**

### **Aanleiding**

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) verplicht gemeenten om elke vier jaar een beleidsplan op te stellen. Het beleidsplan 'Oog voor elkaar' geeft het kader voor het te voeren beleid maatschappelijke ondersteuning en gezondheid in de jaren 2012 - 2016. Het eerste beleidsplan voor de Wmo in combinatie met het lokale gezondheidsbeleid verscheen in 2008. Dit is het tweede, eveneens gecombineerde, beleidsplan.

### **Werkconferentie en Begeleidingsgroep Wmo**

De voorbereiding om te komen tot het plan is gestart op 4 oktober 2011 met een werkconferentie. Voorafgaand aan deze conferentie is een enquête gehouden onder alle betrokken partijen. Voor de conferentie zijn zowel de partijen die een rol spelen bij de uitvoering van het beleid Wmo en gezondheid als de belangenorganisaties uitgenodigd.

Na afloop van de conferentie hebben ruim twintig personen zich aangemeld voor de Begeleidingsgroep Wmo/lokaal gezondheidsbeleid. De mensen in deze groep, waaronder professionals, hebben op een constructieve wijze meegedacht over de wijze waarop de zorg en dienstverlening anders en beter kan.

### **Eigen kracht en eigen verantwoordelijkheid**

In het beleid voor de komende periode van 4 jaar stellen we vanuit de levensloopbenadering de eigen kracht en de eigen verantwoordelijkheid van de burger centraal. Van hieruit willen we de zelfredzaamheid van burgers versterken en hun participatie vergroten. We gaan, nog meer dan al gebeurt, werken volgens de principes van 'De Kanteling'. Daarbij ligt de nadruk meer op wat mensen wel kunnen in plaats van wat mensen niet kunnen. We gaan ook organisaties meer aanspreken op hun eigen verantwoordelijkheid.

### **Sterke lokale samenleving**

We hechten aan een sterke lokale samenleving waarin burgers elkaar helpen, verantwoordelijkheid nemen voor elkaar en sociale netwerken gestimuleerd en geactiveerd worden: de civil society. We stimuleren actief burgerschap en leggen het accent op de inzet van burgers als vrijwilliger of mantelzorger en zullen dit ondersteunen.

### **Kwetsbare groepen**

We zien het als een uitdaging om ondanks teruglopende middelen, het voorzieningenniveau voor kwetsbare burgers zodanig op peil te houden dat zo min mogelijk mensen buiten de boot gaan vallen. We doen dit door samenwerking te bevorderen en/of verbindingen te leggen tussen zorginstellingen en welzijnsinstellingen en professionele en vrijwillige inzet. Ook zullen we nadrukkelijker kijken waar de burger naar draagkracht een financiële bijdrage kan leveren.

De komende periode gaan we ook invulling geven aan nieuw beleid als gevolg van de mogelijke decentralisatie van de begeleiding uit de AWBZ en de transitie van de Jeugdzorg.

### **De voorstellen**

Een overzicht van de voorstellen die we in deze nota doen, treft u aan in het Uitvoeringsprogramma dat we hebben opgenomen in bijlage 1.

### **Financiën**

We worden per 2012 geconfronteerd met een teruglopend Wmo-budget. Dit is een gevolg van een wijziging in de verdeling van de middelen over de gemeenten: van een historisch naar een objectief verdeelmodel. Tegelijkertijd is sprake van een aanzienlijke stijging van de uitgaven voor Wmo-voorzieningen per 2012. Voor de beleidsperiode van deze nota zal hierdoor de in de afgelopen jaren opgebouwde reserve-Wmo afnemen van € 1.767.429 eind 2011 tot ruim € 277.000 eind 2015.

In deze nota doen we voorstellen die eraan bijdragen dat de uitgaven en inkomsten voor Wmo-voorzieningen en activiteiten vanaf 2016 structureel met elkaar in balans zijn. We doen dit door de uitgaven in de jaren 2013 tot en met 2015 jaarlijks te verlagen en de inkomsten te verhogen door middel van eigen bijdragen. Hiermee geven we invulling aan het vrijtjebeginsel waarbij mensen naar draagkracht een bijdrage leveren voor het gebruik van diensten en voorzieningen.

De uitgaven voor de voormalige Wvg-voorzieningen, de leefvoorzieningen (vervoersvoorzieningen en rolstoelen) en de woonvoorzieningen, zijn afzonderlijk in de begroting opgenomen. Deze uitgaven betreffen Wmo-voorzieningen, maar komen niet ten laste van het Wmo-budget. Voor deze uitgaven zijn de al vóór de invoering van de Wmo bestaande geldstromen - via de Algemene uitkering - in stand gebleven. Het Wmo-budget wordt ingezet voor de (nieuwe) taken die de gemeente per 2007 heeft gekregen.

Ook bij de voormalige Wvg-voorzieningen worden we geconfronteerd met een aanzienlijke stijging van de uitgaven. En doen we in de voorliggende nota voorstellen om deze kosten te verminderen.

Met betrekking tot de voormalige Wvg-voorzieningen is een reserve aanwezig van € 782.000. Dit bedrag is in het verleden verkregen uit de verkoop van rolstoelen. We stellen in deze nota voor deze reserve toe te voegen aan de Algemene Reserve.



## HOOFDSTUK 1 INLEIDING

### 1.1 Algemeen

Op 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ingevoerd. Hiermee zijn gemeenten verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning van mensen, met als doel dat zij - jong en oud, gezond of met een beperking - kunnen deelnemen aan de samenleving en zelfredzaam kunnen zijn. De Wmo verplicht gemeenten om elke vier jaar een beleidsplan op te stellen, waarin zij de kaders voor het te voeren beleid op het gebied van maatschappelijke ondersteuning neerleggen.

In juni 2008 is ons eerste beleidsplan, de nota "Meedoen in Heemstede, 2008-2011", vastgesteld. In het voorliggende document treft u onze plannen voor de periode 2012 tot 2016 aan.

### 1.2 De prestatievelden

Elke gemeente mag zelf bepalen hoe ze de ondersteuning organiseert. Maar deze vrijheid betekent niet dat er sprake is van vrijblijvendheid: in negen prestatievelden is neergelegd wat gemeenten tenminste moeten presteren op het gebied van maatschappelijke ondersteuning. In dit beleidsplan gaan we in op het beleid ten aanzien van de prestatievelden.

#### Prestatievelden Wmo

1. Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten.
2. Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden.
3. Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning.
4. Het ondersteunen van mantelzorgers (o.a. steun bij het vinden van adequate oplossingen, indien zij hun taken tijdelijk niet kunnen waarnemen), evenals het ondersteunen van vrijwilligers.
5. Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem.
6. Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behouden en het bevorderen van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer.
7. Het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang en het voeren van beleid ter bestrijding van geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer is gepleegd.
8. Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen.
9. Het bevorderen van verslavingsbeleid.

Prestatieveld 2 hebben we uitgewerkt in de beleidsnota Jeugd en Onderwijs die afgelopen jaar is vastgesteld.

Ten aanzien van de prestatievelden 7 tot en met 9 heeft de gemeente Haarlem de functie van centrumgemeente. Dit betekent dat het beleid ten aanzien van deze prestatievelden door de gemeente Haarlem, in afstemming met de regiogemeenten, wordt voorbereid en uitgevoerd.

De prestatievelden 1, 3, 4, 5 en 6 worden uitgewerkt in de hoofdstukken 5, 6 en 7.

### 1.3 Relatie met het volksgezondheidsbeleid: integrale nota

Ook op het gebied van het lokale volksgezondheidsbeleid dienden gemeenten in 2008 een vierjarig beleidsplan vast te stellen. Gelet op de inhoudelijke samenhang tussen het lokale gezondheidsbeleid en de Wmo hebben we destijds gekozen voor de opstelling van één integrale nota maatschappelijke ondersteuning en volksgezondheidsbeleid voor de periode 2008 tot en met 2011. Hierbij hebben we aangesloten bij het advies van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) om te opteren voor een dergelijke integrale nota gelet op de overlap van de betreffende beleidsterreinen. Immers, burgers kunnen alleen dan zo lang mogelijk zelfstandig participeren als welzijn en gezondheid goed op elkaar zijn afgestemd.

Ook voor de komende periode kiezen we ervoor de vereiste vaststelling van nieuw lokaal volksgezondheidsbeleid te koppelen aan het nieuwe beleid op het gebied van Wmo. Anders gezegd, we kiezen met het voorliggende plan opnieuw voor één integrale nota.

De noodzaak om te komen tot integraal beleid is evident. Immers, gezondheid is niet alleen goed voor de mensen zelf, maar heeft ook maatschappelijke gevolgen. Een goede volksgezondheid is een belangrijke voorwaarde voor een participatieve samenleving. Maar gezondheidsproblematiek, bijvoorbeeld een depressie, kan ook het maatschappelijk participeren in de weg staan. Gezondheid stelt mensen in staat om aan het maatschappelijke leven deel te nemen. Via betaald werk, vrijwilligerswerk en mantelzorg. En omgekeerd: gunstige maatschappelijke omstandigheden hebben een positieve invloed op de volksgezondheid.

Natuurlijk is er ook samenhang met andere beleidsvelden. Bijvoorbeeld met het sportbeleid, het jeugd- en onderwijsbeleid en het ouderenbeleid. We vinden het belangrijk ook met deze terreinen waar mogelijk verbindingen te leggen. Dit alles vanuit het inzicht dat op veel terreinen beleid wordt gevoerd dat een bijdrage levert aan de bevordering van gezondheid en het maatschappelijk participeren van mensen. In sommige gevallen zal er sprake zijn van overlap met eerder vastgestelde beleidsnota's, zoals de nota Jeugd en Onderwijs en de nota Sport en Bewegen.

#### **1.4 Bijstellen en vernieuwing**

In de periode 2008 tot en met 2011 is er veel gebeurd op het gebied van maatschappelijke ondersteuning en lokaal gezondheidsbeleid. De maatschappelijke organisaties hebben hierover op diverse momenten aangegeven uitermate tevreden te zijn. Maar dat betekent niet dat er geen verbeteringen mogelijk zijn.

Met de voorliggende nota willen we het huidige gemeentelijke beleid tegen het licht houden, bijstellen en vernieuwen. Hierbij gaan we nadrukkelijker dan voorheen uit van de eigen kracht en de eigen verantwoordelijkheid van de burger en zijn netwerk. Ons beleid is er op gericht de zelfredzaamheid van de burger en de participatie van de burger te bevorderen. Vanzelfsprekend leggen we daarbij de nadruk op wat mensen wel kunnen in plaats van wat ze niet kunnen. De reikwijdte van de eigen kracht en de eigen verantwoordelijkheid is voor iedereen verschillend. Meedoen betekent maatschappelijk participeren op het eigen niveau. Mensen die daarbij zorg, voorzieningen of andere vormen van ondersteuning nodig hebben, kunnen daarop - blijven - rekenen.

Bij het schrijven van het conceptbeleidsplan in mei 2012 zijn we uitgegaan van de afspraken zoals deze tussen het Rijk en de Vereniging Nederlandse Gemeenten gemaakt zijn in het Bestuursakkoord 2011-2015. Het ging onder andere om afspraken over de decentralisatie van de begeleiding AWBZ en de transitie van de Jeugdzorg. Door het demissionair worden van het kabinet Rutte gaat de decentralisatie van de begeleiding en het kortdurend verblijf vooralsnog niet door. Besluitvorming hierover is aan een volgend kabinet. De verwachting is dat de decentralisatie van de begeleiding doorgang gaat vinden en wordt uitgebreid met de taak persoonlijke verzorging.

Naast inhoudelijke veranderingen in de vorm van (mogelijke) nieuwe taken worden we geconfronteerd met een financieel gewijzigde situatie. Ondanks een toenemende vraag worden de middelen voor de maatschappelijke ondersteuning de komende periode schaarser. Voor nieuwe taken komen weliswaar gelden over van het rijk, maar dit gaat gepaard met aanzienlijke bezuinigingen. Gelet op deze financiële situatie zien we het als een uitdaging om de komende periode zoveel mogelijk te behouden van wat in voorgaande jaren is opgebouwd. En het voorzieningenniveau zodanig op peil te houden dat zo min mogelijk mensen buiten de boot gaan vallen.

### 1.5 Veranderende rol gemeente

We beseffen dat wij niet alleen nieuwe taken hebben gekregen en krijgen, maar dat we ook dingen anders moeten gaan doen. Dat geldt voor burgers en organisaties, maar ook voor de gemeente. Dit 'anders doen' vergt niet alleen een andere houding, maar zal ook leiden tot andere afspraken tussen de gemeente en gesubsidieerde instellingen.

Als we burgers meer gaan aanspreken op eigen kracht en het nemen van verantwoordelijkheid, dient het professionele veld ook een andere houding aan te nemen ten opzichte van de cliënten.

De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) betitelt dit als 'actieve terughoudendheid'. Als wij dit van onze maatschappelijke partners verwachten, moeten wij hen als gemeente daartoe ook de ruimte geven. Dit betekent niet een terugtrekkende overheid, maar een overheid die actief stimuleert en faciliteert, de kaders aangeeft en eigen initiatief en vrijwillige inzet honoreert'. Vaker dan in het verleden wordt dit vertaald in prestatieafspraken om zicht te krijgen op maatschappelijke effecten.

### 1.6 Totstandkoming nota

We hebben er voor gekozen om het in deze nota geformuleerde beleid tot stand te brengen in overleg met partijen die een rol hebben bij het lokale volksgezondheidsbeleid en het beleid op het gebied van maatschappelijke ondersteuning. Hiervoor hebben we onder andere de verschillende reguliere overleggen benut die we met instellingen hebben.

Daarnaast hebben we in september 2011 een enquête uitgezet onder verenigingen, (zorg)



instellingen, welzijns- en belangenorganisaties en huisartsen. In deze enquête hebben we gevraagd hoe het huidige beleid werd beoordeeld en welke aandachtspunten en kansen partijen zagen voor de toekomstige periode. We hebben 35 ingevulde formulieren retour ontvangen, zijnde een respons van ruim 50%. Vervolgens hebben we in oktober 2011 een werkconferentie georganiseerd, die bezocht is door ruim 80 vertegenwoordigers

van diverse instellingen en organisaties (*zie foto*). Hierbij hebben we voor de inhoudelijke invulling onder andere gebruik gemaakt van de resultaten van de eerder genoemde enquête.

Aan het eind van de conferentie zijn de bezoekers uitgenodigd om zich aan te melden voor deelname aan een Begeleidingsgroep om mee te denken over de inhoud van de nota. Ruim 20 professionals hebben van deze uitnodiging gebruik gemaakt.

De Begeleidingsgroep heeft op constructieve wijze meegedacht over de wijze waarop de gemeente de komende vier jaar haar beleid kan actualiseren en vernieuwen. Aandachtspunt vanuit de Begeleidingsgroep is het belang van het nog meer dan tot nu toe leggen van verbindingen. Onder andere door aansluiting tot stand te brengen tussen formele zorg en informele steunsystemen.

Bij de totstandkoming van het in deze nota neergelegde beleid is tevens een belangrijke rol vervuld door de al bestaande klankbordgroep Wmo. Hierin hebben vertegenwoordigers van de ouderenbonden en de belangenorganisatie voor gehandicapten Stichting 't Web zitting. De leden van de klankbordgroep hebben eveneens deel uitgemaakt van de Begeleidingsgroep.

Ook de resultaten van een uitgebreide enquête over het wonen in Heemstede hebben we betrokken bij deze nota. De enquête, opgesteld door de Stichting Welzijn Ouderen

Heemstede in nauwe samenwerking met de ouderenbonden, is ingevuld geretourneerd door maar liefst 92% van de doelgroep (60-70 jarigen).

### **1.7 Bestuurlijke verantwoordelijkheid**

Het beleid op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, de toegang tot voorzieningen via het Loket Heemstede en het lokaal volksgezondheidsbeleid vallen onder de verantwoordelijkheid van de portefeuillehouder Welzijn. De uitvoering in de vorm van het verstrekken van voorzieningen zoals een rolstoel, woonvoorziening, vervoersvoorziening en Hulp bij het huishouden, vallen onder de verantwoordelijkheid van de portefeuillehouder Sociale Zaken. Het beleid raakt op onderdelen de uitvoering, c.q. de verstrekkingen. Bijvoorbeeld bij het formuleren van beleidsuitgangspunten voor de verordening voorzieningen Wmo. Daar waar dit het geval is, heeft in het voorbereidende traject afstemming plaatsgevonden tussen de beide portefeuillehouders.

### **Bestuurlijk proces**

Het concept van de voorliggende nota is in juni 2012 voorgelegd aan de Commissie Samenleving. Op deze wijze hebben we de zienswijze van de raad over onze voorstellen vernomen. Ook de partijen die we tot nu toe in het traject hebben betrokken, hebben we naar hun mening gevraagd over deze nota. In de nu voorliggende nota zijn de resultaten hiervan verwerkt. We zijn verheugd dat de conceptnota zowel bij de raad als bij de betrokken partijen in grote lijnen positief is ontvangen.

De nu voorliggende nota hebben we besproken met de Klankbordgroep Wmo. Deze heeft positief gereageerd op de inhoud van deze nota.

### **1.8 Monitoring en Evaluatie**

Het beleid op het gebied van maatschappelijke ondersteuning en gezondheid is niet statisch, maar in beweging. Daarom zullen we het beleid de komende 4 jaar monitoren en evalueren. Daar waar wenselijk zullen we tussentijds voorstellen doen voor bijstelling. Uitgaande van de vaststelling van de Beleidsnota Wmo/lokaal volksgezondheidsbeleid 2012 tot 2016 in oktober 2012, zullen we de eerste evaluatie in het eerste kwartaal van 2014 presenteren. Een tweede evaluatie kunt u in het eerste kwartaal van 2015 verwachten.

### **1.9 Leeswijzer**

De nota start met een korte terugblik bij het gevoerde beleid in de afgelopen vier jaar (hoofdstuk 2). Daarna gaan we in op de uitgangspunten op grond waarvan wij het Wmo- en lokaal volksgezondheidsbeleid willen actualiseren (hoofdstuk 3). Deze uitgangspunten vormen ook de basis voor het beleid ten aanzien van de nieuwe taken die op ons afkomen: de decentralisatie van de Jeugdzorg (1 januari 2015) en mogelijk de overgang van de Begeleiding uit de AWBZ.

In hoofdstuk 4 schetsen we ontwikkelingen die een rol spelen bij de formulering van het beleid. In de hoofdstukken 5, 6 en 7 gaan we nader in op het Wmo-beleid voor de komende vier jaar. Hierbij presenteren we concrete voorstellen. We beginnen met de algemeen preventieve voorzieningen en daarna richten we ons op de algemeen curatieve voorzieningen en de collectieve en individuele voorzieningen. Aansluitend gaan we in hoofdstuk 8 in op het volksgezondheidsbeleid voor de komende periode. In de afsluitende hoofdstukken 9 en 10 richten we ons op communicatie en financiën.

## HOOFDSTUK 2 TERUGBLIK PERIODE 2008 T/M 2011

### 2.1 Inleiding

In de periode 2008 tot en met 2011 is er veel gebeurd op het gebied van maatschappelijke ondersteuning en lokaal volksgezondheidsbeleid. De maatschappelijke organisaties hebben op diverse momenten hierover hun tevredenheid uitgesproken. In dit hoofdstuk beschrijven we beknopt de verschillende voorstellen voor incidentele en structurele activiteiten waarvan de uitvoering na de vaststelling in juni 2008 van de eerste nota Wmo-lokaal volksgezondheidsbeleid ter hand is genomen. De beleidsvoorstellen hadden betrekking op:

- Algemeen preventieve voorzieningen;
- Algemeen curatieve voorzieningen;
- Individuele voorzieningen; en
- Gezondheidsbeleid.

De voortgang is gedurende de gehele beleidsperiode 2008 tot en met 2011 nauwlettend gevolgd en opgenomen in jaarlijkse evaluaties. Zo nodig is het beleid op basis van deze evaluaties tussentijds bijgesteld.

### 2.2 Algemene preventieve voorzieningen

In het onderstaande schema treft u een overzicht aan van de beleidsvoorstellen op het gebied van de algemene preventieve voorzieningen voor de periode 2008 tot en met 2011. Hierbij maken we een onderscheid tussen de incidentele en structurele activiteiten.

Incidenteel	
1	Aanschaf soloapparatuur t.b.v. slechthorenden
2	Preventief huisbezoek in 2009 uitbreiden naar 80-jarigen
3	Inhaalslag realiseren m.b.t. het preventief huisbezoek
4	Extra senioren-gidsen laten maken voor inwoners van 66 t/m 74 jaar
5	Opleiding vrijwilligers Stichting WOH verzorgen t.b.v. administratieve ondersteuning senioren
6	Project uitvoeren ter voorkoming van schulden jongeren
7	Wijzigen van de voorwaarden voor subsidieverlening vrijwilligerswerk: o.a. verbetering naamsbekendheid
8	Beëindigen van de gemeentelijke participatie in het Comité vrijwilligers
9	Voorstel uitwerken voor ondersteuning maatschappelijke stages
10	Eenmalig Stichting Netwerk Vrijwilligershulp Zuid-Kennemerland subsidie verlenen; structurele subsidiering afwijzen
Structureel	
11	Mogelijkheid bieden voor financiële ondersteuning bij het verbeteren van de toegankelijkheid van gebouwen waar gesubsidieerde activiteiten plaatsvinden
12	Jaarlijks een Informatiemiddag voor 65-jarigen organiseren
13	Stimuleren sociale cohesie via straatfeesten wijkactiviteiten
14	Minimaal 2 voorzieningen voor jeugd realiseren waar een combinatie van ontmoeten en sport/bewegen mogelijk is
15	Aanpak jongerenoverlast uitbreiden met Inzet Streetcornerwork
16	Inzet van Buurtbemiddeling realiseren

#### Wat hebben we gerealiseerd?

We hebben alle beleidsvoorstellen in de afgelopen periode kunnen uitvoeren. Zo is soloapparatuur (10 apparaten) voor slechthorenden aangeschaft. De soloapparatuur kan worden gebruikt tijdens een vergadering of bijeenkomst en is voor organisaties of individuele burgers tijdelijk te leen bij de Stichting Welzijn Ouderen Heemstede of het Loket Heemstede.

We hebben door de Stichting Welzijn Ouderen Heemstede voor alle inwoners tussen de 64 t/m 75 jaar Seniorengidsen laten drukken die op adres zijn bezorgd. Voor de bezorging is gebruik gemaakt van de inzet van scholieren van College Hageveld.

Vrijwilligers van de Stichting Welzijn Ouderen Heemstede zijn in 2011 gestart met het preventieve huisbezoek voor 80-jarigen. Dit nadat een omvangrijke inhaalslag was afgerond

waarbij circa 400 ouderen die tussen 2003 en 2007 75 jaar zijn geworden thuis zijn bezocht. Het project heeft als doel: informatie verstrekken over voorzieningen, diensten en activiteiten waar ouderen gebruik van kunnen maken voor hun sociale participatie. Uitgereikt worden onder meer: de Seniorengids, folders van de Stichting WOH, de Pauwehof en de folder van het Loket Heemstede. Indien tijdens het huisbezoek blijkt dat nadere ondersteuning nodig is, wordt het Loket Heemstede ingeschakeld.

Ouderen lopen regelmatig aan tegen problemen op (financieel) administratief vlak. Het gaat dan om situaties waarbij zij moeite hebben de persoonlijke financiën te ordenen - de administratie bij te houden - terwijl er geen aanleiding is voor professionele ondersteuning (schuldhulpverlening).

Met het oog hierop is het project "Administratieve ondersteuning van ouderen" in het leven geroepen. Dit preventieve project is erop gericht dat ouderen ondersteuning ontvangen van daartoe opgeleide vrijwilligers voor het ordenen en bijhouden van hun administratie, het doornemen van de post en het afhandelen ervan en het informeren over regelingen waar ouderen mogelijk voor in aanmerking komen. Het project is in 2008 als pilot gestart bij de Stichting Welzijn Ouderen Heemstede en wordt sinds 2010 structureel door deze stichting aangeboden.

Schulden zijn een regelmatig voorkomend probleem onder jongeren. In het kader van preventie heeft de Stichting Klasse Kunst in 2009 een interactieve voorstelling (inclusief een lespakket) voor leerlingen van het voortgezet onderwijs verzorgd. Gelet op belang van deze voorlichting is dit per 2010 opgenomen in het aanbod van het Centrum voor Jeugd en Gezin.

Jaarlijks hebben we een informatiemiddag/feestelijke bijeenkomst georganiseerd voor Heemstedse inwoners die in het betreffende jaar 65 jaar zijn geworden. Deze bijeenkomsten zijn door de genodigden in grote getale bezocht (circa 150 á 200 65-jarigen per bijeenkomst).

Voor de bevordering van de sociale cohesie in straten en wijken hebben we via de Verordening incidentele subsidies straat- en buurtactiviteiten in de afgelopen beleidsperiode activiteiten ondersteund. Op jaarbasis was sprake van 25 á 30 straatfeesten en 6 wijkactiviteiten. De subsidiemogelijkheid voor straatfeesten is bij de vaststelling van de Herziening subsidiebeleid 2012-2014 overigens geschrapt.

We hebben het Speelbos en de skatebaan op het Sportpark aangelegd. Dit zijn voorzieningen voor jongeren waarbij bewegen/sporten in combinatie met ontmoeten centraal staan.

Sinds 2009 wordt subsidie verstrekt aan de Stichting Streetcornerwork voor de aanpak van jongerenoverlast in de gemeente (0,33 fte). Ook is vanaf 2009 buurtbemiddeling via de Stichting Meerwaarde gerealiseerd. Deze stichting leidt vrijwilligers op tot bemiddelaars bij conflicten tussen burens en coördineert de inzet. Voor de resultaten op het gebied van buurtbemiddeling verwijzen we naar paragraaf 5.6.

Sinds 2010 is de Verordening maatschappelijke stages van kracht. Op grond hiervan kunnen organisaties die scholieren een maatschappelijke stageplek bieden een incidentele bijdrage per leerling ontvangen van € 100. In 2011 is voor circa 130 leerlingen een bijdrage gevraagd.

### **2.3 Algemeen curatieve voorzieningen**

In het volgende schema treft u een overzicht aan van de beleidsvoorstellen op het gebied van de algemene curatieve voorzieningen die in de periode 2008 tot en met 2011 zijn op het vlak van maatschappelijke ondersteuning uitgevoerd. Ook hierbij onderscheiden we incidentele en structurele activiteiten.

	<b>Incidenteel</b>
1	Onderzoeken op welke wijze zorgadviesteams gerealiseerd kunnen worden
2	Een CJG realiseren
3	Voorstel uitwerken voor inzet mantelzorgondersteuning
	<b>Structureel</b>
4	Loket Heemstede: de participatie van Tandem realiseren
5	Loket Heemstede: uitbreiding participatie van Stichting WOH realiseren
6	Loket Heemstede: voorlichtingsmateriaal ontwikkelen
7	Stichting Tandem: faciliteren bij mantelzorgondersteuning
8	Stichting Thuiszorg Gehandicapten subsidiëren voor de ondersteuning van mantelzorgers
9	Bereik en ondersteuning van jonge mantelzorgers verbeteren via inzet vragenlijsten GGD
10	Realiseren van activerend huisbezoek door de Stichting WOH
11	Proefdeelname aan activiteiten door senioren die activerend huisbezoek ontvangen
12	Activiteiten van Stichting De Baan subsidiëren die plaatsvinden binnen regulier sociaal-cultureel werk. Extra subsidie verstrekken voor ondersteuning/deskundigheidsbevordering van vrijwilligers van Stichting De Baan
13	Realiseren van ondersteuning thuiswonende dementerenden door Draagnet
14	Subsidiëren van de Stichting Mentorschap ten behoeve van mantelzorgondersteuning
15	Uitbreiding van de inzet van Kontext ten behoeve van maatschappelijk werk realiseren
16	Dagopvang Stichting WOH en SHDH vormgeven en ondersteunen

### **Wat hebben we gerealiseerd?**

Alle incidentele beleidsvoorstellen zijn uitgevoerd. De nota mantelzorgondersteuning is in 2009 vastgesteld, het Centrum Jeugd en Gezin is op 1 maart 2010 geopend. En in 2010 zijn ook de Zorgadviesteams (ZAT's) gerealiseerd.

De voorstellen die hebben geleid tot structureel beleid zijn eveneens in de periode 2008 tot en met 2011 volledig uitgevoerd. Zo is de werkwijze van het Loket Heemstede mede als gevolg van de nieuwe Wmo-taken (zoals de advisering bij vragen voor Hulp bij het huishouden) ingrijpend gewijzigd. Om deze taken te kunnen uitvoeren is de participatie van partijen in het Loket Heemstede per 2008 uitgebreid. We zijn er trots op dat we er, samen met de participanten, in de afgelopen jaren in zijn geslaagd een uitstekend functionerend loket neer te zetten. Begin 2012 heeft dit geleid tot de verkiezing tot het beste Wmo-loket van Nederland. Het Loket Heemstede zal, mede als gevolg van de (verwachte) decentralisatie van de Begeleiding uit de AWBZ, een nog prominentere rol krijgen. In hoofdstuk 6 gaan we daar nader op in.

Per 2010 komen ouderen met een lichte beperking of een psychosociaal probleem niet langer in aanmerking voor deelname aan de dagbesteding op grond van de AWBZ. Het wegvallen van de dagbesteding voor deze groep dient te worden gecompenseerd via gemeentelijke welzijnsvoorzieningen binnen de Wmo. Om hieraan te voldoen biedt de SHDH in samenwerking met en op locatie van de Stichting Welzijn Ouderen Heemstede sinds 2010 3 dagen per week dagbesteding voor ouderen. Ouderen kunnen gedurende maximaal 3 dagen per week deelnemen aan allerlei gezelschapsactiviteiten en eten gezamenlijk een maaltijd. Er is sprake van professionele begeleiding door de SHDH én inzet van vrijwilligers. Een verwijzing naar de dagbesteding kan worden verkregen via het Loket Heemstede.

Activerend huisbezoek wordt vanuit het Loket Heemstede door de Stichting Welzijn Ouderen Heemstede aangeboden. Activerend huisbezoek - bestaande uit maximaal 4 bezoeken door een professional - is gericht op mensen die door omstandigheden moeite hebben met het (blijven) participeren in de maatschappij. Bijvoorbeeld door het overlijden van een dierbare, lichamelijke achteruitgang of het wegvallen van sociale contacten. Doel van het huisbezoek is deze mensen (zo nodig met tijdelijke ondersteuning) weer maatschappelijk te laten meedoen. Onder andere via activiteiten van het ouderenwerk. Of - als dat niet lukt - te zorgen voor toereikende doorverwijzing, bijvoorbeeld naar de dagbesteding.

Per 2008 ondersteunen we - samen met de andere gemeenten van Zuid-Kennemerland - Draagnet, een project van Zorgbalans voor thuiswonende dementerende ouderen. Met het project wordt ondersteuning geboden aan thuiswonende dementerenden én hun familie/naasten (mantelzorgers). Zodat crisissituaties kunnen worden voorkomen en thuiswonen mogelijk blijft.

## 2.4 Collectieve en Individuele Voorzieningen

De beleidsvoorstellen voor wat betreft de individuele voorzieningen richtten zich in de eerste beleidsnota op de nieuwe taak die de gemeente bij de invoering van de Wmo heeft gekregen: de Hulp bij het huishouden.

	<b>Incidenteel</b>
1	Bij nieuwe aanbesteding Hulp bij het huishouden explicieter aandacht schenken aan de kwaliteit
	<b>Structureel</b>
2	Aanbieden van Hulp bij het huishouden

In 2009 hebben we voor de tweede keer een (regionale) aanbestedingsprocedure gevolgd voor de inkoop van Hulp bij het huishouden. Hierbij hebben we gebruik kunnen maken van de ervaringen die we sinds de eerste aanbestedingsprocedure (in 2007) hadden opgedaan. Dit heeft geleid tot een verbetering van de aanbestedingseisen en van de overeenkomsten. Onlangs is door de gemeenten van Zuid-Kennemerland besloten om de overeenkomsten met een jaar te verlengen tot 1 oktober 2013. Verdere verlenging is niet meer mogelijk. Dit betekent dat we in 2013 nieuwe contracten met (nieuwe) aanbieders zullen moeten sluiten.

Ook de vervoersvoorzieningen, de woonvoorzieningen en de rolstoelen vallen onder de Wmo-voorzieningen. In tegenstelling tot de Hulp bij het huishouden zijn we voor deze voorzieningen al sinds 1994 verantwoordelijk (destijds via de Wet voorzieningen gehandicapten). In het vorige beleidsplan hebben we voor de uitvoering hiervan geen nadere voorstellen gedaan. Wel hebben we in de afgelopen periode voor onderdelen van deze voorzieningen aanbestedingsprocedures gevolgd (trapliften, hulpmiddelen en het collectief vervoer)

## 2.5 Volksgezondheidsbeleid

In het onderstaande schema treft u een overzicht aan van de beleidsvoorstellen op het gebied van het volksgezondheidsbeleid die in de nota Wmo/lokaal gezondheidsbeleid 2008 t/m 2011 waren opgenomen.

	<b>Incidenteel</b>
1	Gezonde Kantine op het voortgezet onderwijs via inzet GGD realiseren
	<b>Structureel</b>
2	Gezonde leefstijl jeugd: voorlichtingsactiviteiten scholen
3	Jeugdsportpas aanbieden aan groepen 4 t/m 8 basisonderwijs
4	Tegengaan overgewicht door een combinatie van fitness/leefpatroon te realiseren
5	Project Sporthackers, voortgezet onderwijs
6	Sportloket realiseren
7	Extra bewegingsactiviteiten jongeren
8	Galm project senioren 65 - 75 jaar uitvoeren
9	Hardloopevenement realiseren
10	Collectieve preventie GGZ jeugd: Jeugdriagg ondersteunen
11	Collectieve preventie GGZ: In Geest ondersteunen
12	Subsidiëren van Stichting Onbekende kwaliteiten voor ondersteuning ex-cliënten GGZ
13	Deskundigheidsbevordering/signalering ouderenmishandeling voor professionals aanbieden
14	Tegengaan kindermishandeling via RAAK-methode

### Wat hebben we gerealiseerd?

De Gezonde Kantine is een project dat in veel regiogemeenten wordt uitgevoerd. Dit heeft geleid tot het stellen van prioriteiten qua uitvoering bij de aanbieder. Het project is hierdoor in Heemstede (nog) niet uitgevoerd.

Via het Centrum voor Jeugd en Gezin worden voorlichtingsactiviteiten op scholen aangeboden gericht op een gezonde leefstijl. Hierbij kan worden gedacht aan het project L&F, dat gericht is op het geven van voorlichting over middelengebruik aan groep 8 van het basisonderwijs. En aan het project Pep and Punch dat een dergelijke voorlichting geeft op VO-scholen.



De overige, structurele, activiteiten zijn allemaal uitgevoerd. Zo is in april 2010 het Sportloket gerealiseerd, gevestigd (één dag in de week) in het Centrum voor Jeugd en Gezin. Vanuit dit loket zijn de Jeugdsportpas, het GALM-project, de projecten Sporthackers en WhoZNext en de thema-bijeenkomsten voor sportverenigingen georganiseerd.

Vanaf 2010 wordt jaarlijks de Heemstede Loop gehouden, als onderdeel en sluitstuk van het regionale hardloopcircuit. De deelname aan de loop is zeer hoog (1.200 a 1.500 deelnemers). Vergelijkbare hardloopevenementen kennen een deelnemersveld van circa 750 lopers.

Activiteiten op het vlak van de collectieve preventie geestelijke gezondheidszorg zijn door ons financieel ondersteund. De activiteiten zijn uitgevoerd door In Geest en het Jeugdriagg. Doel van de collectieve preventie GGZ is om begrip en herkenning van (ernstig) psychische klachten te bevorderen, de burger bewust te maken van wat hij zelf aan deze klachten kan doen en hem wegwijs te maken naar instanties die hem zo nodig verder kunnen helpen.

Ex-cliënten met een psychiatrische achtergrond zijn in voorkomende gevallen ondersteund via de inzet van de Stichting Onbekende Kwaliteiten.

Vanuit het Centrum voor Jeugd en Gezin is gewerkt volgens de uitgangspunten van de methode RAAK (Reflectie- en Actiegroep Aanpak Kindermishandeling). Dit betekent dat sprake is van een aanpak die moet leiden tot het zoveel mogelijk voorkómen van kindermishandeling door onder andere het bieden van opvoedondersteuning en het zo snel mogelijk signaleren en onderzoeken van vermoedens. In dit verband heeft deskundigheidsbevordering van CJG-medewerkers plaatsgevonden.

De afgelopen jaren hebben medewerkers van het Loket Heemstede de training "Signalering ouderenmishandeling" gevolgd; eenmaal per 2 jaar bieden we een opfriscursus aan.

### **Verschuiving inzet vanuit andere beleidsvelden**

We zien overigens bij veel van de genoemde (gezondheids)projecten een verschuiving naar inzet vanuit andere beleidsvelden. Zo wordt de voorlichting over gezonde leefstijl sinds kort vormgegeven vanuit het Centrum voor Jeugd en Gezin. En vinden de extra bewegingsactiviteiten voor jongeren plaats met inzet van combinatiefunctionarissen. (zie tevens paragraaf 8.8.4).

Deze ontwikkelingen benadrukken het belang van het verbinden van beleidsterreinen. Zo dragen de voorstellen in de nota Sport en Beweging en de nota Jeugd en Onderwijs - beide vastgesteld in de onderhavige periode 2008 t/m 2011 - in aanzienlijke mate bij aan het niveau van de algemene preventieve en curatieve voorzieningen. En aan het bevorderen van een gezonde leefstijl van Heemstedese inwoners. Zodat de mogelijkheden voor Heemstedese inwoners om mee te doen in de samenleving worden vergroot.

## HOOFDSTUK 3      UITGANGSPUNTEN EN DOELSTELLINGEN

### 3.1      Algemeen

Het nieuwe beleid geven we vorm vanuit de opvatting dat de Wmo een brede participatiewet is, die betrekking heeft op alle burgers van de gemeente die gezamenlijk de Civil Society vormen. We gaan daarbij uit van de eigen kracht van mensen waarbij de nadruk meer komt te liggen op wat mensen kunnen in plaats van wat ze niet kunnen. Dit betekent dat de Heemstedse burgers zelf in eerste instantie aan zet zijn.

Natuurlijk kan dat alleen als de voorwaarden daarvoor aanwezig zijn. Oftewel, wanneer sprake is van een goede gemeentelijke basisinfrastructuur. Daarmee bedoelen we dat er sprake dient te zijn van een goed algemeen voorzieningenniveau, inclusief een kwalitatief voldoende basispakket van dienstverlening. Om de participatie van burgers mogelijk te maken, houden we een basisinfrastructuur in stand, waarbij via algemene voorzieningen laagdrempelig activiteiten worden aangeboden. Deze worden deels via eigen bijdragen, deels via gemeentelijke ondersteuning bekostigd. Dit laatste gebeurt via (budget)subsidieering. Conform de motie aangenomen in de begrotingsraad 2011 gaan we ons de komende periode meer richten op het maatschappelijke rendement (de outcome) van de gesubsidieerde activiteiten.

Instellingen en belangenorganisaties beoordelen het Heemstedse algemene voorzieningenniveau als positief breed qua aanbod, van goed niveau, laagdrempelig en afgestemd op verschillende leeftijdsgroepen. Uit de Staat van de Gemeente 2010 en de Leefbaarometer 2010<sup>1</sup> blijkt dat ook Heemstedse inwoners het voorzieningenniveau hoog waarderen.

Heemstedse organisaties zijn mede door de inzet van de vele vrijwilligers in staat het huidige voorzieningenniveau te realiseren. Vanzelfsprekend is dit aanvullend op de noodzakelijke professionele inzet. De vrijwillige inzet in Heemstede onderscheidt zich zowel kwalitatief als kwantitatief positief van andere gemeenten<sup>2</sup>.

Het bovenstaande maakt de Heemstedse samenleving veerkrachtig en biedt mensen de mogelijkheid een sociaal netwerk op te bouwen en maatschappelijk te participeren.

Uitgangspunt in ons beleid is dat de verantwoordelijke burger zelf regie voert over zijn leven. Pas in tweede instantie is het de gemeente die dit bevordert. Niet alleen de burger, maar ook bijvoorbeeld verenigingen en instellingen zullen door de gemeente worden aangesproken op de eigen verantwoordelijkheid.

### 3.2      Uitgangspunten Levensloopbenadering

Het nieuwe beleid ten aanzien van Jeugd en Onderwijs hebben we vorm gegeven vanuit de "Levensloopbenadering". Volgens deze benadering ervaart een mens welzijn als hij de regie over zijn eigen leven kan voeren, in een inspirerende omgeving leeft, en een balans vindt tussen de vijf levensgebieden. De gebieden zijn: lichaam en geest, sociale relaties, materiële zekerheid, arbeid en presteren, waarden en inspiratie.

Iedere burger is verantwoordelijk voor de invulling van de eigen levensloop. De overheid - en in het bijzonder de lokale overheid - heeft vanuit de 9 prestatievelden van de Wmo de verantwoordelijkheid om burgers hierbij te ondersteunen.

---

<sup>1</sup> BZK, Leefbaarometer 2010: gemiddelde beoordeling voorzieningen is 0; Heemstede scoort +29.

<sup>2</sup> Doelmatigheidsonderzoek subsidies Heemstede, SGB/BMC: volgens het bureau wordt in Heemstede met een relatief gering aantal beroepskrachten, een gering activiteitenbudget en een zeer groot aantal vrijwilligers door instellingen een kwalitatief sterk aanbod gerealiseerd. Het bureau heeft hierbij benadrukt dat een dergelijke doelmatigheid in vergelijking met de situatie in andere gemeenten opvallend is.

De levensloopbenadering gaat uit van maatwerk, waarbij burgers met gebruik van in een gemeente aanwezige infrastructuur en voorzieningen zoveel mogelijk zelfredzaam kunnen blijven functioneren en in staat zijn om naar vermogen te participeren. Dit komt tegemoet aan de wens van burgers zelf, die graag zolang mogelijk de regie over hun leven willen houden.

Deze benadering willen we ook als uitgangspunt nemen voor het beleid op het vlak van maatschappelijk ondersteuning en gezondheid. Zo heeft het een meerwaarde om bij het preventieve gezondheidsbeleid rekening te houden met de levensloop van mensen. In die levensloop zijn namelijk momenten aan te wijzen die risicovol zijn. De overgang van de basisschool naar het middelbaar onderwijs is zo'n moment waarop kinderen vatbaar zijn voor een ongezonde leefstijl. Er zijn omgekeerd ook momenten aan te wijzen waarop mensen gevoelig zijn voor gedragsverandering, zoals vertrek uit het ouderlijk huis, bij de eerste baan of tijdens de zwangerschap.

### **Eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht**

Hoe zien we de eigen verantwoordelijkheid? Burgers zijn zelf verantwoordelijk voor hun leven en zorgen voor zichzelf en voor elkaar. Met gebruikmaking van onze basisinfrastructuur. Zo nodig met behulp van professionele zorg en ondersteuning. Wie hulp nodig heeft, organiseert dat in principe zelf.

Eigen verantwoordelijkheid betekent ook: zo veel mogelijk voorkomen dat ondersteuning nodig is, tijdig anticiperen op het ouder worden door bijvoorbeeld maatregelen te nemen in en om het huis of eventueel tijdig na te denken over verhuizing. En ook een goede gezondheid begint bij mensen zelf; gezond leven is een eigen verantwoordelijkheid. Dat houdt in dat het ook hier om keuzes maken gaat. In onze beleidskeuzes gaan we hier meer dan tot nu het geval was rekening mee houden.

De reikwijdte van de eigen verantwoordelijkheid is voor iedereen verschillend. Meedoen betekent maatschappelijk participeren op het eigen niveau. Mensen die daarbij zorg, voorzieningen of andere vormen van ondersteuning nodig hebben, kunnen daarop - blijven - rekenen.

Niet alleen de eigen verantwoordelijkheid, maar ook de eigen kracht is voor iedereen verschillend. Eigen kracht is wat iedere burger zelf kan inzetten, kan regelen en zelf kan betalen. Het aanboren van de eigen kracht is erop gericht de burger zelf zoveel mogelijk regie te laten voeren op zijn eigen leven en daarmee het beroep op zorg en ondersteuning te verminderen: minder zwaar en minder lang.

Het uitgaan van de eigen kracht van burgers sluit aan op het compensatiebeginsel uit de Wmo. In de wet is bepaald dat een gemeente voorzieningen dient te treffen ter compensatie van beperkingen die een persoon ondervindt in zijn zelfredzaamheid en zijn maatschappelijke participatie. Hierbij wordt rekening gehouden met de persoonskenmerken en behoeften en met de mogelijkheden om uit een oogpunt van kosten zelf in maatregelen te voorzien. We gaan meer dan tot nu toe het geval was inzetten op het vergroten van de eigen kracht van mensen en het aanspreken op de eigen verantwoordelijkheid. Ook als het gaat om de financiën.

### **Zelfredzaamheid**

We vinden het belangrijk dat mensen zelfredzaam zijn en zo min mogelijk afhankelijk zijn van ondersteuning. Voor degenen die ondersteuning nodig hebben bieden wij een goed vangnet. Hier heeft de gemeente, naast bijvoorbeeld de AWBZ-gefinancierde instellingen, een opdracht.

### **Elkaar helpen**

Naast het bieden van ondersteuning gaat de Wmo ook over het bevorderen van participatie, onderlinge hulp en leefbaarheid. We hechten aan een sterke lokale samenleving waarin

inwoners naar elkaar omkijken, verantwoordelijkheid nemen voor elkaar en waarbij sociale netwerken zo nodig geactiveerd worden. Met andere woorden: we hechten aan een samenleving waar mensen oog hebben voor elkaar.

Veel Heemstedenaren zetten zich al als vrijwilliger of mantelzorger in voor anderen. En leveren hiermee een belangrijk bijdrage aan de sterke lokale samenleving. We willen deze inzet behouden en zo mogelijk vergroten. Om dat te bereiken gaan we de inzet van burgers als vrijwilligers of mantelzorger verder stimuleren en ondersteunen.

### **De ondersteuning**

De ondersteuning die wij bieden, laten we aansluiten bij de eigen kracht en de eigen verantwoordelijkheid van burgers en is gericht op het bevorderen van maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid. Het vinden van eigen oplossingen gaan we stimuleren. Zo nodig gaan we de eigen kracht van burgers versterken.

Bij een vraag om ondersteuning is onderstaande volgorde leidend:

- Het aanspreken op eigen verantwoordelijkheid en sociale omgeving.
- Het versterken van de eigen kracht en het sociale netwerk.
- Het inzetten van algemeen gebruikelijke voorzieningen.
- Het inzetten van collectieve voorzieningen.
- Het inzetten van individuele voorzieningen.

### **Samenwerking in netwerken**

Het voorgaande vraagt om een nieuwe manier van denken en werken bij professionals. En om een nieuwe balans in verantwoordelijkheden tussen burgers, organisaties en overheid.

Om de burger zo goed mogelijk te ondersteunen, is samenwerking nodig in een netwerk van vrijwilligers, mantelzorgers en professionele organisaties. De gemeente kan deze samenwerking vanuit haar regierol ondersteunen. Binnen onze gemeente wordt al samengewerkt in netwerken. Waar mogelijk gaan we dit versterken. Ook met betrekking tot de nieuwe taken stimuleren we deze samenwerking.

### **Financieel uitgangspunt**

We worden per 2012 geconfronteerd met een teruglopend Wmo-budget. En voor de nieuwe taken komen weliswaar gelden over van het rijk, maar dit gaat gepaard met aanzienlijke bezuinigingen. Het is ons uitgangspunt dat de inkomsten en uitgaven voor maatschappelijk ondersteuning structureel met elkaar in balans komen.

### **3.3 Doelstellingen**

We willen bereiken dat iedere Heemstedenaar zo gezond en volwaardig mogelijk kan deelnemen aan de maatschappij. En zich naar vermogen kan ontplooiën. Via toereikende algemene voorzieningen of, als dat ondanks eigen inzet en die van de omgeving met vrijwilligers en - ondersteuning - van mantelzorgers, niet voldoende is, via collectieve en individuele voorzieningen met een optimale inzet van vrijwilligers.

We willen de civil society verder verstevigen door de betrokkenheid van alle Heemstedse burgers bij de samenleving te vergroten. Bijzondere aandacht gaan we hierbij geven aan de inzet van burgers als vrijwilliger of mantelzorger.

We streven met ons beleid de volgende doelstellingen na:

1. Het bevorderen van het welzijn en de gezondheid van de Heemstedse inwoners.

Dit vraagt om de inzet van preventieve voorzieningen en activiteiten die mogelijkheden bieden voor ontspanning, recreatie, sociale en maatschappelijke participatie, ontplooiing en zelfredzaamheid. En ook om gezond te kunnen leven. Ondanks preventieve voorzieningen en activiteiten kan de situatie zich voordoen dat Heemstedse inwoners

maatschappelijk en/of sociaal buiten de gemeenschap komen te staan. Of te maken krijgen met beperkingen. Op deze situatie is de tweede doelstelling van het Heemsteeds Wmo-beleid gericht.

## **2. Het bieden van ondersteuning aan Heemsteedse inwoners die door fysieke, psychische of sociale oorzaken in een kwetsbare positie verkeren.**

Dit vraagt om curatieve voorzieningen die - veelal tijdelijk- worden ingezet om degenen die in een kwetsbare positie verkeren hier weer uit te helpen. Als de curatieve voorzieningen niet voldoende zijn, wordt zorg gedragen voor het verstrekken van individuele voorzieningen (rolstoelen, vervoers- en woonvoorzieningen, uitgebreid met de Hulp bij het huishouden). Hiermee kunnen mensen, die door beperkingen niet in staat zijn mee te doen, zodanig worden gecompenseerd dat zij in staat zijn hun huishouden te voeren, zich kunnen verplaatsen en andere kunnen ontmoeten. Oftewel, kunnen "meedoen".

## **3. Het verstevigen van de lokale samenleving (civil society)**

Dit vraagt enerzijds om een samenhangend geheel aan voorzieningen (doelstellingen 2 en 3). Hiermee leveren we een bijdrage aan het versterken van de eigen kracht van burgers én ondersteunen we de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers. Anderzijds vraagt dit om een optimalisering van de verbinding tussen zorg- en welzijnsinstellingen, tussen regionale en lokale organisaties en tussen professionele en vrijwillige inzet. Hiermee worden - lokale - netwerken verder verstevigd.

## HOOFDSTUK 4

## ONTWIKKELINGEN

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven we de ontwikkelingen en trends weer die van invloed zijn op de keuzes die we op het gebied van maatschappelijke ondersteuning maken.

### 4.2 Demografische ontwikkelingen

#### Bevolkingsontwikkeling

Tot 2025 zal de bevolking landelijk naar verwachting met 4% stijgen ten opzichte van 2011. De regio Kennemerland kent met circa 1% een geringere groei. Dit geldt eveneens voor Heemstede.

Tabel bevolkingsontwikkeling Heemstede 2011-2025

	Geboorte	Sterfte	Totaal
2011	196	316	26.297
2025	276	294	26.600

De bevolkingsontwikkeling wordt vooral bepaald door de natuurlijke aanwas, als saldo van geboorte en sterfte. In Heemstede is er gedurende de periode tot 2025 een licht stijgende trend in het aantal geboorten te zien. De gehele periode overtreft het aantal sterften het aantal geboorten. Het ontbreken van natuurlijke groei is kenmerkend voor vergrijsde gemeenten. Desondanks is in Heemstede sprake van een lichte stijging van de bevolkingsomvang: dit is het gevolg van een licht positief migratiesaldo (het verschil tussen het aantal mensen dat zich in de regio vestigt en vertrekt).

#### Bevolkingsopbouw

Wat betreft de samenstelling van de bevolking kijken we naar de leeftijdsopbouw.

Tabel samenstelling bevolking naar leeftijd in procenten

Leeftijd	Heemstede	Nederland
jonger dan 5 jaar	5,6	5,6
5-10	6,3	6,1
10-15	6,3	5,9
15-20	5,8	6,1
20-25	3,1	6,1
25-40	19,1	27,0
40-65	30,5	27,9
65-80	16,3	11,4
80 en ouder	6,8	3,9

De bevolkingssamenstelling van Heemstede wijkt sterk af van de landelijke bevolkingssamenstelling. Zo valt met name het hoge percentage 65-plussers in Heemstede op (23,1) in verhouding tot het landelijke percentage (15,3). Het percentage 65-plussers in Heemstede zal naar verwachting in 2025 zijn gestegen tot 33%. Heemstede is hiermee een van de meest vergrijsde gemeenten van Nederland.

Tabel: Percentage 65-plussers t.o.v. totale bevolking

	2010	2025
Nederland	15,3	21,4
Heemstede	23,1	33,0

We zien dit ook terug in de zogenoemde "grijze druk", die in Heemstede 43,7% bedraagt. Grijze druk is de verhouding tussen het aantal 65-plussers en inwoners van 20 tot 65 jaar. Landelijk is de grijze druk 25,6%. De grijze druk is het hoogst in de meest welvarende gemeenten. In de meest vergrijsde gemeenten van Nederland is de beschikbare woningvoorraad veelal te duur voor starters en jonge gezinnen. De meeste huizen worden er gekocht door welgestelde oudere gezinnen en blijven doorgaans in bezit tot de bewoners kiezen voor een meer beschermde

woonvorm, vaak in dezelfde gemeente. Heemstede neemt landelijk de nr. 6 positie in van gemeenten met de hoogste grijze druk.

Tabel "grijze" druk, 2011

	Heemstede	Nederland
Grijze druk	43,7%	25,6%

Het aantal 65-plussers stijgt de komende jaren sterk. Verwachting is dat de grijze druk in de periode tot 2025 met gemiddeld 10% zal toenemen.

Het aantal jongeren wijkt procentueel in Heemstede nauwelijks af van het landelijke gemiddelde. Maar gelet op de relatief geringe omvang van de groep inwoners tussen de 20 en 65 jaar, is naast een hoge grijze druk ook sprake van een hoge groene druk.

Tabel "groene" druk, 2011

	Heemstede	Nederland
Groene druk	45,4%	38,9%

Kortom, Heemstede is naast een vergrijsde gemeente ook een gemeente met relatief veel jongeren. De middengroep is als aandeel van de bevolking hiermee gering. Natuurlijk is ons beleid gericht op alle Heemstedenaren. De bevolkingsamenstelling van Heemstede is echter zodanig dat we in ons beleid bijzondere aandacht geven aan jeugd en ouderen.

Deze demografische samenstelling en ontwikkeling van Heemstede heeft tevens invloed op de gezondheidssituatie van de inwoners. Hier gaan we in hoofdstuk 8 nader op in.

### 4.3 De decentralisaties

Zoals eerder aangegeven krijgt de gemeente de komende jaren te maken met de gevolgen van de decentralisatie van taken door de gemeente naar het Rijk.

#### Overheveling van de AWBZ-functies begeleiding en kortdurend verblijf

Begeleiding in de AWBZ is bedoeld om de zelfredzaamheid van personen te bevorderen of te compenseren, zodat een verblijf in een instelling of verwaarlozing zo lang mogelijk wordt uitgesteld. Mensen die gebruik maken van begeleiding onder de AWBZ kunnen zonder ondersteuning niet zelfstandig functioneren en participeren. Het betreft mensen met psychogeriatrische, somatische, lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperkingen.

De decentralisatie heeft alleen betrekking op extramuraal begeleiding. Dat wil zeggen, gericht op mensen die niet in een instelling verblijven. De begeleiding die wordt gegeven aan mensen die intramuraal in een instelling verblijven, blijft in de AWBZ.

Onder de AWBZ wordt zowel begeleiding individueel (bijvoorbeeld woonbegeleiding) als begeleiding in groepsverband (dagbesteding) geboden. Als vervoer naar de dagbesteding noodzakelijk is, wordt dit onder de AWBZ vergoed. Dit vervoer maakt onderdeel uit van de extramuraal begeleiding die overkomt naar de gemeenten.

Ook het kortdurend verblijf of logeren komt mogelijk over naar de gemeenten. Kortdurend verblijf is bedoeld voor mensen met een zorgvraag, waarbij permanent toezicht nodig is om op tijd zorg te bieden. Logeren heeft als doel mantelzorgers te ontlasten.

In de AWBZ is de afgelopen jaren sprake geweest van een groei van de vraag naar begeleiding. Dit heeft te maken met de vergrijzing, extramuralisering en rijksbeleid, zoals de scheiding van wonen en zorg. Maar ook met het gegeven dat mensen zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen. Deze ontwikkelingen hebben gezorgd voor een zodanige toename van vraag en

aanbod dat de betaalbaarheid van de begeleiding en het kortdurend verblijf in de AWBZ onder druk is komen te staan.

Het is de verwachting dat de functies begeleiding en kortdurend verblijf uit de AWBZ worden gehaald en gelijktijdig in de Wmo worden opgenomen als een nieuwe taak. Door het demissionair worden van het Kabinet Rutte gaat dit niet door per 1 januari 2013; een volgend kabinet zal hierover een besluit nemen. Gelet op het aanwezige brede draagvlak is de verwachting dat deze decentralisatie op een later moment alsnog doorgang zal vinden.

In geval van decentralisatie gaan de individuele rechten en de verzekerde zorgplicht uit de AWBZ en wordt het compensatiebeginsel in de Wmo uitgebreid. Hiermee wordt het recht op zorg in de vorm van begeleiding of kortdurend verblijf vervangen door een opdracht aan de gemeente om inwoners met een beperking waar nodig te ondersteunen zodat zij in staat zijn de dagelijkse levensverrichtingen uit te voeren, het persoonlijke leven te structureren en er regie over te voeren.

De afgelopen jaren zijn de gemeenten al geconfronteerd met gevolgen van wijzigingen (pakketmaatregel) in de AWBZ. Zo is de individuele begeleiding in 2009 naar de gemeenten overgegaan en is in 2010 de dagopvang op psychosociale grondslag beëindigd. Verdergaande decentralisatie van functies uit de AWBZ naar de gemeenten betekent dat de gemeente verantwoordelijk wordt voor de begeleiding en het kortdurend verblijf van mensen met matige en zware beperkingen.

De decentralisatie van de AWBZ functies begeleiding en kortdurend verblijf is een ontwikkeling naar een steeds grotere verantwoordelijkheid van gemeenten voor de zelfredzaamheid en participatie van haar burgers. Deze decentralisatie biedt kansen om begeleiding dicht bij de burger te organiseren en verbindingen te maken met andere (Wmo) voorzieningen.

### **De decentralisatie van de jeugdzorg**

Een andere belangrijke decentralisatie betreft de jeugdzorg. Alle taken van de jeugdzorg worden per 2015 overgeheveld naar gemeenten, te weten de provinciale jeugdzorg (Wet op de jeugdzorg), de jeugdbescherming en de jeugdreclassering, de jeugd-geestelijke gezondheidszorg (ggz) (Zorgverzekeringswet) en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte (Lvg) jeugd (AWBZ). Samen met de tijdelijke regeling voor het Centrum Jeugd en Gezin komt er één financiering en een nieuw wettelijk kader voor al deze vormen van ondersteuning en hulp aan kinderen en hun opvoeders.

De decentralisatie van de jeugdzorg heeft een nauwe relatie met de decentralisatie van de AWBZ. Immers de functies begeleiding en dagbesteding betreffen onder meer ook jeugdigen. In de voorbereiding op de uitvoering zal nader worden ingegaan op de verbinding tussen deze ontwikkelingen.

### **Wat betekenen de decentralisaties voor ons?**

De decentralisatie van de Jeugdzorg en de verwachte overheveling van de Begeleiding en het kortdurend verblijf uit de AWBZ naar de gemeenten zullen in de komende jaren veel inzet van ons vragen.

Naast het verkrijgen van inzicht in de doelgroepen die het betreft, het aanbod en mogelijkheden voor alternatieven, zal het ook gaan om het organiseren van de toegang tot voorzieningen en het inrichten van de administratieve organisatie. Als gevolg van de beide decentralisaties zullen de taken van het CJG en het Loket in de uitvoering verder toenemen. De nieuwe taken sluiten overigens goed aan bij de wijze waarop tot nu toe zowel aan het CJG als aan het Loket vorm is gegeven. Beide hebben ook een belangrijke rol gehad bij de gevolgen van de eerdere



pakketmaatregelen AWBZ. Door deze maatregelen zijn in de jaren 2009 en 2010 al voormalige AWBZ voorzieningen beëindigd en/of naar de gemeenten overgegaan.

In het voorjaar van 2012 hebben wij voor zowel de decentralisatie Jeugdzorg als de decentralisatie begeleiding AWBZ een startnotitie met plan van aanpak vastgesteld. Ter voorbereiding op de decentralisatie AWBZ hebben we een keuzenota opgesteld. Over deze nota is in juni 2012 de zienswijze van de commissie Samenleving gevraagd. De commissie onderschrijft de wijze waarop de verdere voorbereiding plaats zal vinden. Hierbij is erop gewezen dat de voorbereiding afhankelijk is van de besluitvorming die nog plaats zal vinden ten aanzien van deze decentralisatie.

#### **4.4 Veranderingen in de langdurige zorg (AWBZ)**

De veranderingen binnen het stelsel van de AWBZ hebben consequenties voor de Wmo. De AWBZ zal in de toekomst alleen nog voor de meest kwetsbaren zijn. Er wordt meer van burgers zelf en van hun omgeving verwacht. Daarom is het belangrijk dat vanuit de Wmo wordt ingezet op het versterken van de zelfredzaamheid en het stimuleren van de zorgbereidheid tussen mensen.

##### **Scheiding wonen en zorg**

De financiële scheiding tussen wonen en zorg is een belangrijke maatregel in de AWBZ. Bewoners van instellingen gaan in de toekomst huur betalen. Zorginstellingen zullen zich beter gaan richten op de woonwensen van cliënten. Hierdoor krijgen bewoners meer keuzevrijheid.

De scheiding wonen en zorg betreft een voortschrijdende extramuralisering van de zorg waardoor de gemeente te maken zal krijgen met de zorg voor de langer thuisblijvende burgers. Met de gevolgen hiervan moeten we zoveel mogelijk rekening houden.

##### **Extramuraliseren lichte zorg**

Cliënten met een lichte zorgbehoefte<sup>3</sup> komen per 1 januari 2013 niet langer in aanmerking voor verblijf in een instelling. Wel krijgen zij een indicatie voor zorg in de thuissituatie. Deze ontwikkeling draagt er toe bij dat cliënten in de toekomst langer in hun eigen omgeving worden geholpen. Dit zal naar verwachting ook gevolgen hebben voor het beroep dat op de Wmo wordt gedaan.

##### **Persoonsgebonden budget**

De voorwaarden van het persoonsgebonden budget (PGB) binnen de AWBZ worden gewijzigd. Hierdoor komen vanaf 2013 minder mensen in aanmerking voor een persoonsgebonden budget. In het Lenteakkoord is besloten de al eerder aangekondigde PGB-maatregel per 2013 te verzachten. Hiervoor is de voorgenomen bezuiniging van 700 miljoen euro verlaagd naar 550 miljoen euro. Dit is als volgt uitgewerkt. Vanaf 2013 worden cliënten verplicht zich eerst te oriënteren op zorg in natura met de vraag of passende zorg beschikbaar is. Een beroep op de PGB-regeling is alleen mogelijk als de cliënt van oordeel is dat dit niet het geval is. Verder komen cliënten pas na één jaar gebruik van zorg in natura in aanmerking voor een PGB. Hierop wordt een uitzondering gemaakt voor cliënten met een langdurige zorgvraag. Tegelijkertijd zal het Rijk inzetten op het versterken van de zorg in natura.

Verder is aangekondigd dat de verstrekking van PGB's onder de AWBZ per 1 januari 2014 bruto gaat plaats vinden en het Centraal Administratiekantoor (CAK) de eigen bijdrage gaat innen. Vanaf dat moment wordt het PGB niet meer overgemaakt op de bankrekening van de cliënt, maar ontstaat er een zogenoemd trekkingsrecht.

---

<sup>3</sup> Eén van de maatregelen uit het Lenteakkoord is het vervallen van de zorgzwaartepakketten 1-3 voor nieuwe cliënten per 1-1-2013

De ingreep in de persoonsgebonden budgetten zal naar verwachting wel gevolgen hebben voor bijvoorbeeld thuiswonende ouderen en andere kwetsbare groepen. Consequentie voor de Wmo is dat als gevolg van deze ingreep de kans bestaat dat mantelzorgers zwaarder zullen worden belast en dat de vraag naar mantelzorgondersteuning en vrijwilligers zal stijgen.

### **Eigen bijdrage en vermogen**

Op dit moment is een wetsvoorstel in behandeling dat er toe moet leiden dat voor de vaststelling van de eigen bijdrage AWBZ per 1 januari 2013 rekening gehouden gaat worden met het eigen vermogen van de cliënt. Dit gebeurt in de vorm van een vermogensinkomensbijtelling van 8% in 2013. Hiervoor wordt het Bijdragebesluit Zorg aangepast. Het Bijdragebesluit Maatschappelijk ondersteuning wordt eveneens aangepast. Hierdoor krijgt de gemeente de mogelijkheid om voor de vaststelling van de eigen bijdrage Wmo op eenzelfde wijze met het eigen vermogen van de cliënt rekening te houden.

### **IQ-maatregel**

Het kabinet heeft eerder aangegeven de aanspraak op de AWBZ te willen beperken voor licht verstandelijk beperkten (IQ tussen 70 en 85). De zorg voor deze mensen zou dichterbij en meer vanuit het eigen sociale netwerk moeten worden georganiseerd. In het Lenteakkoord is besloten deze maatregel in 2013 niet door te laten gaan. Onduidelijk is of deze maatregel op een later moment wel doorgang zal vinden.

### **Opheffen zorgkantoren**

De uitvoering van de AWBZ is momenteel in handen van zorgkantoren. Zij maken hiervoor afspraken met regionale zorgaanbieders. Het Kabinet had de intentie om, als het gaat om de uitvoering van de AWBZ, de taken van de zorgkantoren én de risico's door zorgverzekeraars te laten overnemen. Het kabinet heeft, vanwege de demissionaire status, besloten de beslissing over de toekomst van de uitvoering van de AWBZ aan een volgend kabinet over te laten.

### **Inclusief beleid**

Inclusief beleid is beleid dat rekening houdt met mensen die een beperking hebben. Uitgangspunt is dat algemene voorzieningen zoveel mogelijk zijn ingericht voor gebruik door alle burgers. Ook preventieve maatregelen om het gebruik van reguliere voorzieningen te bevorderen passen onder inclusief beleid. Het nieuwe beleid gaan we zoveel mogelijk invulling geven vanuit de uitgangspunten van inclusief beleid.

### **MEE-cliëntondersteuning**

Cliëntondersteuning door MEE wordt nu nog gefinancierd uit een aparte AWBZ-subsidieregeling. De ondersteuning van MEE richt zich voornamelijk op cliënten met verstandelijke en lichamelijke beperkingen (waaronder ook niet aangeboren hersenletsel) en hun naasten. Het is de intentie van het Rijk om de MEE-middelen per 1-1-2015 naar gemeenten over te hevelen. Dat is een logische stap, aangezien cliëntondersteuning één van de prestatievelden van de Wmo is. Over de precieze voorwaarden van deze decentralisatie is nog niets bekend.

## HOOFDSTUK 5

## PREVENTIEVE VOORZIENINGEN

### 5.1 Inleiding

We streven naar een algemeen preventief voorzieningenniveau, dat alle Heemstedenaren de mogelijkheden biedt voor sociale participatie, ontplooiing en zelfredzaamheid. Hierbij moet

#### Stichting WOH, activiteiten in 2011

- Vrijwilligersvervoer:	4.251 ritten
- Kobusvervoer:	1.080 ritten
- Kobus-tochtjes:	219 ouderen
- Samen Eten:	200 ouderen
- Pauwehof:	480 ouderen
- Telefooncirkel:	8 ouderen
- Klussenbank:	204 klussen
- Belastingproject:	308 ouderen
- Fietsclub:	8 ouderen
- Financiële ondersteuning:	21 ouderen
- Administratieve thuishulp:	10 ouderen
- Preventief Huisbezoek:	81 ouderen
- 3 Themabijeenkomsten:	260 ouderen
- 8 Thema-plus cursussen:	62 ouderen
- Preventief huisbezoek:	115 ouderen
- Activerend huisbezoek:	14 ouderen

gedacht worden aan voorzieningen en activiteiten op het gebied van onderwijs, peuterspeelzaalwerk, (jeugd)gezondheidszorg, spelen, recreatie en ontmoeting, sport, cultuur, ouderenwerk, sociaal-cultureel werk en vrijwilligerswerk. Dit geheel aan preventieve algemene voorzieningen vormt een belangrijk onderdeel van de Heemstedse (sociale) basisinfrastructuur. Deze structuur, die het brede welzijns-, onderwijs- en gezondheidsaanbod omvat, treft u in onderstaand schema aan. Voor de financiering verwijzen we naar hoofdstuk 10.

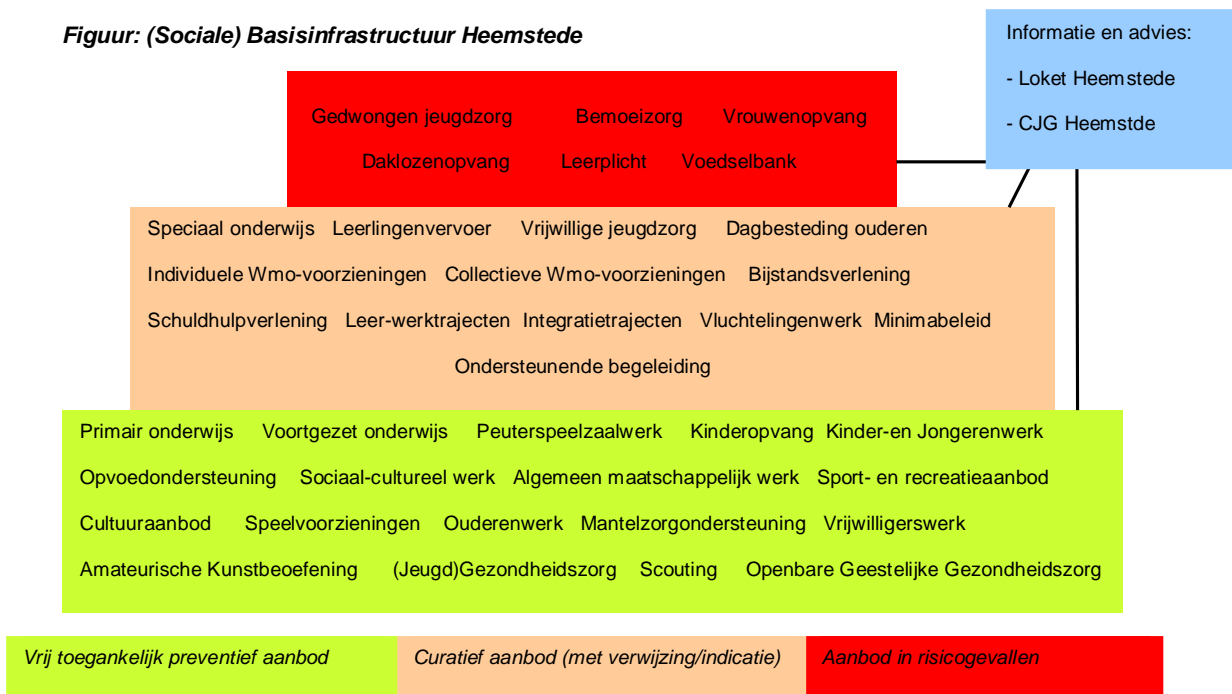
De vraag die voorligt is of het huidige preventieve algemene voorzieningenniveau van Heemstede - kwalitatief en kwantitatief - toereikend is om alle Heemstedenaren de mogelijkheid te geven mee te doen. Zoals in hoofdstuk 3 aangegeven hebben de maatschappelijke organisaties op diverse momenten aangegeven hierover uitermate tevreden te zijn. Ook burgers waarderen het aanbod in grote mate. Maar dat

betekent niet dat er geen verbeteringen wenselijk zijn. Of betere afstemming mogelijk is. In de volgende paragrafen van dit hoofdstuk wordt hier op ingegaan.

#### Voorstel:

We continueren de preventieve structurele voorzieningen uit het vorige beleidsplan voor zover we geen voorstel tot beëindiging of wijziging doen.

**Figuur: (Sociale) Basisinfrastructuur Heemstede**



## 5.2 Subsidiering van preventieve voorzieningen: inzicht in outcome

Voor een belangrijk deel wordt het aanbod van het preventieve algemene voorzieningenniveau ondersteund via subsidiëring. Het Heemstedse subsidiebeleid wordt in recent onderzoek door SGB/BMC positief beoordeeld op het vlak van doelmatigheid: de beleids- en subsidiecyclus lopen goed gestroomlijnd naast elkaar, het subsidieproces loopt goed en de administratieve lasten zijn beperkt, er is sprake van een open en coöperatief partnerschap tussen gemeente en

### Stichting Casca, sociaal-cultureel werk, seizoen 2010-2011

- 51 activiteiten voor kinderen/jongeren (ruim 7.000 deelnemers). Het gaat hier o.a. om: woensdagmiddagclub, kinderdisco en -café, Buitenboel, straatspeelavonden, inloop, Nx'n, kunst- en cultuur workshops, wijkgericht werk
- 28 cursussen voor jeugd
- 75 activiteiten voor volwassenen/senioren (ruim 7.500 deelnemers). Dit betreft o.a.: activering door beweging (bv. Fit for Life, wandelclub), ontmoeting (bv. Excursieclub, koren, biljarten, bridge), Casa Nova (lezingen), trefpunt, wijkgericht werk
- 155 cursussen voor senioren/volwassenen
- activiteiten voor licht verstandelijk gehandicapten: Mix It, disco, DJ-cursus, rockworkshop, kookcursus

subsiënten. Ook op het vlak van doeltreffendheid is sprake van een positieve beoordeling door SGB/BMC van het Heemstedse subsidiebeleid: afgesproken prestaties (de output) worden door de instellingen gerealiseerd; hierbij is sprake van een goede wijze van verantwoorden.

Het onderzoek van SGB/BMC was voor wat betreft de doeltreffendheid van subsidies meer gericht op output (prestaties), dan op outcome (maatschappelijke effecten). Hierbij speelde een rol dat het niet eenvoudig is om gerealiseerde prestaties te relateren aan de bijdrage in de outcome, mede omdat allerlei exogene factoren van invloed zijn op maatschappelijke veranderingen. Zoals andere activiteiten, rijksbeleid of economische omstandigheden.

Ook wij zijn ons bewust van de complexiteit van het meten van maatschappelijke effecten als gevolg van subsidiëring. Zeker indien sprake is van ketensamenwerking. Maar conform de motie, aangenomen in de begrotingsraad 2011, willen we de komende periode, naast het realiseren van de

afgesproken output, een aanzet maken met het inzichtelijk maken van het maatschappelijke effect (de outcome) van de gesubsidieerde activiteiten. Dit willen we als volgt doen.

We gaan instellingen verzoeken bij de aanvraag voor een subsidie specifiek en meetbaar aan te geven hoe de betreffende activiteit bijdraagt aan maatschappelijke effecten (outcome) die we met de voorliggende nota willen realiseren. Oftewel, de mate waarin de te subsidiëren activiteiten (output) bijdragen aan het realiseren van de doelstellingen van deze nota dient bij de aanvraag aannemelijk gemaakt te worden. Bij de aanvraag van de subsidie dient de wijze van evalueren door instellingen al helder te worden aangegeven.

Bij de verantwoording van de subsidie dienen instellingen vervolgens aannemelijk te maken dat de output ook daadwerkelijk heeft bijgedragen aan het realiseren van de beoogde maatschappelijke effecten. Om deze effecten te kunnen aantonen, dienen de resultaten door de instellingen gemonitord te worden. Via onafhankelijke evaluaties (onder andere voor- en nameting) en klantonderzoeken (met een voldoende grote steekproef)). Dit proces beperken we in de aanvangsfase, gelet op de inzet die dit voor organisaties met zich meebrengt, tot de relatief omvangrijke (budget) subsidieverstrekingen. We beperken ons tevens tot de activiteiten die gericht zijn op de neergelegde doelstellingen.

De resultaten kunnen vervolgens worden benut voor het zo nodig effectiever inzetten van het subsidie-instrument. En voor het doorontwikkelen van het sturen op outcome.

#### Voorstel:

We gaan nadere criteria formuleren op basis waarvan we met instellingen afspraken gaan maken over de te realiseren outcome. We passen hier de Algemene Subsidieverordening in het eerste kwartaal van 2013 op aan.

### 5.3 Versterken vrijwillige inzet

De vrijwillige inzet van burgers vormt een onmisbaar deel van de "Civil Society". Vrijwilligerswerk is werk dat in enig georganiseerd verband, onverplicht en onbetaald, wordt gedaan voor anderen of voor de samenleving. De burger geeft hiermee actief vorm aan zijn eigen participatie en draagt bij aan de participatie van anderen. Wij realiseren ons dat een groot aantal Heemstedenaren al actief is als vrijwilliger en hebben hier grote waardering voor. Door het op een vernieuwende wijze werven van vrijwilligers kunnen mogelijk meer Heemstedenaren gevonden worden die vrijwilligerswerk willen verrichten. Hierbij denken we aan kortdurende en/of projectmatige vrijwillige inzet. Een nieuwe manier van werven van vrijwilligers is tevens van belang voor de ondersteuning van kwetsbare groepen. Immers, door de bezuinigingen van het Rijk komt er meer druk te liggen op de inzet van vrijwilligerswerk voor deze groepen. Onderstaand doen we hier voorstellen voor.

#### Aantal vrijwilligers in Heemstede

- 30% van de Heemstedese volwassen bevolking verricht vrijwilligerswerk.

#### 5.3.1 Gebruik van social media

Het is van belang dat vrijwilligersorganisaties innovatief inspelen op de groeiende vraag naar Heemstedese vrijwilligers. Bijvoorbeeld door voor de werving gebruik te maken van social media als Facebook, Twitter en LinkedIn.

#### Steunpunt Vrijwilligerswerk

##### Activiteiten:

bemiddeling, info en advies, organisatie vrijwilligersfeest, ondersteunen organisaties m.b.t. maatschappelijke stages.

##### Resultaten 2011:

- 170 vacatures  
- 104 organisaties  
- 90 bemiddelingen\*

\*matching kan ook buiten het Steunpunt om plaatsvinden.

Steeds meer mensen kiezen ervoor zich via social media te verbinden met vrienden, met goede doelen en met organisaties die hen aanspreken. Vrijwilligers willen de organisaties die ze steunen kunnen opzoeken op internet. Om zich te informeren, vragen te stellen, hun mening te geven en ervaringen uit te wisselen. De online netwerken bieden hen de mogelijkheid zich op een nieuwe en betrokken manier te verbinden.

Organisaties die zich deze nieuwe manier van communiceren eigen maken, krijgen de toegang tot een steeds groeiende achterban van 'vrienden', 'fans' en 'volgers'. Deze mensen, die zich uit eigen beweging verbinden, zijn waarschijnlijk ook bereid hun bijdrage te leveren aan de organisatie, in welke vorm dan ook.

We willen in dit kader het Steunpunt Vrijwilligerswerk verzoeken dit proces te ondersteunen. Aanvullend willen we

nagaan op welke wijze we gebruik kunnen maken van landelijke initiatieven zoals NL Doet.

#### 5.3.2 Bevorderen samenwerking organisaties

We verwachten dat organisaties elkaar waar nodig kunnen versterken door (regionaal) samen te werken onder andere als het gaat om het optimaliseren van vrijwillige inzet. Niet alleen bij de ontwikkeling en uitvoering van nieuwe (effectieve) manieren van werven, maar ook bij het waarderen van vrijwilligers, het trainen van vrijwilligers en bij het matchen van vrijwilligers en organisaties en/of mensen die hulp nodig hebben. We zullen het Steunpunt Vrijwilligerswerk verzoeken dit vorm te geven. Hiermee wordt tevens een betere en bredere samenwerking tussen het steunpunt en de instellingen gerealiseerd.

### **5.3.3 Waardering vrijwilligers**

De jaarlijkse uitreiking van de vrijwilligersprijs, inclusief feest, kent dit jaar een 10-jarig jubileum. Omdat we onze waardering willen blijven tonen voor de vrijwillige inzet in Heemstede gaan we de uitreiking van de vrijwilligersprijs voortzetten. In samenwerking met de Rotary Heemstede hebben we sinds 2012 tevens de verkiezing van "jonge held". Dit betreft Heemstedse jongeren tussen de 12 en 21 jaar die een bijzondere prestatie hebben verricht, niet alleen op een bepaald gebied, op school of op de sportvereniging, maar ook daarbuiten op maatschappelijk gebied.

### **5.3.4 Bijzondere doelgroepen**

Het hebben van werk of dagactiviteiten is een belangrijke voorwaarde voor zelfstandigheid, het participeren in de samenleving én voor gezondheid. De meeste mensen zonder werk participeren in de samenleving en vinden hun eigen dagactiviteiten. Anderen lukt dit niet zelfstandig, maar kunnen met ondersteuning wel zinvolle activiteiten vinden in de vorm van bijvoorbeeld vrijwilligerswerk. Dit geldt ook voor die situaties waarin arbeidsreintegratie in het kader van de Wet werk en bijstand of de Wet sociale werkvoorziening (Wsw) niet aan de orde is. Omdat we het van belang vinden dat ook deze doelgroep naar vermogen kan meedoen in de samenleving, willen we het Steunpunt Vrijwilligerswerk hierin een rol laten spelen. Het Steunpunt Vrijwilligerswerk heeft in dit kader recent contact gelegd met de Intergemeentelijke Afdeling Sociale Zaken (IASZ), hetgeen in een enkel geval al tot een succesvolle match heeft geleid.

#### **Voorstel:**

We maken met de Stichting CASCA afspraken om te komen tot een aangepaste invulling van de werkzaamheden van het Steunpunt Vrijwilligerswerk Heemstede per 2013. Daarbij gaan we onder andere afspraken maken over een vernieuwende wijze van werven en matches en de ondersteuning van organisaties bij de inzet van vrijwilligerswerk.

### **5.3.5 Maatschappelijk betrokken ondernemen**

Tenslotte willen we het bedrijfsleven betrekken bij het vrijwilligerswerk. Hieraan willen we een extra impuls geven door initiatieven vanuit het bedrijfsleven gericht op de participatie van kwetsbare groepen te faciliteren. Bijvoorbeeld, initiatieven voor een structurele samenwerking tussen het bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties. Op deze wijze willen we bedrijven die maatschappelijk betrokken willen ondernemen stimuleren. Hiervoor stellen we op jaarbasis een bedrag van € 7.500 beschikbaar.

#### **Voorstel:**

We gaan initiatieven vanuit het bedrijfsleven gericht op de participatie van kwetsbare groepen per 2013 ondersteunen met in totaal maximaal € 7.500 per jaar. De criteria waaraan moet worden voldaan om voor een bijdrage in aanmerking te kunnen komen gaan we in het eerste kwartaal van 2013 uitwerken.

### **5.3.6 Verbinding professionele en vrijwillige inzet**

Ook streven we naar een betere verbinding van de inzet door professionals en vrijwilligers ten behoeve van kwetsbare burgers. In het onderzoek naar de mogelijkheden hiervoor trekken we regionaal op.

De provincie Noord-Holland biedt de regio's in de provincie in de periode 2012-2015 de mogelijkheid om jaarlijks een financiële ondersteuning aan te vragen voor projecten, gericht op de aanpak van bovenlokale vraagstukken op het gebied van de Wmo en Wonen, zorg en welzijn. Dit op basis van een zogenoemde Regionale Sociale Agenda (RSA). In september jl. hebben de regiogemeenten van Zuid-Kennemerland - na (inhoudelijk) overleg met de provincie - gezamenlijk een aanvraag bij de provincie ad circa € 250.000 ingediend voor verschillende projecten. Een van de projecten betreft het regionaal onderzoeken van de mogelijkheden tot betere verbinding van de inzet van professionals en vrijwilligers in de ondersteuning van kwetsbare groepen. Voor dit deelproject, uit te voeren in 2013, is een bedrag van € 40.000

verzocht. Het project richt zich in eerste instantie op burgers die in 2013 gebruikmaken van extramuraal AWBZ-begeleiding en straks - na de verwachte decentralisatie - onder de verantwoordelijkheid van gemeenten komen te vallen.

**Vorstel:**

We gaan met de overige gemeenten van Zuid-Kennemerland in 2013 de mogelijkheden van verbindingen tussen professionele en vrijwillige inzet bij de ondersteuning van kwetsbare groepen onderzoeken.

#### **5.4 Ondersteuning van mantelzorgers**

Niet iedereen kan op eigen kracht meedoen, we denken dan bijvoorbeeld aan jongeren met fysieke beperkingen, psychiatrische patiënten of mensen met dementie. Vaak krijgen zij ondersteuning en zorg van naaste familieleden of vrienden (mantelzorg).

Mantelzorg wordt meestal gegeven vanuit een persoonlijke band hebt met degene die zorg nodig heeft. Vaak is het langdurend en intensief en heeft het een grote impact op het sociale

**Aantal mantelzorgers in Heemstede**

- 23% van de Heemstedse volwassen bevolking is mantelzorg
- Landelijk is 9-13% van de volwassen bevolking mantelzorg

leven van mantelzorgers. Mantelzorg hoort bij het leven en zolang de belasting van de mantelzorgers niet te hoog is, ervaren velen het als een verrijking van het leven. Het wordt anders als mensen overbelast (dreigen te) raken. In Nederland voelt meer dan 10% van de mantelzorgers zich zwaar belast of overbelast Van de Heemstedse mantelzorgers voelt ruim 3% zich zwaar belast of overbelast.

We vinden de inzet van mantelzorgers van grote waarde en vinden het belangrijk om te voorkomen dat zij overbelast raken. Daarom bieden we ondersteuning. Doel is er voor te zorgen dat mantelzorgers de erkenning krijgen die ze verdienen en zij de weg naar ondersteuning vinden vóórdat zij overbelast raken. Ondersteuning bieden we in de vorm van informatie, voorlichting en advies, en via (het attenderen op) informele respijtzorg.

##### **5.4.1 Beleidsnota mantelzorgondersteuning**

In 2009 is de beleidsnota mantelzorgondersteuning vastgesteld. Hierin zijn voorstellen gedaan gericht op het versterken van de ondersteuning aan mantelzorgers. Zo is samen met de gemeenten Haarlem en Bloemendaal een regionale gids voor mantelzorgers ontwikkeld en verspreid. Deze gids bevat ondermeer een overzicht van mogelijkheden voor ondersteuning van mantelzorgers, waaronder mogelijkheden voor respijtzorg. Verder is er extra aandacht gekomen voor zwaarbelaste jonge mantelzorgers. Zo is Tandem gestart met een Klankbordgroep Jonge Mantelzorgers (inclusief Heemstedse jongeren) die zich onder andere bezighoudt met de ontwikkeling van lespakketten voor het voortgezet onderwijs en deze lessen mede kan verzorgen. De Jeugdgezondheidszorg van de GGD neemt dit aandachtspunt mee in de contactmomenten met de jongeren. De artsen en verpleegkundigen zijn hiervoor geschoold door Tandem. Ook wordt het onderwerp meegenomen in het E-movo onderzoek van de GGD. Tenslotte is er via het Centrum Jeugd en Gezin in contacten aandacht voor - dreigende - overbelasting van jongeren.

##### **5.4.2 Inzet Tandem**

Ondersteuning aan mantelzorgers in de vorm van informatie, voorlichting en advies wordt onder andere geboden door de regionale organisatie Tandem die hiervoor een structurele subsidie ontvangt. Sinds 4 jaar participeert Tandem in het Loket Heemstede. Deze uren worden eveneens gesubsidieerd. De participatie van Tandem heeft er aan bijgedragen dat alle medewerkers van het Loket in hun contacten met burgers zo nodig aandacht besteden aan (ondersteuning van) mantelzorgers. Ook zijn de loketmedewerkers getraind in het hebben van oog en oor voor alle (individuele) aspecten van het mantelzorgen. Zij betrekken mantelzorgers

bij iedere Wmo-aanvraag om zo een realistisch beeld te krijgen van de draaglast en de draagkracht en de eventuele (eigen) ondersteuningsvraag.

Door de beleidsmaatregelen, onder andere de uitnodiging aan burgers om zich te registreren bij Tandem én de participatie van Tandem in het Loket, is het aantal geregistreerde mantelzorgers bij Tandem fors toegenomen. En is de aandacht voor mantelzorgers en hun specifieke problematiek goed geborgd in de werkwijze van het Loket.

Tabel registratie mantelzorgers bij Tandem

Jaar	2008	2009	2010/2011
Geregistreeerde mantelzorgers	86	347	450

#### 5.4.3. Versterken Eigen kracht/netwerk mantelzorgers

Eigen Kracht is een methodiek die ingezet kan worden om mensen te stimuleren zelf een oplossing voor hun probleem te vinden, samen met hun netwerk. Er wordt een begeleider ingezet die samen met de mantelzorgers een bijeenkomst met het netwerk voorbereidt, met als doel te komen tot oplossingen. Bij deze methodiek zijn niet de hulpverleners verantwoordelijk voor het bedenken en formuleren van een hulpverleningsplan, maar ligt de verantwoordelijkheid bij de mantelzorgers. Samen met familieleden, vrienden en burens. Mantelzorgers zijn daarmee eigenaar van hun plan en ook verantwoordelijk voor de uitvoering.

Op basis van de eerder genoemde Regionale Sociale Agenda (RSA) hebben de regiogemeenten van Zuid-Kennemerland gezamenlijk een aanvraag (ad € 40.000) bij de provincie ingediend voor de uitvoering in 2013 van een project gericht op het versterken van het sociaal netwerk van mantelzorgers. Via de Eigen Kracht methodiek of via netwerkcoaches. Een netwerkcoach biedt individuele ondersteuning aan een mantelzorgers om hem of haar te helpen zijn of haar sociale netwerk te versterken. Bij de toekomstige inzet hiervan in Heemstede zal het Loket Heemstede betrokken worden.

#### Voorstel:

We gaan met de overige gemeenten van Zuid-Kennemerland in 2013 ten behoeve van de ondersteuning van mantelzorgers de mogelijkheden onderzoeken voor de inzet van de Eigen Kracht-methodiek en netwerkcoaches.

#### 5.4.4 Respijtzorg

Respijtzorg is vervangende zorg waardoor mantelzorgers tijdelijk kunnen worden ontlast van hun taak. Regionaal wordt onderschreven dat het gevaar aanwezig is dat mantelzorgers de komende jaren extra belast zullen worden als gevolg van bezuinigingen in de professionele zorg. Het belang van voldoende en laagdrempelige respijtzorgvoorzieningen is daarom evident. Maar de toegang tot intramurale logeervoorzieningen is de afgelopen jaren juist moeilijker geworden. Alleen voor mensen die permanent toezicht nodig hebben wordt een indicatie voor kortdurend verblijf verstrekt. Daarom is het van belang innovaties te stimuleren die gericht zijn op het ontwikkelen van alternatieve vormen van respijtzorg voor mantelzorgers.

Op basis van de eerder genoemde Regionale Sociale Agenda (RSA) hebben de regiogemeenten van Zuid-Kennemerland gezamenlijk een aanvraag (ad € 40.000) bij de provincie ingediend voor de uitvoering in 2013 van een project gericht op het versterken van de respijtzorg voor mantelzorgers.

#### Voorstel:

We gaan met de overige gemeenten van Zuid-Kennemerland in 2013 de mogelijkheden onderzoeken voor de ontwikkeling van lichtere vormen van respijtzorg.



Aanvullend willen we de mogelijkheden voor respijtzorg in de thuissituatie door de inzet van getrainde vrijwilligers in Heemstede vergroten. Eind 2010 stonden bij Tandem 11 Heemstedse zorgvrijwilligers geregistreerd. Ten opzichte van eind 2008 een stijging van 3, maar we vinden het huidige aantal nog te laag. Daarom willen we Tandem uitnodigen om hiervoor samen met het Steunpunt Vrijwilligerswerk Heemstede een gerichte werving op te zetten. Ook hier zien we goede mogelijkheden om gebruik te maken van sociale media.

**Voorstel:**

We gaan het ingezette mantelzorgbeleid continueren. Als aanvulling hierop gaan we Tandem verzoeken samen met het Steunpunt Vrijwilligerswerk Heemstede in 2013 een wervingscampagne voor zorgvrijwilligers op te zetten. Hiervoor reserveren we in 2013 eenmalig een bedrag van € 5.000.

### 5.5 Toegankelijkheid van gebouwen

We vinden het van belang dat het aanbod, de dienstverlening en activiteiten, toegankelijk zijn voor alle Heemstedse inwoners, dus ook voor mensen met beperkingen. Dat wil bijvoorbeeld zeggen dat mensen in een rolstoel ook naar binnen kunnen komen of dat iemand met een psychiatrische achtergrond zich ook welkom weet.

Naar aanleiding van het beleidsplan Wmo 2008-2011 is de verordening 'toegankelijkheid van gebouwen' vastgesteld. Hier is tot nu toe eenmaal gebruik van gemaakt. We constateren dat organisaties en verenigingen in het algemeen zelf al de verantwoordelijkheid nemen voor de toegankelijkheid. We stellen dan ook voor om per 1 januari 2013 de onderhavige verordening in te trekken.

We blijven stimuleren dat instellingen en verenigingen hun verantwoordelijkheid ook blijven nemen. In dit kader noemen we 'De Agenda 22' (Verenigde Naties) waarin 22 standaardregels zijn opgenomen die er toe moeten leiden dat alle burgers gelijke mogelijkheden hebben om te participeren in de maatschappij. Eén van de regels gaat over de toegankelijkheid van gebouwen voor alle burgers én de bewustwording bij een ieder, zodat hier ook daadwerkelijk rekening mee wordt gehouden.

**Voorstel:**

De verordening 'toegankelijkheid van gebouwen' per 1 januari 2013 intrekken.

### 5.6 Buurtbemiddeling

Aan Stichting Meerwaarde verstrekken we vanaf 1 januari 2009 een subsidie voor het coördineren van de buurtbemiddeling ten behoeve van Heemstedenaren. Voor de bemiddeling worden daartoe opgeleide vrijwilligers ingezet. De woningcorporaties (Elan Wonen, Ymere en Pré Wonen) nemen sinds 1 januari 2010 hieraan deel en dragen bij in de kosten. Het gemeentelijk aandeel in de kosten bedraagt op dit moment € 20.000 per jaar.

**Resultaten Buurtbemiddeling 2011:**

- inzet bij 23 meldingen:
  - 15 bewoners huurwoningen,
  - 8 bewoners koopwoningen;
- meldingen betreffen m.n. geluidsoverlast, grondgeschillen en overlast dieren;
- bemiddeling met 10 opgeleide vrijwilligers;
- bemiddeling succesvol in 70% van de gevallen.

De corporaties zien een meerwaarde van de inzet van buurtbemiddeling en willen de activiteit in 2013 continueren. Ook wij zien de meerwaarde van buurtbemiddeling, maar we constateren tevens dat de vraag in Heemstede achterblijft bij de eerdere prognose. Tegenover een prognose van 50 staan 23 meldingen in 2011. We verwachten dat dit aantal door toenemende bekendheid zal stijgen, maar een aantal van 50 lijkt niet realistisch. In de subsidieaanvraag voor 2013 is de inzet van de coördinator verminderd tot 4 uur per week. En wordt een subsidie verzocht van € 12.500.

**Voorstel:**

Per 2013 zetten we de inzet van buurtbemiddeling voort, uitgaande van een verlaging van de coördinatie-inzet. De jaarlijkse subsidie per 2013 verlagen we van € 20.000 naar € 12.500.

**5.7 Bevordering sociale betrokkenheid in buurten**

Een leefbare en prettige buurt begint met bewoners die zich actief voor hun buurt en medebuurtbewoners willen inzetten. Een leefbare wijk met een prettig woon- en leefklimaat vormt een belangrijke voorwaarde voor sociaal contact, ontmoeting en maatschappelijke betrokkenheid.

Onze inzet voor de komende periode is om de betrokkenheid bij de wijk te blijven versterken. Dit willen we doen door continuering van de hiervoor bestaande regeling. Van het beschikbare budget in 2011 van € 12.000 is € 7.800 uitgegeven. We gaan het beschikbare budget dan ook structureel vaststellen op € 7.500 per jaar.

We vinden het tevens van belang dat in de subsidieregeling prioriteit wordt gelegd bij projecten die gericht zijn op meer bewegen. Hiermee sluiten we aan bij de speerpunten op het gebied van gezondheidsbeleid (zie hiervoor hoofdstuk 8). Of op projecten die een bijdrage leveren aan duurzaamheid in de wijk. Hierbij kan worden gedacht aan een gezamenlijk initiatief van buurtbewoners om te komen tot energiebeperkende maatregelen. Op deze wijze leggen we een verbinding met de (concept)nota op het gebied van duurzaamheid.

**Voorstel:**

De regeling voor het bevorderen van sociale betrokkenheid in buurten per 2013 gewijzigd voortzetten door voorrang te geven aan projecten die gericht zijn op het meer bewegen of op bevordering van duurzaamheid in buurten. Het beschikbare budget per 2013 vaststellen op € 7.500 per jaar.

**5.8 Innovatieve projecten**

We willen inwoners actief betrekken bij de uitvoering van ons Wmo-beleid. Om dit te bereiken willen we de mogelijkheid creëren voor inwoners om jaarlijks een idee te kunnen indienen voor een innovatief Wmo-project, bijvoorbeeld gericht op bevordering van de maatschappelijke en sociale participatie van mensen met een beperking. Of op het versterken van de lokale samenleving. Bijvoorbeeld in de vorm van nieuwe jaarlijkse evenementen, aanvullend op hetgeen al plaatsvindt, zoals de Dag voor de nieuwe inwoners, het 65-jarigen feest, de Kunstlijn, de Heemstede Loop, de Vrijwilligersbijeenkomst en Adopteer een monument. Na beoordeling door het college wordt het 'winnende' idee uitgewerkt. Hiervoor willen we jaarlijks een bedrag van € 7.500 beschikbaar stellen.

**Voorstel:**

Om bewoners actief te betrekken bij de uitvoering van het Wmo-beleid bieden we de mogelijkheid een voorstel voor een innovatief project in te dienen. Voor de uitvoering van het "winnende" project stellen we jaarlijks € 7.500 beschikbaar. De criteria voor beoordeling werken we in het eerste kwartaal van 2013 uit.

**5.9 Inburgering Vluchtelingen**

Als gevolg van een wijziging van de Wet inburgering per 1 januari 2013 wordt inburgering de eigen verantwoordelijkheid van mensen die naar Nederland komen. In tegenstelling tot de huidige wetgeving zijn in de nieuwe wet geen bepalingen meer opgenomen over de maatschappelijke begeleiding van vluchtelingen. Vooral voor de doelgroep vluchtelingen vormt deze begeleiding een belangrijke schakel bij het wegwijs maken in Nederland en in de gemeente. Deze mensen spreken immers zelf niet de Nederlandse taal en/of zijn analfabeet. Zij hebben mede hierdoor niet de kracht om zonder begeleiding op een succesvolle wijze in te burgeren in de lokale samenleving.

Op dit moment wordt de nu nog verplichte maatschappelijke begeleiding uitgevoerd door Vluchtelingenwerk Noord West Holland. De medewerkers verzorgen, met behulp van

vrijwilligers, de opvang en bieden begeleiding voor de duur van 18 maanden. De eerste 6 maanden zijn vooral gericht op zaken betreffende de woning, het kennismaken met de omgeving, het regelen van medische zorg en het regelen van de financiën. In de tweede fase wordt gewerkt aan verdere integratie waarbij deelname aan het verenigingsleven wordt gestimuleerd, contacten met scholen worden onderhouden etc.

We realiseren ons dat we de doelgroep (nog) niet direct en volledig op hun eigen kracht en verantwoordelijkheid kunnen aanspreken. We vinden het belangrijk dat deze doelgroep, ondanks het vervallen van de wettelijke verplichting, begeleiding krijgt bij hun inburgering in onze samenleving.

### **Kosten**

Vluchtelingenwerk Noord West Holland is bereid om de maatschappelijke begeleiding van de doelgroep per 2013 voort te zetten. De kosten hiervoor bedragen € 1.200 per persoon voor de gehele periode van 18 maanden. Uitgaande van een vestiging van 12 personen per jaar bedragen de kosten voor Heemstede € 14.400 per jaar.

Voor de dekking van deze kosten is in de jaarrekening 2011 een resultaatbestemming opgenomen van € 43.200. Dit zijn de voor dit doel ontvangen, maar voorsnog niet uitgegeven middelen. Dit bedrag is naar verwachting toereikend voor de te maken kosten in de jaren 2013 t/m 2015.

Voor de eventuele voortzetting van maatschappelijke begeleiding per 1 januari 2016 zal op andere wijze dekking gevonden moeten worden. Op basis van een evaluatie zal in het tweede halfjaar 2015 een voorstel voor mogelijke voortzetting worden gedaan.

### **Voorstel:**

Met Vluchtelingenwerk Noord West Holland een jaarlijkse overeenkomst aangaan voor de maatschappelijke begeleiding in de jaren 2013 t/m 2015 voor in totaliteit € 43.200 (resultaatbestemming jaarrekening 2011).

### **5.10 Activiteiten ouderenbonden**

Met de vaststelling van de nota Herijking subsidiebeleid 2012-2014 is besloten de subsidiëring van de ouderenbonden per 2012 te beëindigen voor zover sprake is van belangenbehartiging; dit heeft geleid tot een vermindering van het totale subsidiebedrag met 20%. Voor wat betreft de overige activiteiten van de ouderenbonden - gericht op participatie - is besloten dat deze betrokken worden bij de opstelling van de voorliggende nota.

Gelet op het grote aantal ouderen dat lid is van een ouderenbond en de belangrijke rol die de bonden vervullen bij de participatie van senioren vinden we het van belang de preventieve activiteiten die door de bonden worden aangeboden financieel te blijven ondersteunen. Wel zijn we van mening dat inwoners tussen de 50 en 70 jaar zichzelf in de regel prima kunnen redden en kunnen participeren. En dat onze ondersteuning uitsluitend gericht dient te zijn op de 70-plusser. Het in de begroting beschikbare bedrag willen we gericht inzetten voor preventieve activiteiten die ontmoeting stimuleren en eenzaamheid tegengaan en waaraan een minimum aantal Heemsteedse 70-plussers deelnemen. We streven hierbij tevens naar een goede verbinding met de door de Stichting Welzijn Ouderen Heemstede aangeboden activiteiten. De nieuwe criteria voor subsidieverstrekking werken we in het laatste kwartaal van 2012 uit.

### **Voorstel:**

De criteria waaraan een activiteit moet voldoen om voor een bijdrage in aanmerking te kunnen komen gaan we het laatste kwartaal van 2012 uitwerken.

## **5.11 Wonen, zorg en welzijn**

De Wmo beperkt zich niet tot zorg en welzijn. Het bevorderen dat Heemstedse inwoners zonder en met beperkingen zelfstandig kunnen blijven wonen en kunnen meedoen aan de samenleving is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het sociale én het fysieke domein.

Zowel de woningmarkt als de zorgaanbieders werken op regionale schaal. Mede op verzoek van de corporaties en zorgaanbieders willen de gemeenten van Zuid-Kennemerland - naast hun lokale inspanningen - investeren naar een regionale aanpak. In samenwerking met corporaties en zorginstellingen zijn de regiogemeenten van Zuid-Kennemerland een onderzoek gestart naar de ruimtelijke spreiding van woonvoorzieningen (zowel zelfstandig als intramuraal) en de daarbij benodigde zorginfrastructuur op basis van vraagsturing. Dit dient te leiden als tot een regionale gezamenlijke opgave voor de middellange termijn.

### **5.11.1 Woonservicegebieden**

Al geruime tijd is er in Nederland veel aandacht voor de ontwikkeling van woonservicegebieden: gebieden met een afgestemd pakket van voorzieningen in de sfeer van welzijn, zorg en aanpassingen in en aan woning en woonomgeving. Met als doel dat ouderen en mensen met een beperking zo lang mogelijk zelfstandig in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen. Deze ontwikkeling vloeit voort uit de wens van veel ouderen en mensen met een beperking om zo lang mogelijk in hun eigen huis of buurt te blijven wonen met het behoud van sociale netwerken. De ontwikkeling van woonservicegebieden hangt natuurlijk ook samen met de vergrijzing en de daarmee gemoeide kosten.

Idealiter ziet een woonservicegebied er als volgt uit:

- Er zijn voldoende levensloopbestendige en aangepaste woningen voor mensen met een beperking en ouderen.
- Er is een kwalitatief goed aanbod op het gebied van informatie, ontmoeting (activiteiten om ontmoeting tussen bewoners te bevorderen), dagactiviteiten, gezondheidsbevordering, eerste lijns-gezondheidsdiensten en praktische en huishoudelijke diensten.
- Er is een samenhangende en volledige zorgketen, waardoor cliënten 24 uur per dag de benodigde zorg kunnen ontvangen. Ook zijn er kleinschalige woonvormen binnen het gebied voor inwoners met behoefte aan zorg én toezicht. Alleen bij tijdelijke en zeer complexe zorgvragen is opname in een zorgvoorziening buiten het woongebied nodig.
- Er zijn voldoende voorzieningen beschikbaar (zoals de huisarts, fysiotherapeut, winkels, banken/pinautomaat).
- De bereikbaarheid en toegankelijkheid zijn goed: er zijn veilige wandelroutes, met goede verlichting, goede trottoirs en bankjes.

Via in een woonservicegebied aanwezige voorzieningen kan een aanbod op maat worden samengesteld dat goed aansluit bij de behoeften van cliënten en de eventuele mantelzorgers en/of vrijwilligers. En gericht is op de zelfredzaamheid. Natuurlijk houden we oog voor de keerzijde van langer thuiswonen: het is niet voor iedereen een doel op zichzelf. Op een gegeven moment kan ook plaatsing in een verzorgings- of verpleeghuis nodig zijn omdat zelfstandig functioneren geen optie meer is.

Om een woonservicegebied te realiseren is samenwerking van de verschillende betrokken partijen (met name gemeente, zorgaanbieders, corporaties) een vereiste. Dit is noodzakelijk om, vanuit verschillende financieringsstromen, een volledig voorzieningenpakket aan te kunnen bieden.

### **Haalbaarheidsonderzoek woonservicegebied**

Een van de deelprojecten waarvoor de regiogemeenten in het kader van de Regionaal Sociale Agenda Zuid-Kennemerland een subsidie aan de provincie hebben verzocht betreft een pilot gericht op woonservicegebieden. In het kader van de pilot wordt een haalbaarheidsonderzoek

uitgevoerd (leidend tot een plan van aanpak) in Haarlem én in Heemstede. Aan de hand van de resultaten zal een besluit kunnen worden genomen over het mogelijk realiseren van een woonservicegebied en de wijze van invulling hiervan (inclusief de keuze voor een bepaalde wijk/een bepaald gebied). De aangevraagde subsidie is gericht op bekostiging van het haalbaarheidsonderzoek (ad € 50.000) en op de mogelijke daadwerkelijke uitwerking in de periode 2013-2015 (ad € 108.000).

Bij de mogelijke uitwerking van een woonservicegebied in Heemstede zullen we een verbinding leggen met de het gestelde in de (concept)nota op het gebied van duurzaamheid.

**Vorstel:**

We gaan in Heemstede met de inzet van provinciale middelen een haalbaarheidsonderzoek uitvoeren naar de mogelijkheid van het realiseren van een woonservicegebied.

**5.11.2 Woonwensenonderzoek 60-70 jarigen**

Vooruitlopend op het haalbaarheidsonderzoek hebben we in het eerste kwartaal van 2012 - in nauwe samenwerking met de Stichting Welzijn Ouderen Heemstede en de ouderenbonden - een enquête verspreid onder de Heemstedse inwoners in de leeftijdscategorie 60 tot 70 jaar. De enquête was onder ander gericht op het verkrijgen van inzicht in de (waardering van de) huidige woonomstandigheden, de hulp- en dienstverlening waar op dit moment gebruik van wordt gemaakt, de naar verwachting benodigde woningaanpassingen in de ( nabije) toekomst en de mogelijke verhuisplannen. Ook is gevraagd welke voorzieningen in de buurt van belang worden geacht.

Maar liefst 1.500 formulieren zijn ingevuld geretourneerd. Dit is een respons van 92%. De resultaten - zowel voor Heemstede als geheel als per wijk - treft u aan in de notitie "Resultaten woonwensenonderzoek Heemstedse inwoners 60-70 jaar". In het onderstaande geven we een beknopte samenvatting van de resultaten.

**Samenvatting onderzoeksresultaten**

Circa 75% van de doelgroep bewoont een eigen woning, 25% een huurwoning. De meeste Heemstedenaren uit de doelgroep bewonen een eengezinswoning (72%). Het aantal eenpersoonshuishoudens dat heeft gereageerd is 394 (26%).

*Verwachte aanpassingen*

Ruim een kwart van de geënquêteerden - 404 huishoudens - is van mening dat de woning gelet op het ouder worden zal dienen te worden aangepast. Meeste prioriteit wordt hierbij gegeven aan het aanbrengen van trapliften, 24-uurs alarmering en het rolstoelgeschikt maken van de woning.

*Voorzieningen*

Ruim 20% van de respondenten geeft aan bepaalde voorzieningen in de wijk te missen. De 3 voorzieningen die hierbij het meest worden genoemd zijn (in volgorde van belangrijkheid): postkantoor of bank (pinautomaat), winkels/supermarkt en (goed) openbaar vervoer.

*Zorg- en dienstverlening*

Van de geënquêteerden maakt 14% (ruim 200 respondenten) gebruik van Hulp bij het huishouden via de Wmo. Ruim 1% ontvangt op dit moment thuiszorg verzorging/verpleging. Circa 8% van het aantal mensen maakt gebruik van ondersteuning bij het onderhoud van de tuin; 6% heeft ondersteuning bij klein onderhoud aan de woning.

Bijna 15% verwacht binnen 2 jaar (meer) hulp nodig te hebben. Hierbij wordt met name huishoudelijk hulp (90%), klein onderhoud aan de woning (77%) en tuinonderhoud (61%) genoemd. De verwachte hulpvraag zien we met name bij de groep 65-plussers.

### *Duurzaamheid*

Ruim 75% van de doelgroep geeft aan dat de woning is geïsoleerd (circa 75% hiervan betreft een eigen woning). Aanvullend geeft 5% aan dat sprake van een gedeeltelijke isolatie. Ruim 5% van de respondenten is van plan de woning te gaan isoleren.

### *Verhuisplannen*

Bijna 15% van de respondenten (221 huishoudens) verwacht binnen 5 jaar te verhuizen; ruim 5% van de doelgroep (76 huishoudens) verwacht binnen 2 jaar te verhuizen. De redenen om te verhuizen zijn in volgorde van belangrijkheid: het huis is te groot, het onderhoud van het huis en/of de tuin is te bezwaarlijk, de woonlasten zijn te hoog. Het overgrote deel van de geënquêteerden is overigens tevreden met de huidige woning (96%).

De respondenten die binnen 5 jaar willen verhuizen, bewonen nu in circa driekwart van de gevallen een eigen woning; 23% bewoont een huurwoning. De mensen die nu een huurwoning bewonen willen in 80% van de gevallen ook verhuizen naar een huurwoning. Bij de (huidige) eigenaren van een eigen huis wil 35% opnieuw een koopwoning bewonen; ruim een kwart wil een huurwoning; de rest heeft geen voorkeur.

### *Waar wil men naar toe?*

In 68% van de gevallen is het de wens om na de verhuizing in Heemstede te blijven wonen. 23% van de respondenten wil elders in Zuid-Kennemerland wonen. 9% wil buiten Zuid-Kennemerland gaan wonen.

### *Gewenste toekomstige woning*

In circa de helft van de gevallen geven de respondenten aan te willen verhuizen naar een seniorenappartement of een seniorenwoning. Van belang in de toekomstige woning is: gelijkvloers, goede verwarming en 24-uurs alarmering. Van belang in de nabije omgeving van de toekomstige woning zijn volgens de respondenten: winkels (door meer dan 60% van de respondenten genoemd), een bushalte/goed openbaar vervoer, huisarts/medische zorg.

De toekomstige woning dient volgens ruim 94% van de doelgroep 3 kamers of meer te hebben. Op de vraag waar de toekomstige woning idealiter zou zijn gesitueerd komt wijk 7 (Centrum) als favoriet naar voren. De vraag of men geïnteresseerd is in groepswonen is door 9% van de respondenten positief beantwoord. 2% van de respondenten die deze vraag positief heeft beantwoord, verwacht binnen 5 jaar te verhuizen. Circa de helft hiervan bestaat uit eenpersoonshuishoudens.

We zullen de resultaten van het woonwensenonderzoek betrekken bij het te houden haalbaarheidsonderzoek naar het realiseren van een woonservicegebied in Heemstede.

De Stichting WOH zal de resultaten van het woonwensenonderzoek betrekken bij het vormgeven van nieuw dienstverleningsaanbod. Zo zal er wekelijks voor senioren vervoer naar supermarkten worden verzorgd, waarbij men door vrijwilligers wordt geholpen met het boodschappen doen. Natuurlijk bieden supermarkten mogelijkheden om de boodschappen thuis te laten bezorgen, maar het zelf doen van boodschappen wordt gezien als een activiteit die in grote mate de zelfstandigheid van ouderen bepaalt, met name doordat er sprake is van een activiteit die buitenshuis plaatsvindt (beweging en sociaal contact). Ook zal vervoer voor senioren worden aangeboden naar pinautomaten, om zo het veiligheidsgevoel van ouderen bij het pinnen te vergroten.

## HOOFDSTUK 6

## CURATIEVE VOORZIENINGEN

### 6.1 Inleiding

Voor sommige burgers zijn de algemene preventieve voorzieningen niet voldoende om mee te kunnen doen. Zij hebben extra ondersteuning nodig, omdat ze anders maatschappelijk of

#### Resultaten Stichting Kontext 2011

- 237 trajecten algemeen maatschappelijk werk
- 73 hulpverleningen sociaal raadslieden werk
- 10 trajecten Formulierenbrigade
- Cursussen:
  - In de put, uit de put (depressies)
  - Assertiviteitstraining
  - Groep voor mishandelde vrouwen
  - Ruimte voor rouw
  - Jonge moedergroep

sociaal buiten de maatschappij komen te staan. Bijvoorbeeld als gevolg van fysieke, psychische, sociale of financiële oorzaken. Voor hen zijn extra, curatieve voorzieningen en activiteiten vereist, zodat ook zij kunnen meedoen in de maatschappij. Hieronder vallen bijvoorbeeld de activiteiten van de Stichting Kontext (het algemeen maatschappelijk werk), Stichting 't Web (belangenbehartiging gehandicapten), de Baan (vrijtijdsbesteding voor gehandicapten), Stichting Paardrijden Gehandicapten, maar ook de activiteiten voor gehandicapten van sportverenigingen.

#### Subsidies Wmo (voorheen AWBZ) in 2012:

- Tandem (€ 22.500)
- Platform Belangenbehartiging Mantelzorgers (€ 1.000)
- Stichting Thuiszorg Gehandicapten (€ 8.000)
- Stichting Onbekende Kwaliteiten (€ 15.000)
- Draagnet (€ 32.500)

#### Voorstel:

We continueren de curatieve structurele voorzieningen uit het vorige beleidsplan voor zover we geen voorstel tot wijziging of beëindiging doen.

### 6.2 Jeugd

In 2010 is de nota Jeugd en Onderwijs vastgesteld waarin we uitvoerig ingegaan op het Jeugdbeleid

in samenhang met andere beleidsterreinen waar onder het onderwijs. De beleidvoorstellen uit deze nota worden nu uitgevoerd.

Jeugd maakt ook onderdeel uit van de Wmo. Gelet op de recente vaststelling van de specifieke nota en de actualiteit van de daarin gemaakte beleidskeuzes, gaan we nu vooral in op de doorontwikkeling van het Centrum Jeugd en Gezin (CJG) en de gevolgen van de komende transitie van de Jeugdzorg voor ons beleid.

#### 6.2.1 Centrum Jeugd en Gezin

Het CJG Heemstede is op maart 2010 geopend. In het CJG komt alle kennis over opvoeden en opgroeien samen. Het CJG is er voor ouders, jongeren én professionals met vragen over opvoeden en opgroeien. Voorkomen is immers beter dan genezen. In het CJG wordt in de frontoffice samengewerkt met het maatschappelijk werk, de jeugdgezondheidszorg, Streetcornerwork en Stichting MEE. De gemeente faciliteert de samenwerking via de aanstelling van de CJG-coördinator en de financiering van het CJG (met name de deelname van de participanten en de huur van de locatie).

Tabel huidige samenstelling Centrum Jeugd en Gezin

	Uren
Coördinator/coördinatie	24
Kontext	8
MEE	4
Streetcornerwork	4
Jeugdgezondheidszorg Kennemerland	8
GGD, sector Jeugdgezondheidszorg	8

Daarnaast heeft het CJG intensieve contacten met andere instellingen, zoals Jeugdriagg, Brijder Stichting, Bureau Jeugdzorg, Bureau HALT, Stichting Casca en OOK Pedagogische

expertisegroep. De samenwerking met het onderwijs hebben we vorm gegeven via de Zorgadviesteams (ZAT's) voor het basis- en voortgezet onderwijs.

### **Versterken Centrum Jeugd en Gezin: doorontwikkeling**

Sinds de opening van het CJG is veel aandacht besteed aan de deskundigheidsbevordering van en het op uniforme wijze werken binnen het team. De rol van het CJG zal de komende jaren veranderen, onder andere als gevolg van de transitie van de Jeugdzorg per 1 januari 2015. Vooruitlopend op deze veranderende rol, is samen met de gemeenten in Zuid-Kennemerland een proces gestart gericht op doorontwikkeling van de CJG's/de CJG-teams. Voor het CJG

Heemstede betekent dit dat met de al participerende instellingen gestreefd wordt naar een (meer) outreachende werkwijze uitgaande van één gezin, één plan en de inzet van CJG-coaches die kennis hebben op verschillende deelgebieden (opgroeien, gezondheid, opvoeden, onderwijs, vrije tijd, wonen, werken, inkomen, veiligheid en relaties).

We streven ernaar dat de CJG-coaches zoveel mogelijk zelf hulp verlenen, zodat jongeren en ouders zo min mogelijk worden doorverwezen. Uiteraard wordt als het nodig is specialistische hulp ingeroepen, maar ook dan blijft de CJG-coach contact houden met het gezin/de jongere. Om deze ontwikkeling mogelijk te maken willen we dat elke CJG-coach minimaal 10 uur in het CJG

#### **Resultaten CJG**

- Ruim 150 klantdossiers op jaarbasis behandeld
- 10-15 themabijeenkomsten op jaarbasis georganiseerd
- ZAT's voor het primair en voortgezet onderwijs ondersteund en gefaciliteerd
- Eigen website opgezet
- Deskundigheidsbevordering team vorm gegeven
- Nieuw opvoedaanbod ontwikkeld
- Samenwerking met derden geïntensiveerd
- PR vorm gegeven: o.a. free- cards, publicaties, folders, bezoeken instellingen

werkzaam is. Hierdoor wordt de betrokkenheid bij het CJG vergroot en heeft de medewerker ook tijd en ruimte om jongeren/gezinnen te begeleiden. Daarnaast is er dan ook meer tijd voor het organiseren van themabijeenkomsten en het opbouwen van een goede relatie met instellingen zoals scholen, kinderopvang, sportclubs.

Wij zullen ervoor zorgen dat alle CJG-coaches geschoold worden, zodat ze in staat zijn om aan het nieuwe profiel en takenpakket te voldoen. Hierbij trekken we regionaal op.

De CJG-coach zal ook de contactpersoon voor een of meerdere scholen worden. Dit betekent dat hij regelmatig bij de scholen langs gaat en een vertrouwd gezicht wordt op de school. Als er vragen of problemen zijn kan de school via deze korte lijn de hulp van de CJG-coach inroepen. De CJG-coach beoordeelt vervolgens of er nog hulpverleners van andere disciplines ingeschakeld moeten worden. Door deze werkwijze zal de behoefte aan een multidisciplinair overleg op de scholen (de Zorg- en adviesteams) verminderen of zelfs geheel verdwijnen. Omdat de werkwijze van de CJG-coach flexibeler is en ook persoonlijker dan de inzet via de ZAT's - overleg zal *met* de ouders en de jongere plaatsvinden - zullen we de beschikbare middelen voor de ZAT's inzetten voor de nieuwe werkwijze van de CJG-coaches.

Ter ondersteuning van de doorontwikkeling van de CJG's is samen met de andere gemeenten in de regio Zuid-Kennemerland een aantal projecten gestart. Financiering van deze projecten vindt voornamelijk plaats vanuit subsidiegelden die we hiervoor van de provincie ontvangen. Deze projecten treft u in onderstaand schema aan. Voor nadere, inhoudelijke informatie over de projecten verwijzen we naar de nota Jeugd en Onderwijs.



Tabel: Projecten Jeugd in regionale samenwerking

	Onderwerp	Trekkende gemeente <sup>4</sup>	Looptijd	Besluitvorming <sup>5</sup>
1.	Pilot Passend Onderwijs/Jeugdzorg	Haarlem i.s.m. Zandvoort	Einde: 1-9-2013	Afstemming in portefeuillehoudersoverleg
2.	Registratiesysteem CJG	Zandvoort i.s.m. Haarlem	Einde: 1-7-2013	Subsidiëring: College B&W Heemstede
3.	Bemoeizorg Jeugd	Heemstede	Einde: 1-11-2012	Subsidiëring: College B&W Heemstede
4.	Nazorg Jeugdzorg (voorbereiding afspraken indicatiestelling)	Heemstede/Bloemendaal i.s.m. Haarlem	Einde: 1-7-2013	Subsidiëring: College B&W Heemstede
5.	Versterken CJG: CJG-coaches	Haarlem i.s.m. Zandvoort	Einde: 1-9-2013	Afstemming in portefeuillehoudersoverleg
6.	Opvoedingsondersteuning: Eigen kracht en Wrap around care	Haarlem i.s.m. Zandvoort	Einde: 1-1-2013	Subsidiëring: College B&W Heemstede <sup>1</sup>

### 6.2.2 Jeugdzorg

De gemeenten worden met de decentralisatie Jeugdzorg verantwoordelijk voor de toegang, de financiering en het aanbod van álle jeugdzorg voor kinderen, jongeren en hun opvoeders. Dit aanbod bestaat uit de volgende vormen van jeugdzorg:

- a. provinciale jeugdhulpverlening
- b. geestelijke gezondheidszorg voor jeugd (jeugd-GGZ)
- c. zorg voor jeugd met een licht verstandelijke beperking (jeugd LVB)
- d. jeugdbescherming
- e. jeugdreclassering
- f. gesloten jeugdzorg (Jeugdzorg Plus)

De provinciale jeugdhulpverlening, de jeugd GGZ en de jeugd LVB (a t/m c) zijn vormen van vrijwillige jeugdzorg. In dat geval vragen ouders zelf een verwijzing (een indicatie, veelal via Bureau Jeugdzorg) voor ondersteuning of werkt het gezin mee na een melding door iemand anders. De overige maatregelen (d t/m f) maken onderdeel uit van de gedwongen jeugdzorg. Gedwongen jeugdzorg vindt plaats na uitspraak van een kinderrechter.

Door het rijk is tevens besloten om de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK's) onderdeel te maken van de decentralisatie. De AMK's zijn op dit moment onderdeel van de Bureaus Jeugdzorg. Ook de verantwoordelijkheid voor de Kindertelefoon, op dit moment vallend onder de verantwoordelijkheid van de Bureaus Jeugdzorg, gaat naar gemeenten. Voor de implementatie van de nieuwe taken in 2012 t/m 2014 ontvangen gemeenten in 2012 en 2013 een budget. In 2012 bedroeg dit voor Heemstede € 19.778.

De gemeenten in Zuid-Kennemerland bereiden zich voor op de decentralisatie van de jeugdzorg per 1 januari 2015. Voor nadere informatie verwijzen we naar de "Startnotitie met plan van aanpak jeugdzorg" die in februari 2012 is vastgesteld.

### 6.2.3 Werk- en leertrajecten

Incidenteel doet zich de situatie voor dat een leerplichtige jongere (16 tot 18 jaar) het reguliere onderwijs niet aan kan of dreigt uit te vallen door welke omstandigheid dan ook. In enkele situaties is een Werk- en leertraject dan een laatste kans voor een jongere om het leven weer op de rails te krijgen. Deze trajecten worden in onze regio aangeboden door Perspectief, een

<sup>4</sup> Aangegeven is welke gemeente het project trekt. Deze gemeente bereidt voor in samenwerking met een tweede gemeente. Afstemming vindt plaats in het regionaal ambtelijk overleg jeugd. Heemstede verzorgt het voorzitterschap voor dit overleg.

<sup>5</sup> Voorafgaand aan de besluitvorming vindt afstemming plaats in het Portefeuillehoudersoverleg Wmo, jeugd etc. Het gaat hier om subsidiëring vanuit gelden die de gemeente Heemstede als budgethoudende gemeenten voor de regio Zuid-Kennemerland bij de Provincie Noord-Holland heeft ontvangen en dient te verantwoorden.

samenwerkingsverband tussen Dunamare Onderwijsgroep, ROC-Nova college, Paswerk, Bureau Jeugdzorg en de gemeente Haarlem. De jongere leert in een kleine groep, met een vastomlijnd werk- en leerprogramma onder leiding van professionele leermeesters een vak. Tijdens het traject werkt de jongere bij restaurant De Ripper of De Kloosterkeuken, Bouwbedrijf De Adriaan (bouwbedrijf) of scheepswerf De Chinook. Vanuit de structuur en de veiligheid die het traject biedt, is de jongere veelal in staat om de laatste kans ook daadwerkelijk te pakken en krijgt hij uiteindelijk zijn leven weer op orde.

Jaarlijks maken 3 tot 4 Heemstedse jongeren, veelal met succes, gebruik van de Werk- en leertrajecten van Perspectief. Dit traject wordt uitsluitend ingezet nadat de leerplichtambtenaar op basis van onderzoek en gesprekken met de jongere en zijn ouders tot de conclusie is gekomen dat er geen andere (reguliere) mogelijkheid is.

De kosten van circa € 6.500 per traject komen nu nog ten laste van het werkdeel van de Wet werk en bijstand. Gelet op de halvering van het reïntegratiedeel van het participatiebudget per 2012, biedt dit budget geen dekking meer voor deze kosten.

Wij vinden het belangrijk dat de mogelijkheid vooralsnog behouden blijft om incidenteel ten behoeve van een jongere een Werk- en leertraject in te zetten. Gelet op het feit dat het traject de jongere aanspreekt op zijn eigen kracht waardoor hij uiteindelijk zelfstandig kan participeren in de maatschappij, zijn we voornemens de kosten hiervan ten laste van het Wmo-budget te brengen. Uitgaande van 4 jongeren per jaar, begroten we de kosten op maximaal € 26.000 per jaar.

Op basis van de resultaten in 2013 en 2014 zullen we in het laatste kwartaal van 2014 een voorstel doen over de mogelijke voortzetting per 2015. Hierbij zullen we tevens de vraag betrekken of - en zo ja in hoeverre - deze projecten inhoudelijk en financieel verbonden kunnen worden aan onze (nieuwe) taken op het gebied van jeugdzorg.

#### **Voorstel:**

In voorkomende situaties blijven we Werk- en Leertrajecten inzetten. De hiervoor begrote kosten ad € 26.000 brengen we in 2013 en 2014 ten laste van het Wmo-budget. Op basis van een evaluatie doen we in de 2<sup>e</sup> helft van 2014 een voorstel over de mogelijke voortzetting per 1 januari 2015.

### **6.3 Loket Heemstede**

Het jaar 2012 is een belangrijk jaar voor het Loket Heemstede. Op 1 maart bestond het Loket Heemstede 10 jaar. We hebben hier, samen met de partners waar we mee samenwerken, kort bij stil gestaan. Bijna gelijktijdig ontvingen we via de Stichting Vraagwijzer Nederland de eerste prijs als 'beste loket van Nederland'. We zien dit als een waardering voor de werkwijze zoals die in de afgelopen 10 jaar in samenwerking met de partners is ontwikkeld. Deze werkwijze kenmerkt zich als volgt:

- Advisering op basis van een persoonlijk contact, onder andere via een huisbezoek.
- Een gesprek waarbij alle leefgebieden van de aanvrager in beeld komen.
- Beperkingen en mogelijkheden worden objectief bepaald.
- Advisering vindt plaats op basis van een individuele beoordeling van de gehele situatie, inclusief de belasting van een eventuele mantelzorger (maatwerk).

We hebben met deze werkwijze een belangrijke basis gelegd voor de nieuwe taken die naar verwachting naar de gemeente overkomen in het kader van de begeleiding en het kortdurend verblijf. Het is juist het loket waarin ook voor de nieuwe doelgroepen goed gekeken kan worden naar wat mogelijk is, of en hoe de inzet van de eigen kracht en het eigen netwerk verstevigd kan worden en waar de verbinding gelegd kan worden met het lokale voorzieningenaanbod.

Belangrijk is dat het Loket laagdrempelig is en blijft, ook voor de nieuwe doelgroepen. In dit kader zullen we het Loket verder promoten, onder andere door het laten maken en verspreiden van een film over het Loket. Hiervoor hebben we een bijdrage ontvangen van de Bavo Stichting.

### **Samenwerking in Loket Heemstede**

In het loket werken we samen met de Stichting Welzijn Ouderen Heemstede, Kontext, Tandem, Zorgbalans en de Intergemeentelijke Afdeling Sociale Zaken. De coördinatie is onder gebracht bij de afdeling Welzijnszaken. Hiervoor is een coördinator aangesteld in dienst van de gemeente.

*Tabel huidige samenstelling Loket Heemstede*

	<b>Uren per week</b>
Coördinator	28 <sup>6</sup>
Stichting Welzijn Ouderen Heemstede	41
Kontext	18
Tandem	11
Zorgbalans	15
IASZ	23

### **6.4 Toegang Wmo voorzieningen**

Het Loket speelt een grote rol bij de toegang tot de Wmo-voorzieningen. Naast het Loket is ook een belangrijke rol weggelegd voor de Intergemeentelijke afdeling Sociale Zaken. De IASZ vormt de back office voor de Wmo. Binnen de IASZ hebben we, evenals in het Loket, gekozen voor kwalitatief hooggeschoolde medewerkers.

De werkwijze die in het Loket wordt gehanteerd, sluit aan bij het VNG project “De Kanteling”. In een gesprek met de burger, al dan niet in de thuissituatie, wordt breed gesproken over de hulpvraag, de persoonlijke situatie en de mogelijke oplossingen voor het probleem. Doel is om de ondersteuningsvraag in beeld te brengen en samen met de aanvrager passende oplossingen te vinden, waarbij ook gekeken wordt naar de eigen kracht van de burger en zijn netwerk. Vanzelfsprekend kan, als dat voor een zorgvuldige beoordeling nodig is, advies worden ingewonnen bij een extern deskundige.

Sinds 2009 vormt het Loket tevens de toegang voor de ondersteunende begeleiding voor Heemstedse inwoners met een psychosociaal probleem. Dit betreft intensieve ondersteuning afgestemd op de individuele problematiek en gericht op het aanleren van vaardigheden om (weer) zelfstandig te kunnen functioneren. Met Zorgbalans is een overeenkomst gesloten voor het bieden van deze (tijdelijke) begeleiding. De afdeling Welzijnszaken is gemachtigd om, na beoordeling door de Loketmedewerker, deze begeleiding in te zetten.

Indien ondersteunende begeleiding vereist is voor gezinnen die met meerdere complexe problemen worden geconfronteerd, kan via de centrumgemeente Haarlem het project “10 voor Toekomst” worden ingezet. Dit is een project van het Leger des Heils waarbij ouders geholpen worden met de opvoeding van hun kinderen en met het krijgen van grip op hun financiën. Dit om met name huisuitzettingen te voorkomen. De gemeente Haarlem ontvangt voor deze inzet in de regio rijksmiddelen. Natuurlijk is hierbij een goede afstemming met het CJG en het Loket van belang.

We willen de toegang tot de verwachte nieuwe individuele Wmo-voorzieningen begeleiding en kortdurend verblijf eveneens bij het Loket neerleggen. Dit met uitzondering van begeleiding en

<sup>6</sup> De aanstelling van de coördinator van 18 uur is in verband met implementatietaken ten behoeve van de decentralisatie AWBZ tijdelijk (tot 2013) uitgebreid naar 28 uur.

het kortdurend verblijf voor de leeftijdscategorie 0 tot 18/23 jarigen. Voor deze groep willen we de aansluiting zoeken bij het Centrum Jeugd en Gezin.

We zijn ons er van bewust dat de doelgroep die gebruik maakt van extramurale begeleiding bestaat uit mensen met uiteenlopende problematiek. Om de ondersteuningsbehoefte van deze mensen goed te begrijpen en hen in de toekomst op de juiste wijze te kunnen begeleiden is een brede expertise nodig. Zodra er meer duidelijkheid is over de decentralisatie AWBZ gaan we inzetten op het vergroten van de expertise van de medewerkers in het Loket. Het gaat niet alleen om kennis(deling), maar ook om goed door kunnen vragen en moeilijk herkenbare signalen op te kunnen vangen.

De kennis die nog onvoldoende in het Loket aanwezig is betreft vooral mensen met een psychiatrische problematiek en mensen met een verstandelijke beperking. In het CJG is deze kennis al wel aanwezig door de samenwerking met MEE en het Jeugdriagg.

Samenvattend gaan we, in geval de decentralisatie doorgaat, voor de toegang tot de nieuwe voorzieningen aansluiten bij de werkwijze zoals die nu al in het Loket en het CJG is ontwikkeld. We gaan deze werkwijze verder ontwikkelen vanuit de volgende uitgangspunten:

- minder protocollen, meer lokaal en individueel maatwerk;
- minder beoordelen/indiceren, meer samen zoeken naar oplossingen;
- meer gebruik van algemeen toegankelijke voorzieningen;
- meer kijken naar wat iemand (en het netwerk) wel kan;
- de zorginzet beter laten meebewegen met de zorgbehoefte.

Daarnaast willen we onderzoeken of en zo ja voor welke cliënten de levering van begeleiding kan aanvangen met een melding door de zorgaanbieder. Onder de AWBZ is dit sinds 1 januari 2011 mogelijk voor personen van 80 jaar en ouder voor wie de zorgaanbieder de zorgvraag vaststelt.

**Voorstel:**

We gaan, in geval de decentralisatie begeleiding doorgaat, de toegang tot de nieuwe taken organiseren bij het Loket en - zo mogelijk - bij het CJG.

**Loket Heemstede en CJG**

De capaciteit in het Loket zal, in geval van decentralisatie van taken, afgestemd moeten worden op de nieuwe taken. Hiervoor willen we onderzoeken met welke nieuwe partijen we in dat geval samenwerkingsafspraken kunnen maken. In dit kader denken we in ieder geval aan MEE. Deze organisatie heeft veel kennis over mensen met een verstandelijke beperking. We willen de expertise van MEE zowel inzetten op het terrein van deskundigheidsbevordering (cursussen aan consulenten en loketmedewerkers) als op individueel cliëntniveau door participatie in het Loket. We gaan ook onderzoeken welke partij met kennis over mensen met een psychiatrische beperking het Loket kan versterken. De kosten van deze uitbreiding kunnen we ten laste brengen van de middelen die we voor de nieuwe taak krijgen.

Met betrekking tot het CJG zullen we nader onderzoeken of en zo ja op welke wijze de toegang voor de begeleiding voor wat betreft jongeren met psychiatrische problematiek vorm kan worden gegeven.

**Voorstel:**

Gelet op de mogelijke nieuwe taken op het gebied van begeleiding en kortdurend verblijf gaan we, afhankelijk van de nadere besluitvorming door het Rijk, een voorstel voorbereiden voor de samenwerking (partijen, uren en tarieven) in het Loket Heemstede.

## **6.5 Samenhang zorg en welzijn: dagbestedingsproject SHDH/WOH**

Sinds 1 juni 2010 verzorgt SHDH samen met de Stichting Welzijn Ouderen Heemstede (WOH) 3 dagen per week een dagbestedingsproject voor ouderen aan de Lieven de Keylaan. Aanleiding voor het starten van dit project was de zogenaamde pakketmaatregel in de AWBZ waarbij mensen met een psychosociaal probleem of een lichte beperking niet langer voor begeleiding onder de AWBZ in aanmerking kwamen.

De Stichting WOH stelt 3 dagen per week de ruimte beschikbaar, verzorgt het vervoer, de koffie/thee en maaltijden en int de eigen bijdragen van de bezoekers van het dagbestedingsproject. SHDH heeft de algehele organisatie, verzorgt de werving en begeleiding van vrijwilligers en levert een activiteitenbegeleider.

Met het project wordt beoogd vereenzaming te voorkomen door het aanbieden van groepsactiviteiten, het stimuleren van het aangaan van sociale contacten en het laten uitwisselen van tips die participatie bevorderen. De toegang voor deelname is zo laagdrempelig mogelijk vorm gegeven. Beoordeling of een burger in aanmerking komt voor deze voorziening vindt plaats in het Loket Heemstede; voor de beslissing is de afdeling Welzijnszaken gemachtigd.

Eind 2011 maakten in totaliteit 31 mensen gebruik van de dagbegeleiding. Het project wordt door de bezoekers zeer gewaardeerd en voorziet duidelijk in een behoefte. De bezoekers van de groep hebben nog een bepaalde zelfredzaamheid. Het activiteitenaanbod wordt afgestemd op de interesse van de bezoekers.

Naar verwachting zal ook de extramurale begeleiding die nu nog onder de AWBZ valt naar de gemeenten overgaan. In dat geval worden wij ook verantwoordelijk voor de begeleiding van inwoners die minder zelfredzaam zijn. We zien goede mogelijkheden om de ervaringen die we met dagbesteding onder de Wmo hebben opgedaan te gebruiken voor de invulling van de nieuwe taken die we mogelijk krijgen bij de begeleiding, onder andere de verbinding tussen lokale (welzijns-) instellingen en professionele zorginstellingen en de inzet van vrijwilligers hierbij. We willen nagaan op welke wijze we deze ervaringen kunnen gebruiken bij de nieuwe taak begeleiding en op welke wijze we de verbinding met het lokale welzijnswerk kunnen leggen. Of en op welk moment we dit gaan doen, is afhankelijk van de besluitvorming van het Rijk over de decentralisatie.

Voor de kosten van dit project is in de begroting 2012 een bedrag opgenomen van € 100.000<sup>7</sup>. Gelet op de werkelijke kosten, gaan we dit bedrag per 2013 terugbrengen naar € 85.000. En per 2015 naar € 70.000. We verwachten dat dit bedrag door de mogelijkheden van de verbinding met de mogelijke nieuwe taak op het vlak van de begeleiding van ouderen zal kunnen volstaan.

We merken op dat dit een goed voorbeeld is van een project waarbij sprake is van een verbinding tussen professionele en vrijwillige inzet bij de ondersteuning van kwetsbare burgers (zie hiervoor tevens paragraaf 5.3.6).

### **Voorstel:**

Na besluitvorming over de eventuele decentralisatie AWBZ gaan we na op welke wijze we onze ervaringen met de dagbesteding onder de Wmo kunnen gebruiken voor de invulling van de nieuwe taak begeleiding.

<sup>7</sup> Bij de overgang van deze taak van het rijk naar de gemeente werd oorspronkelijk uitgegaan van een bedrag van € 150.000 als onderdeel van het Wmo-budget.

## **6.6 Inzet Eigen kracht methodiek**

Vooraf ouderen zijn op enig moment bang om hun autonomie en regie te verliezen. Door het inzetten van de Eigen Kracht kunnen ouderen samen met het eigen netwerk zelf beslissen of en welke zorg nodig is. Eigen Kracht is een methodiek die ingezet kan worden om mensen te stimuleren zelf een oplossing voor hun probleem te bedenken, samen met hun netwerk. Op pagina 31 hebben we deze methodiek toegelicht.

In de paragraaf over Jeugd en de paragraaf over ondersteuning van mantelzorgers hebben we al aangegeven via projecten ervaring op te gaan doen met de inzet van de Eigen Kracht methodiek ten behoeve van jongeren en mantelzorgers. We zien ook goede mogelijkheden om een vergelijkbaar project uit te voeren specifiek gericht op ouderen.

We willen medewerkers van het Loket zodanig scholen dat zij in staat zijn te signaleren waar de Eigen kracht methode kan worden ingezet. Tevens willen we enkele medewerkers trainen, opdat zij in staat zijn een dergelijke ondersteuningstraject uit te voeren.

### **Voorstel:**

Inzet van de Eigen Kracht methodiek ten behoeve van ouderen per 2013. Hiervoor een incidenteel bedrag reserveren van € 12.500 in 2013 en € 7.500 in 2014.

## HOOFDSTUK 7 COLLECTIEVE EN INDIVIDUELE VOORZIENINGEN

### 7.1 Inleiding

De basis van ons beleid is: wat kunnen mensen zelfstandig oppakken en wat kan de omgeving doen? Dit geldt ook voor (zeer) kwetsbare groepen, in de wetenschap dat er bij deze groepen vaak sprake zal zijn van een combinatie van informele en formele steun. In veel gevallen zal nog steeds individuele ondersteuning nodig zijn, maar deze wordt pas in gezet als de andere opties volledig zijn benut.

Met behulp van collectieve en/of individuele ondersteuning kunnen mensen, die door beperkingen niet in staat zijn mee te doen, zodanig worden gecompenseerd dat ook zij in staat zijn hun huishouden te voeren, zich kunnen verplaatsen en anderen kunnen ontmoeten.

De gemeente verstrekt de volgende voorzieningen: Hulp bij het huishouden, woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen. Het beleid is gebaseerd op: de Verordening maatschappelijke ondersteuning gemeente Heemstede en het Besluit maatschappelijke ondersteuning gemeente Heemstede.

De gemeente was vóór 1 januari 2007 al verantwoordelijk voor het verstrekken van rolstoelen, woon- en vervoersvoorzieningen. De Hulp bij het huishouden is door de invoering van de Wmo per 1 januari 2007 een gemeentelijke verantwoordelijkheid geworden. Per 1 januari 2013 wordt hier de begeleiding en het kortdurend verblijf nog aan toegevoegd.

De uitvoering van deze taken vindt plaats door medewerkers van het Loket Heemstede en de Intergemeentelijke Afdeling Sociale Zaken. Het Loket Heemstede vormt de toegang tot de collectieve en individuele Wmo-voorzieningen en draagt zorg voor indicatieadviesing bij aanvragen voor huishoudelijke hulp. Besluitvorming over de aanvragen voor individuele Wmo-voorzieningen en de administratieve afhandeling vindt plaats door de Intergemeentelijke Afdeling Sociale Zaken (IASZ).

In de IASZ werken we samen met de gemeenten Bloemendaal en Haarlemmerliede en Spaarnwoude. Voor zover we beleidswijzigingen voorstellen ten aanzien van de verstrekking van voorzieningen zal afstemming plaats vinden met de gemeenten waar we mee samenwerken.

#### **Voorstel:**

We continueren de collectieve en individuele voorzieningen uit het vorige beleidsplan voor zover we geen voorstel tot wijziging of beëindiging doen.

#### **7.1.1 Klanttevredenheid**

Om inzicht te krijgen in de mate van tevredenheid onder de aanvragers van collectieve en individuele Wmo-voorzieningen wordt jaarlijks een klanttevredenheidsonderzoek gehouden. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door het SGBO (tot 1 januari 2008 het onderzoeksbureau van de VNG). De onderzoeksresultaten geven inzicht in de mate waarin aanvragers tevreden zijn over het proces van aanvraagbehandeling, de keuzemogelijkheden tussen aanbieders, de organisatie en de medewerker die de Hulp bij het huishouden levert, de verstrekte voorziening en het gebruik van het collectief vervoer.

Het onderzoek wordt gehouden onder aanvragers en gebruikers van individuele Wmo-voorzieningen (Hulp bij het huishouden, rolstoelen, vervoers- en woonvoorzieningen). Doordat het onderzoek zich richt op aanvragers, worden ook personen betrokken die een afwijzing op de aanvraag hebben gekregen. Uit alle aanvragen wordt jaarlijks steekproefsgewijs een groep geselecteerd. Aan deze groep wordt een reeks vragen voorgelegd met betrekking tot de toegang tot ondersteuning en met betrekking tot de Hulp bij het huishouden en de hulpmiddelen.

Tabel: resultaten onderzoek klanttevredenheid

	2009 Heemstede	2010 Heemstede	2010 Landelijk	2011 Heemstede	2011 Landelijk
Aanvraagprocedure	7,8	7,9	7,3	7,8	7,4
Hulp bij het huishouden	7,6	7,6	7,8	7,5	7,8
Wmo- hulpmiddelen	7,5	7,4	7,4	7,8	7,5
Collectief vervoer:	7,0				
- < 65 jaar		6,9	6,6	7,0	6,7
- > 65 jaar e.o.		6,9	7,0	7,3	7,1

De resultaten van de in de afgelopen jaren gehouden klanttevredenheidsonderzoeken geven een positief beeld. Dit komen in grote lijnen overeen met de landelijke scores.

## 7.2 De Kanteling: een nieuwe verordening

‘De Kanteling’ is een project van de VNG waarin gemeenten gestimuleerd worden om de het compensatiebeginsel uit de Wmo op een nieuwe wijze vorm te geven, zodat mensen met een beperking betere kansen hebben om volwaardig mee te doen aan de samenleving. Dit betekent meer tijd voor een eerste vraagverhelderend gesprek met de klant. In dat gesprek worden alle mogelijkheden verkend om een hulpvraag op te lossen waarbij het behoud van de regie over het eigen leven en zelfredzaamheid voorop staan. Samen met de burger wordt vastgesteld wat het resultaat van de ondersteuning moet zijn en welke oplossingen daaraan bijdragen (zie tevens paragraaf 6.4).

Zowel in het Loket Heemstede als bij de Intergemeentelijke Afdeling Sociale Zaken (IASZ) wordt al zoveel mogelijk gewerkt volgens deze methode. We zien mogelijkheden om deze werkwijze te optimaliseren. Hiervoor zullen we nog meer samen met de mensen nagaan welk ondersteuningsarrangement er in de individuele situatie toe bijdraagt dat zij meer en beter kunnen participeren. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is dat de Verordening maatschappelijke ondersteuning ook volgens het principe van ‘De Kanteling’ is ingericht.

### Voorstel:

We gaan een voorstel voorbereiden tot wijziging van de Wmo-verordening per 1 januari 2013 zodat deze aansluit bij ‘de Kanteling’.

## 7.3 Rolstoelen

Voor de levering van met name rolstoelen zijn we samen met gemeenten in Zuid-Kennemerland per 1 januari 2011 een overeenkomst aangegaan met JenS. De gemeente huurt de voorzieningen van de leverancier, die de voorziening vervolgens in bruikleen geeft aan de klant. De overeenkomst is aangegaan voor een periode van 2 jaar met tweemaal de mogelijkheid om deze met een jaar te verlengen. Op dit moment zijn we tevreden over de uitvoering. In juni 2012 is besloten de overeenkomst met JenS per 1 januari 2013 met één jaar te verlengen.

Tabel rolstoelen, aantal en kosten

Jaar	Aantal	Bedrag
2008	300	656.000
2009	301	573.000
2010	291	557.000
2011	285	475.000

## 7.4 Vervoersvoorzieningen

Een vervoersvoorziening wordt bij voorkeur verstrekt in de vorm van een collectieve voorziening: het gebruik van het collectief vervoer. Naast deze voorziening kennen we ook individuele voorzieningen, voor die situaties waarin de collectieve voorziening onvoldoende compensatie biedt.



## Collectief vervoer

Voor het collectief vervoer is de provincie Noord-Holland na een aanbestedingsprocedure per 1 januari 2011 een overeenkomst aangegaan met de BIOS-groep. De overeenkomst is aangegaan voor een periode van 4 jaar (1 januari 2011 tot en met 31 december 2014) met tweemaal de mogelijkheid om deze met één jaar te verlengen. We zijn tevreden over de wijze waarop het vervoer onder de huidige overeenkomst wordt uitgevoerd.

We constateren dat er in 2011 ten opzichte van 2010 minder ritten maar meer zones zijn gereden. De gebruiker betaalt per zone een bedrag dat gelijk is aan het gereduceerde tarief in het Openbaar Vervoer.

We zien voor de gemeente een grote kostenstijging. Deze is vooral een gevolg van hogere kosten in het vervoer (brandstofprijzen, loonkostenstijging) hetgeen past binnen de landelijke trend. Ook zien we dat de wijze van kostenberekening is veranderd. Per rit wordt conform de overeenkomst een zogenaamde opstapzone in rekening gebracht. Hierdoor zijn korte ritten relatief duurder dan langere ritten. Tenslotte constateren we een toename van het gebruik van het collectief vervoer door bewoners van AWBZ instellingen. In paragraaf 7.4.1 gaan we hier nader op in.

Tabel: collectief vervoer gebruik en kosten

	2008	2009	2010	2011
Ritten	32.727	32.151	39.240	36.842
Zones	75.956	75.066	88.856	91.407
Gemiddeld zones per rit	2,13	2,33	2,23	2,48
Betaalde zones	75.956	75.066	88.856	128.249
Totale kosten	<b>483.000</b>	<b>500.000</b>	<b>578.000</b>	<b>760.000</b>

De uitgaven laten in 2012 een verdere kostenstijging zien. Op basis hiervan verwachten we een stijging naar € 980.000 in 2012.

## Individueel vervoer

De individuele vervoersvoorzieningen worden verstrekt in de vorm van een financiële tegemoetkoming in de vervoerskosten, of het in bruikleen verstrekken van een scootmobiel. Deze voorzieningen worden verstrekt in situaties waarin het collectief vervoer geen of onvoldoende compensatie biedt.

Tabel: kosten individuele vervoersvoorzieningen

Jaar	Bedrag
2008	139.000
2009	129.000
2010	163.000
2011	161.000

### 7.4.1 Bewoners van AWBZ-instellingen

Bewoners van AWBZ-instellingen kunnen voor hun zelfstandige vervoersbehoefte, evenals de andere inwoners van de gemeente, een beroep doen op de Wmo. De vervoersvoorziening wordt, afhankelijk van de individuele situatie, verstrekt in de vorm van gebruik van het collectief vervoer of in de vorm van een financiële tegemoetkoming.

De uitgaven voor het collectief vervoer voor bewoners van de in Heemstede gevestigde AWBZ-instellingen bedragen circa € 225.000 per jaar. Indien de bewoner geen gebruik kan maken van het collectief vervoer, maar wel een zelfstandige vervoersbehoefte heeft - vooral voor het onderhouden van sociale contacten met familie - wordt een financiële tegemoetkoming verstrekt. Deze uitgaven bedragen circa € 75.000 per jaar.

In totaliteit bedragen de uitgaven voor het vervoer van de AWBZ-bewoners € 300.000 per jaar. Via het Wmo-budget wordt hiervoor circa € 200.000 per jaar ontvangen.

De stijging van de uitgaven voor het collectief vervoer vormde aanleiding voor het doen van onderzoek naar het gebruik van dit vervoer. Hieruit is gebleken dat deze stijging onder meer een gevolg is van het toegenomen gebruik van het collectief vervoer door bewoners van AWBZ-instellingen; in het bijzonder de bewoners van SEIN (Stichting Epilepsie Instellingen Nederland). SEIN biedt op de locatie in de Cruquius vanuit de AWBZ (recreatieve) activiteiten en/of voorzieningen aan, ook bedoeld voor de bewoners van de vestiging in Heemstede. De kosten van het hiermee samenhangende vervoer bedragen voor de gemeente circa € 90.000.

#### *Verantwoordelijkheidsverdeling*

Bij verblijf in een AWBZ-instelling komen een aantal voorzieningen, die normaal voor eigen rekening zijn, ten laste van de instelling. Zo wordt tot het verblijf in een AWBZ-instelling ook enige mate van recreatie gerekend. Op welke wijze dit wordt ingevuld, hangt af van de zelfredzaamheid van de bewoner en de mate waarin deze kan deelnemen aan recreatieve en sociaal-culturele activiteiten<sup>8</sup>. In de AWBZ is niet expliciet geregeld dat de instelling ook verantwoordelijk is voor het vervoer van/naar deze activiteiten.

Gemeenten zijn op grond van de Wmo verantwoordelijk voor het verstrekken van vervoersvoorzieningen gericht op het compenseren van beperkingen op het gebied van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. Het vervoer van een bewoner van een AWBZ-instelling naar en van door de instelling aangeboden activiteiten en/of voorzieningen kan hier niet toe gerekend worden.

Hiermee sluiten we aan bij de situatie zoals deze onder de Wet voorzieningen gehandicapten, voorafgaande aan de Wmo, is vastgelegd in de 'Regeling sociaal vervoer AWBZ-instellingen'. In deze regeling was bepaald dat de AWBZ-instelling verantwoordelijk was voor het vervoer naar en van door de instelling georganiseerde recreatieve activiteiten en de gemeente voor het vervoer voor het zelfstandig onderhouden van sociale contacten. De situatie dat tot het verblijf in een AWBZ-instelling ook enige mate van recreatie - en in het verlengde daarvan ook het eventuele vervoer - behoort is sindsdien niet gewijzigd. Duidelijk is dat ook de Wmo niet is bedoeld voor vervoer naar en van deze vanuit de AWBZ georganiseerde activiteiten.

Dit betekent dat, in geval een bewoner van een AWBZ-instelling voldoende zelfredzaam is om deel te kunnen nemen aan activiteiten buiten de instelling, hij een beroep op de Wmo kan doen voor het noodzakelijke vervoer. Het gaat dan om activiteiten gericht op maatschappelijke participatie. Dit is niet het geval wanneer de bewoner van de AWBZ-instelling onvoldoende zelfredzaam is en de instelling vanuit de AWBZ-activiteiten aanbiedt. Het is dan aan de AWBZ-instelling hoe zij het eventueel noodzakelijke vervoer organiseert en financiert. De (financiële) gevolgen van de keuze van een instelling om AWBZ-activiteiten op een andere locatie aan te bieden, kunnen niet op de Wmo worden afgewenteld.

Onze conclusie is dat het Wmo-vervoer momenteel voor een deel oneigenlijk wordt gebruikt. Deze situatie gaan we per 1 januari 2013 beëindigen door niet langer toe te staan dat het Wmo-vervoer wordt gebruikt voor het vervoer naar en van door een AWBZ-instelling georganiseerde activiteiten. SEIN is hierover geïnformeerd zodat zij in de gelegenheid is haar activiteiten dan wel het vervoer op een andere wijze te organiseren.

#### **Vorstel:**

Het collectief vervoer per 1 januari 2013 in overeenstemming brengen met onze verantwoordelijkheid: bekostiging van vervoer gericht op zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. Het vervoer van de AWBZ-bewoner naar en van door de instelling georganiseerde (recreatieve) activiteiten en/of aangeboden voorzieningen valt hier niet onder.

---

<sup>8</sup> CIZ indicatiewijzer 2012, College van zorgverzekeraars beschrijving functie Verblijf.

## **7.4.2 Mogelijkheden voor kostenbeheersing vervoersvoorzieningen**

De uitgaven voor het collectief vervoer stijgen in 2012 tot een bedrag van naar verwachting € 980.000. Voor de begroting 2013 streven we er naar om deze uitgaven terug te brengen naar het niveau van 2011 zijnde € 760.000, ten opzichte van 2012 een afname van € 220.000. Om dit te bereiken gaan we maatregelen voorstellen die per 2013 moeten leiden tot de beoogde kostenreductie.

Met de maatregel genoemd onder 7.4.1 (bewoners AWBZ-instellingen) verwachten we een besparing van € 90.000 te kunnen realiseren. Daarnaast hebben we geconstateerd dat het collectief vervoer ook met enige regelmaat wordt ingezet voor het vervoer van/naar projecten voor extramurale AWBZ-begeleiding. De instelling die deze begeleiding aanbiedt, ontvangt hiervoor een vergoeding per cliënt, mits het vervoer is geïndiceerd. Gelet op deze voorliggende voorziening, is met de zorginstelling die het betreft besproken dat voor het vervoer i.c. niet langer gebruik gemaakt kan worden van het collectief vervoer Wmo. De hiermee te realiseren besparing betreft op jaarbasis € 8.000.

Na een betere afstemming op de voorliggende AWBZ-voorzieningen resteert nog een te besparen bedrag van € 122.000 (€ 220.000 - € 90.000 en € 8.000).

Net als in Heemstede worden ook de andere gemeenten in de regio Zuid- en Midden-Kennemerland geconfronteerd met een forse stijging van de uitgaven voor het collectief vervoer. Gelet op het regionale contract worden momenteel in regionaal verband de vervoersgegevens geanalyseerd en de mogelijkheden om te komen tot kostenbeheersing onderzocht, zowel op haalbaarheid in de uitvoering als op het resultaat. Op basis van een regionaal ontwikkeld voorstel voor kostenbeheersing treden we gezamenlijk met de overige gemeenten in de regio in overleg met de provincie Noord-Holland en de BIOS-groep met als doel te komen tot een kostenreductie in 2013.

De mogelijkheden voor kostenbeheersing die we onderzoeken zijn in ieder geval de volgende.

### **1. Maximeren van het gebruik van het collectief vervoer.**

Uit jurisprudentie kan worden afgeleid dat de compensatieplicht van de gemeente niet verder hoeft te gaan dan een aantal zones dat afhankelijk van de ligging van de gemeente en de aanwezigheid van voorzieningen overeenkomt met maximaal 1.500 (= 396 zones per jaar) of 2.000 kilometer (= 540 zones per jaar) op jaarbasis. Op dit moment kunnen cliënten met een Wmo-indicatie nog onbeperkt reizen tegen het Wmo-tarief. Een beperking van het aantal te reizen zones heeft een financieel effect dat kan oplopen tot respectievelijk € 81.500 (beperking tot 540 zones per jaar) of € 133.000 (beperking tot 396 zones) per jaar.

### **2. Beperken van het collectief vervoer tot maximaal 5 zones.**

Uit jurisprudentie kan eveneens worden afgeleid dat de compensatieplicht voor het vervoer zich beperkt tot het vervoer in de woonomgeving: maximaal 5 zones. Op dit moment kunnen cliënten tegen Wmo-tarief ritten maken tot en met 6 zones. Het niet langer vergoeden van de 6<sup>e</sup> zone leidt tot een besparing van € 6.500.

### **3. Verhogen tarief voor meereizenden.**

Bij aanvang van het contract betaalden meereizenden een hoger tarief dan het Wmo-tarief. Voor de meereizende betekende dit een kostenverhoging. Na klachten hierover is besloten het tarief voor meereizenden te verlagen naar het Wmo-tarief. Het niet langer aanbieden van dit lagere tarief leidt tot een geraamde besparing van € 10.000.

### **4. Het beperken van het Wmo-plus vervoer.**

Bij Wmo-plus vervoer is het tijdstip waarop de cliënt wordt opgehaald nauwkeuriger: de aanrijtijd is beperkt tot 5 minuten voor/na de afgesproken tijd in plaats van 15 minuten voor/na de

afgesproken tijd. Het gaat hier om een extra service die moet voorkomen dat cliënten gaan 'dwalen'. Dit vervoer wordt vooral ingezet voor het vervoer van bewoners van gezinsvervangende tehuizen naar recreatieve activiteiten van Stichting De Baan. De meerkosten van deze extra service bedragen € 7.650.

#### **5. Gebruik collectief vervoer voor korte ritten door cliënten met een scootmobiel.**

Een cliënt met een scootmobiel kan op dezelfde wijze gebruik maken van het openbaar vervoer als cliënten zonder deze voorziening. Gesteld kan worden dat met de scootmobiel in het vervoer in de directe woonomgeving voorzien kan worden. Hierdoor kan besloten worden het vervoer in de eerste zone niet langer te vergoeden. Dit leidt tot een besparing van € 1.750.

We verwachten dat het geheel aan voorstellen voor kostenbeheersing er toe zal leiden dat de uitgaven voor het collectief vervoer kunnen worden terug gebracht tot het niveau van 2011. Nadrukkelijk merken we op dat we bij het uiteindelijke voorstel mede afhankelijk zijn van het resultaat van de afstemming met de provincie Noord-Holland, de BIOS-groep en de overige gemeenten in Zuid- en Midden-Kennemerland.

#### **Voorstel:**

Op basis van het (regionaal) onderzoek naar de mogelijkheden om te komen tot beheersing van de kosten voor het collectief vervoer doen we, na afstemming met de provincie Noord-Holland, de BIOS-groep en de gemeenten in Zuid- en Midden-Kennemerland, een voorstel voor beheersing van de kosten per 2013.

\* De bedragen opgenomen bij 'prognose besparing' zijn tot stand gekomen op basis van de factuurgegevens van de BIOS-groep in de periode januari tot en met juni 2012.

### **7.5 Woonvoorzieningen**

Eigen verantwoordelijkheid betekent zo veel mogelijk voorkomen dat ondersteuning nodig is. Dit kan door tijdig te anticiperen op het ouder worden, bijvoorbeeld door maatregelen te nemen in en om het huis. Bij het verstrekken van woonvoorzieningen is vooralsnog terughoudend omgegaan met het aanspreken van de aanvrager op de eigen verantwoordelijkheid. De in dit plan geformuleerde uitgangspunten en doelstellingen betekenen dat we een groter beroep gaan doen op de eigen verantwoordelijkheid.

*Tabel: kosten woonvoorzieningen*

Jaar	Bedrag
2008	403.000
2009	447.000
2010	476.000
2011	533.000

#### **7.5.1 Mogelijkheden voor kostenbeheersing woonvoorzieningen**

We zien de volgende mogelijkheden om de uitgaven voor de woonvoorzieningen te beheersen.

##### **1. Meer voorzieningen als algemeen gebruikelijk aanmerken**

Door het bepalen dat een voorziening "algemeen gebruikelijk" is, komt deze niet langer voor vergoeding op grond van de Wmo in aanmerking. Nu worden nog voorzieningen verstrekt die als zodanig zouden kunnen worden aangemerkt bijvoorbeeld een beugel voor boven het bad of een tweede toilet op de bovenverdieping. We willen het beleid met betrekking tot de algemeen gebruikelijke voorzieningen aanscherpen en zullen hier een nader voorstel voor doen.

##### **2. Bij gebruikelijke vervanging/modernisering geen voorziening verstrekken**

Met enige regelmaat verstrekken we een financiële vergoeding voor het verwijderen van een bad en het maken van een douche in een badkamer die al langere tijd, bijvoorbeeld 15 jaar, niet is opgeknapt. Het kan hier gaan om gebruikelijke vervanging/modernisering waarvoor de Wmo niet bedoeld is. We gaan ons verstrekkingenbeleid hierop afstemmen.

### 3. Kleine woningaanpassingen laten uitvoeren door één contractpartner

De klant heeft nu de vrijheid om de woningaanpassing te laten uitvoeren door de (goedkoopste) aannemer van zijn keuze. Door voor de kleine woningaanpassingen (bijvoorbeeld plaatsen van toiletverhogers, douchezitjes, drempelhulpen, tweede trapleuning) met één bedrijf afspraken te maken, kan naar verwachting goedkoper worden gewerkt.

#### Voorstel

Per 2013:

1. Het beleid aanscherpen ten aanzien van voorzieningen die als algemeen gebruikelijk kunnen worden aangewezen en hier een nader voorstel voor doen.
2. In het verstrekkingenbeleid de gebruikelijke vervanging/modernisering nader uitwerken.
3. De uitvoering van kleine woningaanpassingen aanbesteden.

### 7.6 Hulp bij het huishouden

Voor de Hulp bij het huishouden kan de cliënt kiezen tussen zorg in natura of een persoonsgebonden budget. We zien hier een groei in het gebruik en in de kosten. Dit komt in belangrijke mate door de toenemende vergrijzing en het langer zelfstandig wonen door ouderen. Gelet op de demografische ontwikkeling is de verwachting dat deze ontwikkeling zal doorzetten.

#### Zorg in natura

Voor de zorg in natura hebben we sinds 1 oktober 2009 een overeenkomst met de volgende aanbieders van Hulp bij het huishouden: Amstelring, Axxicom, SHDH, Thuiszorg Service Nederland, Tzorg en Viva! Zorggroep. Gelet op de tevredenheid over de uitvoering is de overeenkomst verlengd tot 1 oktober 2013. Per deze datum zullen nieuwe overeenkomsten moeten worden aangegaan.

Over de periode 2008 tot en met 2011 zien we een stijging van het aantal cliënten van 540 naar 686 en een stijging van het aantal uren hulp van 60.320 naar 79.151.

Tabel Hulp bij het huishouden, ontwikkeling geleverde uren per categorie (zorg in natura)

Jaar	1	2	3	Uren	Bedrag
2008	24.940	33.600	1.780	60.320	1.171.481
2009	31.901	30.268	2.735	64.905	1.373.684
2010	39.947	28.820	5.250	74.017	1.629.778
2011	48.377	25.407	5.367	79.151	1.703.928

#### Persoonsgebonden budget

De aanvrager van Hulp bij het huishouden kan in plaats van Zorg in natura ook kiezen voor een persoonsgebonden budget. De hoogte is gerelateerd aan de ondergrens van de bij de aanbesteding gehanteerde bandbreedte t.w. € 20.35 per uur. Het aantal cliënten met een PGB is sinds 2008 ongeveer gelijk gebleven en bedraagt circa 13% van het totaal aantal personen met Hulp bij het huishouden.

Tabel Hulp bij het huishouden: Verdeling Zorg in natura en Persoonsgebonden budget

Jaar	ZIN	PGB	Totaal
2008	540	107	647
2009	590	105	695
2010	635	109	744
2011	686	105	791

#### 7.6.1 Mogelijkheden voor kostenbeheersing Hulp bij het huishouden

Om de Hulp bij het huishouden op langere termijn betaalbaar te houden zijn maatregelen noodzakelijk. We zien de volgende mogelijkheden om de uitgaven te beheersen.

### **1. Eigen bijdrage: verhogen tarief**

Voor de Hulp bij het huishouden wordt een eigen bijdrage gevraagd. Deze eigen bijdrage is gebaseerd op een combinatie van de financiële draagkracht van de klant en de kostprijs van de Hulp bij het huishouden. Voor de 'kostprijs Hulp bij het huishouden' hanteren we een uurtarief van € 13,40. Dit is het (geïndexeerde) bedrag dat voorheen ook werd gehanteerd binnen de AWBZ.

Vrijwel alle gemeenten in Nederland hebben er inmiddels voor gekozen om de 'kostprijs Hulp bij het huishouden' te bepalen op het laagste uurtarief Hulp bij het huishouden dat de gemeente betaalt aan de gecontracteerde zorgaanbieders. In onze regio zijn de gemeenten Haarlem en Zandvoort hier al toe overgegaan. Het tarief is gelijk aan de ondergrens van de bij de aanbesteding gehanteerde bandbreedte t.w. € 20,35 per uur. Het verhogen van het uurtarief heeft uitsluitend gevolgen voor de mensen met een hoger inkomen (vanaf een verzamelinkomen van circa € 40.000 per jaar).

We gaan het uurtarief voor de Hulp bij het huishouden verhogen naar € 20,35 per 1 januari 2013. Hierdoor zullen de inkomsten uit eigen bijdragen uiteindelijk met ruim € 100.000 per jaar toenemen.

### **2. Onderscheid maken in het PGB bedrag voor Hulp bij het huishouden**

Op dit moment hanteert de gemeente één bedrag per uur (€ 21,20) bij de verstrekking van Hulp bij het huishouden in de vorm van een PGB. Ongeacht of een professionele zorgaanbieder of een particulier de hulp levert. Er kan voor gekozen worden om een verschil in de hoogte van het PGB bedrag aan te brengen. Indien iemand met een PGB hulp inkoop bij een professionele zorgaanbieder kan het huidige tarief worden gehandhaafd. In geval de hulp wordt ingekocht bij een niet professionele zorgaanbieder, bijvoorbeeld via een kennis/familielid/particulier, kan het PGB lager worden vastgesteld. In een dergelijke situatie is immers geen sprake van overhead waaronder (bij)scholingskosten. Hierbij denken we aan een tarief dat aansluit bij de gangbare uurprijs voor door particulieren geleverde Hulp bij het huishouden: € 15,50.

De prognose van de kostenbesparing is € 13.500 op jaarbasis.

### **3. Nieuwe contractering / alternatieven voor Hulp bij het huishouden**

Er zijn alternatieven mogelijk voor de uitvoering van de Hulp bij het huishouden. Bijvoorbeeld door het loskoppelen van de signaleringsfunctie en die achtereenvolgens op een andere manier vorm geven. Dit kan er toe bijdragen dat de Hulp bij het huishouden financieel meer toekomstbestendig wordt.

Voorafgaand aan de nieuwe contractering van de Hulp bij het huishouden willen we samen met de regiogemeenten alternatieven onderzoeken. We streven er naar om met alternatieven voor de Hulp bij het huishouden én de nieuwe contractering per 1 januari 2014 een besparing te realiseren van € 100.000 in 2013 en € 200.000 vanaf 2014. Hiermee realiseren we ten opzichte van de uitgaven in 2012 (begroot op € 2.000.000) uiteindelijk een besparing van 10%.

#### **Voorstel:**

1. Het uurtarief PGB voor Hulp bij het huishouden per 1 januari 2013 differentiëren waarbij onderscheid wordt gemaakt naar zorg geleverd door een professionele en een niet-professionele aanbieder.
2. Voorafgaand aan de nieuwe contractering samen met de regiogemeenten mogelijke alternatieven voor de uitvoering van de Hulp bij het huishouden onderzoeken.
3. Met de alternatieven voor de Hulp bij het huishouden én de nieuwe contractering een besparing realiseren van € 100.000 in 2013 en € 200.000 per jaar vanaf 2014.

### **7.7 Eigen bijdrage overige Wmo-voorzieningen**

De wet biedt de mogelijkheid om bij de verstrekking van een voorziening rekening te houden met de financiële draagkracht van de aanvrager. We vragen uitsluitend een eigen bijdrage voor de Hulp bij het huishouden. De wet biedt ook mogelijkheden voor het vragen van een eigen bijdrage voor de overige voorzieningen. Dit met uitzondering van de rolstoelen. Zo kan bijvoorbeeld een 4-wekelijkse eigen bijdrage (=systematiek CAK) gevraagd worden voor het gebruik van een scootmobiel of een woningaanpassing. Gemeenten maken steeds meer gebruik van deze mogelijkheid.

Met het vragen van een eigen bijdrage spreken we burgers aan op hun eigen verantwoordelijkheid. En komen we tot een in de toekomst beheersbare en betaalbare uitvoering van de Wmo. Ook wij willen per 2013 een eigen bijdrage gaan vragen voor de overige Wmo-voorzieningen.

#### **Voorstel:**

De verstrekking van een voorziening per 2013 afstemmen op de financiële draagkracht van de aanvrager door het vragen van een eigen bijdrage voor alle Wmo-voorzieningen (de rolstoelen zijn hier vooralsnog van uitgezonderd).

### **7.8 Begeleiding en kortdurend verblijf**

Ter voorbereiding op de decentralisatie van de begeleiding hebben we in februari 2012 een startnotitie met plan van aanpak vastgesteld. De voorbereiding vindt plaats in overeenstemming met dit plan. In juni 2012 is de Keuzenota Begeleiding en kortdurend verblijf voorgelegd. Onze verdere voorbereiding zal plaats vinden in overeenstemming met hetgeen is opgenomen in de Keuzenota maar is ook afhankelijk van de verdere besluitvorming door het Rijk.

Indien besloten wordt tot decentralisatie van de begeleiding en het kortdurend verblijf zullen we zo goed mogelijk aansluiten bij de uitgangspunten van de nieuwe beleidsnota Wmo, namelijk het centraal stellen van de cliënt, het aansluiten bij en/of versterken van de eigen kracht, de eigen verantwoordelijkheid en het netwerk, het bevorderen van maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid en het ondersteunen van informele zorg. Maar ook zorg blijft zorg.

Voor wat betreft de verdere voorbereiding verwijzen we naar de projecten die we in het kader van de Regionaal Sociale Agenda Zuid-Kennemerland voornemens zijn uit te voeren. Deze zijn sterk verbonden aan de komst van de begeleiding van de AWBZ

Aansluitend aan de eerder genoemde projecten in het kader van de Regionaal Sociale Agenda Zuid-Kennemerland is sprake van een project dat bovenregionaal zal worden uitgevoerd: een onderzoek gericht op enerzijds inzicht in het huidige AWBZ-vervoer en anderzijds op de mogelijke uitvoering hiervan op het moment dat de begeleiding onderdeel gaat uitmaken van de Wmo. Zoals in paragraaf 4.3 aangegeven maakt het vervoer naar de dagbesteding onderdeel uit van de mogelijk nieuwe taken. Dit project betreft de regio's Zuid-Kennemerland en Amstelland-Meerlanden.

#### **Overleg met de Vereniging Bedrijfstak Zorg (VBZ)**

Vanuit de regio Zuid-Kennemerland zijn we op bestuurlijk niveau in overleg met de VBZ. Hierin zijn vrijwel alle aanbieders van begeleiding en kortdurend verblijf vertegenwoordigd. Gemeenten en aanbieders informeren elkaar over de stappen die zij zetten in de voorbereiding op de decentralisatie, vindt afstemming plaats en worden afspraken gemaakt bijvoorbeeld over ieders rol bij de uitvoering van projecten. Ook nu de decentralisatie nog niet zeker is, blijven we in gesprek met de VBZ. Zo is de vereniging actief betrokken bij onze aanvragen in het kader van de Regionaal Sociale Agenda Zuid-Kennemerland.

## **7.9 Uitvoeringskosten**

Zoals eerder aangegeven spelen het Loket Heemstede en de IASZ een belangrijke rol bij de uitvoering van de Wmo. De kosten van de IASZ met betrekking tot de Wmo-taken worden sinds de aanvang ook daadwerkelijk ten laste van het Wmo-budget gebracht.

Gelet op de in voorgaande jaren aanwezige ruimte binnen het Wmo-budget is 2 jaar geleden besloten ook de kosten van het Loket Heemstede ten laste van het Wmo-budget te brengen. Voorheen werden deze kosten gedekt via de Algemene uitkering.

De uitvoeringskosten bedroegen in 2011 € 470.000, bestaande uit personele inzet (€ 309.000 aan directe en indirecte kosten), kosten Loket Heemstede (in totaliteit € 151.000) en beheerskosten (€ 10.000).

Bij de uitvoering van de nieuwe taken begeleiding en kortdurend verblijf gaan het Loket en de IASZ een belangrijke rol spelen. Op het moment dat besluitvorming hierover definitief is, gaan we een nader voorstel voorbereiden hoe we dit organisatorisch gaan vormgeven en wat bijvoorbeeld de consequenties zijn voor de personele inzet. De kosten hiervan zullen ten laste van gebracht worden van de middelen die we van het Rijk gaan ontvangen voor de nieuwe taken (het budget uitvoeringskosten).



## Hoofdstuk 8

## LOKAAL VOLKSGEZONDHEIDSBELEID

### 8.1 Inleiding

De aandacht voor gezondheid is in de huidige maatschappij groot. Veel waarde wordt gehecht aan een gezonde leefstijl, bestaande uit onder andere voldoende lichaamsbeweging en juiste voeding. Zodat het fysieke en psychische welbevinden wordt bevorderd en mensen volwaardig kunnen blijven participeren in de samenleving. Doel van ons beleid is om de Heemstedse inwoners zo gezond mogelijk te laten zijn. We gaan ook hierbij in eerste instantie uit van de eigen verantwoordelijkheid van mensen. Maar natuurlijk bieden we hulp aan mensen die hierbij ondersteuning nodig hebben.

**World Health Organisation (WHO):**  
*“gezondheid is een toestand van lichamelijk, sociaal en psychisch welbevinden. Gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte of gebreken, het is vooral een positief begrip: gezondheid is een voorwaarde voor maatschappelijk functioneren”.*

In dit hoofdstuk beschrijven we het beleid voor de komende vier jaren op het gebied van het lokaal volksgezondheidsbeleid.

We gaan hierbij uit van integraal beleid. Lokaal volksgezondheidsbeleid heeft niet alleen een nauwe band met het beleid op het gebied van de Wmo, maar ook - in meer of mindere mate - met andere beleidsvelden. Bijvoorbeeld met het jeugd- en onderwijsbeleid, het sportbeleid en het beleid

op het gebied van duurzaamheid, ruimtelijke ordening, volkshuisvesting, verkeer en spelen.

### 8.2 Wettelijk kader

De Wet Publieke Gezondheid<sup>9</sup> (Wpg) vormt, naast de Grondwet<sup>10</sup>, het belangrijkste wettelijke kader om de gezondheid van de bevolking te beschermen en te bevorderen. De Wpg omschrijft publieke gezondheidszorg als “gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten”. Publieke gezondheidszorg is op grond van de Wpg een gezamenlijke verantwoordelijkheid van landelijke overheid én gemeenten. Zij vervullen daarin zowel eigen als complementaire taken.

Naast de Wpg is met name de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo) van belang. Deze wet regelt de preventieve of vroegtijdige opsporing van aandoeningen. Via bijvoorbeeld de neonatale screening (hielprik) in de eerste week na de geboorte, het bevolkingsonderzoek voor vrouwen tussen de 50 en 75 jaar naar borstkanker en het onderzoek voor vrouwen tussen de 30 en 60 jaar naar baarmoederhalskanker. Het bevolkingsonderzoek naar darmkanker voor mannen en vrouwen tussen de 55 en 75 jaar start vanaf 2013.

#### 8.2.1 Gemeentelijke taken op grond van Wet publieke gezondheid

Vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg) zijn gemeenten bestuurlijk verantwoordelijk voor de volgende taken op het gebied van de publieke gezondheid:

- ❖ algemene bevorderingstaken (artikel 2), zoals: epidemiologie, technische hygiënezorg, medische milieukunde en gezondheidsbevordering;
- ❖ jeugdgezondheidszorg (artikel 5);
- ❖ ouderengezondheidszorg (artikel 5a);
- ❖ infectieziektebestrijding (artikel 6).

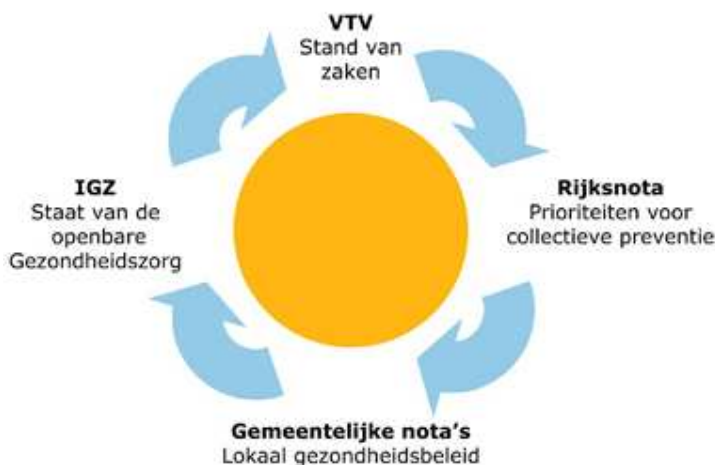
De beleidsvrijheid die gemeenten hierbij hebben, verschilt per taak. Op het gebied van medisch geïntendeerde (uitvoerings)taken, zoals jeugdgezondheidszorg, medische milieukunde,

<sup>9</sup> De Wet publieke gezondheid vervangt sinds 2008 de Infectieziektenwet, de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid en de Quarantainewet.

<sup>10</sup> Op grond van artikel 22 van de Grondwet dient de overheid maatregelen te treffen ter bevordering van de gezondheid.

technische hygiënezorg en infectieziektebestrijding zijn de taken van gemeenten duidelijk omschreven en laat de Wpg een beperkte ruimte voor eigen beleid.

Op het gebied van de meer maatschappelijk georiënteerde algemene bevorderingstaken, zoals de gezondheidsbevordering en de ouderengezondheidszorg, is daarentegen sprake van aanzienlijke gemeentelijke beleidsvrijheid, zodat kan worden aangesloten bij de lokale situatie. Hierbij is veel ruimte voor eigen keuzes. Deze keuzes dienen op grond van de Wpg door gemeenten elke vier jaar te worden vastgesteld. Aanknopingspunten hiervoor worden geboden door de landelijk nota gezondheidsbeleid, die een onderdeel vormt van de zogenaamde preventiecyclus. Deze beleidscyclus geeft een overzicht van de verschillende rollen van de belangrijkste partijen, zoals deze in de Wpg zijn benoemd. De preventiecyclus loopt volgens onderstaande figuur.



Figuur: De vierjarige beleidscyclus voor het volksgezondheidsbeleid

Samengevat komt de cyclus op het volgende neer:

- *Stand van zaken volksgezondheid: VTV*

Op basis van landelijk beschikbare epidemiologische gegevens brengt het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)<sup>11</sup> elke vier jaar de Volkgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) uit. Deze verkenning geeft een beeld van de staat van de volksgezondheid. In 2010 heeft het RIVM de VTV "Van gezond naar beter" gepresenteerd.

- *Landelijke prioriteiten: rijksnota*

Aan de hand van de door het RIVM gepresenteerde VTV stelt de minister van VWS een landelijke nota gezondheidsbeleid vast, met de landelijke prioriteiten op het gebied van de publieke gezondheid. In mei 2011 is de nieuwste landelijke nota gezondheidsbeleid "Gezondheid dichtbij" verschenen.

- *Gemeentelijke prioriteiten: gemeentelijke nota's*

Het is aan gemeenten zelf welke ambities en prioriteiten zij op het terrein van gezondheidsbevordering in hun nota formuleren. Maar de prioriteiten, zoals opgenomen in de landelijke nota gezondheidsbeleid, dienen op grond van de Wet publieke gezondheid daarbij in acht te worden genomen. Het zijn aanknopingspunten voor lokaal beleid op het vlak van gezondheidsbevordering. Gemeenten hebben beleidsvrijheid om gemotiveerd af te wijken van

---

<sup>11</sup> Het RIVM beschermt en bevordert de gezondheid van de bevolking en de kwaliteit van het leefmilieu en adviseert en ondersteunt de overheid op deze punten. De onafhankelijkheid van het instituut is vastgelegd in de Wet op het RIVM.

de landelijke prioriteiten. Op basis van bijvoorbeeld lokale epidemiologische gegevens kan blijken dat bepaalde gezondheidsproblemen meer of minder relevant zijn.

Het lokale beleid op het vlak van gezondheidsbevordering dient op grond van de gewijzigde Wpg binnen 2 jaar na het verschijnen van de landelijke nota te worden vastgesteld. Oftewel, gemeenten dienen hun nieuwe volksgezondheidsbeleid voor mei 2013 vast te stellen. Met de voorliggende nota voldoen we ruimschoots aan deze wettelijke verplichting.

- *Toetsing IPG*

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IPG)<sup>12</sup> toetst of bij de uitvoering van het lokale volksgezondheidsbeleid gemeenten de landelijke prioriteiten voldoende volgen. En kijkt of de uitvoering effectief is.

### **8.2.2 Relatie Wet publieke gezondheid met Wmo en Zvw**

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) raken de publieke gezondheidszorg. Vanuit beide wettelijke kaders worden preventieve of gezondheidsbevorderende activiteiten uitgevoerd.

De Wmo probeert vanuit de gemeente een actieve deelname van burgers aan de maatschappij te bevorderen. Tussen gezondheid en actief meedoen bestaat een nauwe relatie. Meedoen kan onder andere helpen om depressie- of eenzaamheidsklachten van burgers te voorkomen. En een goede volksgezondheid is een belangrijke voorwaarde voor een participatieve samenleving. Gezondheid stelt mensen in staat om aan het maatschappelijke leven deel te nemen. Via betaald werk, vrijwilligerswerk en mantelzorg.

De Zorgverzekeringswet wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars en is gericht op curatieve zorg. Een voorbeeld van samenwerking tussen Zvw en de Wpg is de afstemming van het lokale zorg- en preventieaanbod op de gezondheidsproblemen in wijken. De zorgverzekeraar kan nadere informatie leveren over de gezondheidsproblematiek per wijk (aan de hand van zorggebruik), waarmee door gemeenten gericht preventief aanbod kan worden ingezet.

#### **Vorstel:**

We gaan het overleg en de samenwerking met Zorgverzekeraar Achmea intensiveren om een optimale aansluiting te realiseren tussen het lokale zorg- en preventieaanbod en de gezondheidsproblemen in Heemstede.

### **8.3 Uitvoering gemeentelijke taken**

#### **GGD Kennemerland**

Voor de uitvoering van taken van de Wet Publieke Gezondheid dienen gemeenten zorg te dragen voor de instelling en instandhouding van een GGD (gemeentelijke gezondheidsdienst). De GGD Kennemerland voert op grond van een gemeenschappelijke regeling voor de regiogemeenten in Midden- en Zuid-Kennemerland en de gemeente Haarlemmermeer veel van de preventieve taken van de Wpg uit. De GGD Kennemerland maakt onderdeel uit van de Veiligheidsregio Kennemerland (VRK).

#### **Jeugdgezondheidszorg**

Ook andere gezondheidsinstellingen kunnen op grond van de Wpg gemeentelijke taken op het terrein van publieke gezondheidszorg uitvoeren, bijvoorbeeld de taken op het gebied van de jeugdgezondheidszorg en de prenatale voorlichting aan aanstaande ouders. In de regio's

---

<sup>12</sup> De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bevordert de volksgezondheid door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. De inspectie adviseert het rijk en maakt ten opzichte van de zorgaanbieders gebruik van advies, stimulans, drang en dwang als bijdrage aan verantwoorde zorg. De inspectie onderzoekt en oordeelt onpartijdig, deskundig, zorgvuldig en onafhankelijk.

Midden- en Zuid-Kennemerland verzorgt in dit kader de Jeugdgezondheidszorg Kennemerland - via consultatiebureaus - de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg voor kinderen van 0 tot 4 jaar. De jeugdgezondheidszorg voor 4-19 jarigen wordt uitgevoerd door de GGD Kennemerland. De jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen bestaat onder andere uit 15 wettelijk verplichte contactmomenten per kind. De jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar - uitgevoerd door de GGD Kennemerland - kent 3 verplichte contactmomenten (groep 2 en 7 van de basisschool en klas 2 van het voortgezet onderwijs).

Bij de vaststelling van de Wpg is verplichte digitalisering van de patiëntendossiers bij de jeugdgezondheidszorg (JGZ) opgenomen. Hiermee wordt beoogd de overdracht van dossiers binnen de JGZ - oftewel de overgang tussen de JGZ 0-4 jaar en de JGZ 4-19 jaar - zo soepel mogelijk te laten verlopen. Het betreft overigens een dossier, waar uitsluitend medewerkers van de JGZ toegang tot hebben. Zowel de Jeugdgezondheidszorg Kennemerland als de GGD Kennemerland hebben een digitaal dossier.

### **Prenatale voorlichting**

De prenatale voorlichting aan aanstaande ouders is door de wijziging van de Wpg op 19 mei 2011 een gemeentelijke taak geworden. De uitvoering wordt voor Heemstede vorm gegeven door de Jeugdgezondheidszorg Kennemerland.

### **Ouderengezondheidszorg**

Nieuw in de Wpg is het artikel over ouderengezondheidszorg (artikel 5a). De taken die hieruit voortkomen voor gemeenten zijn:

- het monitoren van (ontwikkelingen in de) gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- het inschatten van de behoeften aan zorg;
- het vroegtijdig opsporen en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit;
- het geven van voorlichting, advies instructie en begeleiding;
- het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

Het is aan gemeenten om de verdere invulling van de preventieve ouderenzorg vorm te geven. Zij dienen zorg te dragen voor het monitoren, signaleren en voorkomen van gezondheidsproblemen bij ouderen. Hierbij gaat het volgens het rijk met name om het faciliteren en verbinden van lokale initiatieven. Het ministerie van VWS verwoordt het als volgt:

*'De gemeenten dienen zich te baseren op de lokale behoefte van ouderen en een passend aanbod tot stand te brengen. Daarbij wordt rekening gehouden met voorzieningen die al beschikbaar zijn, zoals huisartsen, thuiszorg en welzijnsvoorzieningen. Dit betekent dat gemeenten zich vooral kunnen richten op het verbinden en faciliteren van lokale initiatieven'* (brief Ministerie van VWS, 10 mei 2010)

Gelet op het feit dat deze taak volgens het rijk niet leidt tot nieuwe structuren en voorzieningen, maar veeleer tot het verbinden van wat er al lokaal is, worden er door het rijk geen extra middelen beschikbaar gesteld voor deze nieuwe taak. Vanuit het rijk is tevens aangegeven dat een verbinding tussen lokaal volksgezondheidsbeleid en Wmo-beleid bij de nadere invulling van dit artikel voor de hand ligt.

### **Voorstel:**

We starten in het eerste kwartaal van 2013 een overleg met huisartsen, de Stichting Welzijn Ouderen Heemstede en het Loket Heemstede om te bezien op welke wijze we deze nieuwe taak vorm gaan geven. Hierbij streven we naar het leggen van verbindingen tussen de werkzaamheden van het Loket Heemstede, de activiteiten van het ouderenwerk en de 1<sup>e</sup> lijnszorg.

In de volgende paragrafen gaan we in op de gezondheidssituatie in Nederland in het algemeen en Heemstede in het bijzonder. De gezondheidssituatie van Heemstede biedt, naast de landelijke prioriteiten, de basis voor onze beleidsvoorstellen.

## **8.4 Algemene gezondheidssituatie in Nederland**

### **8.4.1 Gemiddelde levensverwachting in Nederland**

Nederlanders leven steeds langer. In 1900 was de gemiddelde leeftijdsverwachting bij de geboorte ongeveer vijftig jaar voor vrouwen en voor mannen iets minder. In de twintigste eeuw steeg de levensverwachting gestaag (onderbroken door de Spaanse griep van 1918 en de Hongerwinter 1944/1945). Aanvankelijk door betere huisvesting, voeding en hygiënische omstandigheden, in de tweede helft van de eeuw ook door vaccinaties, preventie en medische zorg.

De levensverwachting in Nederland neemt de laatste jaren in een versneld tempo toe. Op dit moment worden mannen gemiddeld 78,3 jaar en vrouwen 82,3 jaar. Naar verwachting zal de gemiddelde leeftijd in de periode tot 2050 nog met circa zes jaar toenemen.

De recente snelle stijging van de levensverwachting is niet uniek voor Nederland. Ook in andere landen van Europa stijgt de levensverwachting snel. De oorzaken hiervan zijn nog niet helemaal duidelijk, maar in elk geval heeft de daling van de sterfte aan hart- en vaatziekten een grote rol gespeeld. En waarschijnlijk spelen milde zomers en zachte winters hierbij een rol. Ook het feit

dat steeds minder mannen roken biedt een verklaring.

#### **Coronaire hartziekten:**

Aandoeningen, veroorzaakt door afwijkingen in de kransslagaders (coronairarteriën). De twee bekendste diagnoses zijn het acuut hartinfarct en angina pectoris. Het aantal mensen met een coronaire hartaandoening is voor zowel mannen als vrouwen meer dan verdubbeld in de laatste 4 decennia. De aandoening treedt vooral op in de leeftijdsklasse 65 en ouder.

Ondanks de opmars in de levensverwachting bevindt Nederland zich niet in de top van Europa, met name vanwege de achterblijvende levensverwachting van vrouwen. Ten opzichte van andere Europese landen scoren de Nederlandse vrouwen niet goed of slecht; hun levensverwachting ligt maar net boven het Europese gemiddelde. Dit vooral als gevolg van een relatief ongezonde levensstijl (met name roken).

### **Sociaal-economische status en levensverwachting**

Binnen Nederland is sprake van forse verschillen qua levensverwachting tussen mensen met een hoge en een lage sociaal economische status (SES). Belangrijke indicatoren zijn: opleiding, beroep en inkomen. Bij de berekening van de SES ten behoeve van gezondheidsaspecten speelt met name het opleidingsniveau een rol. Mannen met een hoge SES leven gemiddeld 7 jaar langer dan mannen met een lagere SES. Dit verschil is bij de vrouwelijke populatie 5,5 jaar.

### **8.4.2 Meest voorkomende ziekten**

Nederlanders leven steeds langer, maar worden ze ook gezonder? De trends wijzen op een behoorlijke toename van het aantal (chronisch) ziekten. Diabetes mellitus (oftewel suikerziekte) is de meest voorkomende ziekte in Nederland, op de voet gevolgd door artrose en coronaire hartziekten. Coronaire hartziekte is nog steeds de ziekte waaraan de meeste mensen in Nederland overlijden. Gevolgd door longkanker. Andere veelvoorkomende chronische ziekten in Nederland zijn COPD, hartfalen, beroerte en dementie.

In Nederland heeft circa 25% van de bevolking één of meer chronische ziekten. 8% van de bevolking heeft meerdere ziekten tegelijkertijd (multimorbiditeit)<sup>13</sup>. Met name onder ouderen komt dit vaak voor. Zo heeft bijna één op de drie 75-plussers meer dan één chronische ziekte.

Steeds meer Nederlanders zijn ziek. Hoe is dit te verklaren? Naast de vergrijzing speelt de medische wetenschap hierbij een rol. Door de voortschrijdende medische wetenschap worden steeds vaker ziekten opgespoord in een fase dat mensen er nog relatief weinig hinder van ondervinden én dat nog ingegrepen kan worden. En door succesvolle behandeling nemen de overlevingskansen toe. Meer ziekte is dus niet per definitie een slecht teken. Het wijst ook op een gunstige ontwikkeling in de volksgezondheid.

**Diabetes mellitus:**

chronische stofwisselingsziekte die gepaard gaat met een te hoog glucosegehalte in het bloed. Het aantal patiënten is de afgelopen decennia met 45% gestegen. Tot in de jaren negentig kwam diabetes vrijwel uitsluitend voor bij volwassenen, de laatste jaren neemt ook het aantal adolescenten met diabetes toe.

Ook opvallend is dat de toename van (chronische) ziekten niet heeft geleid tot meer lichamelijke beperkingen of tot een minder goed ervaren gezondheid. Gezondheid blijkt voor veel mensen niet zozeer de afwezigheid van ziekte, maar veel meer de lichamelijke en geestelijke gesteldheid om de dingen te doen die ze graag willen doen. Dit sluit aan bij de definitie die de World Health Organisation in 1948 van gezondheid heeft gegeven (zie het kader op pagina 56). Zo geeft driekwart van de Nederlanders met een

chronische aandoening aan zich gezond te voelen en geen beperkingen te hebben. Dit heeft voor een groot deel te maken met medische invloeden. Maar ook participatie in de zin van meedoen blijkt een grote bijdrage te leveren aan het feit dat iemand zich ondanks ziekte of handicap toch gezond voelt. Gelet hierop zullen we ons intensief blijven inzetten voor de participatie van alle Heemstedse burgers.

**8.4.3 Ziektejaarequivalenten**

Het bovenstaande laat onverlet dat ziekten de kwaliteit van het leven ernstig kunnen aantasten. En dat er sprake is van beperkingen die mensen verhinderen om aan het maatschappelijk leven deel te nemen. De belangrijkste veroorzakers van verlies van kwaliteit van leven, uitgedrukt in

**COPD:**

COPD is de afkorting van de Engelse term 'Chronic Obstructive Pulmonary Disease'. Dit betekent chronisch obstructieve longziekte. Het is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem.

zogenoemde ziektejaarequivalenten, zijn angststoornissen, coronaire hartziekten en depressie.

Voor wat betreft psychische en psychosociale problemen heeft jaarlijks circa 7% van de bevolking een depressie, circa 12% heeft een angststoornis. Hiermee leveren psychische en psychosociale problemen een aanzienlijke bijdrage aan het verlies van kwaliteit van leven. De ziekten

met een hoog ziektejaarequivalent hebben een belangrijke invloed op de kwaliteit van leven en zijn ziekten waarmee men, gemiddeld genomen, gedurende vele jaren leeft.

Tabel: ziekten in Nederland met een hoog ziektejaarequivalent

	Ziekte
01	Angststoornissen
02	Coronaire hartziekten
03	Depressie
04	Diabetes Mellitus
05	Beroerte
	Artrose
07	COPD
08	Ongevalsletsel
09	Dementie
10	Longkanker

<sup>13</sup> Bron: RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid; gebaseerd op registratie bij huisartsen van 30 chronische ziekten.

#### 8.4.4 Landelijke trends in leefstijl

Gezondheidsrisico's in de omgeving zijn in de loop der jaren teruggedrongen. Bijvoorbeeld door schoon drinkwater, riolering, veilig voedsel, betere huisvesting en verbetering van de verkeersveiligheid en de luchtkwaliteit. En ook de (gezondheids)zorg kan steeds meer. Patiënten worden in een vroegtijdig stadium behandeld om klachten te voorkomen of om verergering van klachten of complicaties te vermijden. Daarnaast zien we een verbetering van de preventieve activiteiten, bijvoorbeeld door vaccinaties en bevolkingsonderzoeken.

Gezondheid hangt ook in grote mate samen met gedrag en leefstijl. Onder leefstijl verstaan we de manier waarop we ons leven inrichten. Hierbij kan worden gedacht aan omgaan met stress, gezonde voeding, genoeg bewegen en aandacht voor het lichaam. Veel ziekten zijn te voorkomen door een gezonde leefstijl. De belangrijkste gezondheidsbedreigingen op het gebied van leefstijl zijn roken, overgewicht en schadelijk alcoholgebruik.

##### Roken

Roken is verantwoordelijk voor een groot deel van de sterfgevallen door longkanker (85%) en COPD (78%). Daarnaast is 21% van de sterfte aan coronaire hartziekten en 14% van de sterfte aan beroerte te wijten aan roken. Roken is daarmee nog steeds volksgezondheidsvijand nummer één. Sinds 1970 is in Nederland sprake van een geleidelijk neergaande trend voor wat betreft het aantal rokers: het aantal is gedaald van 60% naar 27% van de bevolking. Dit is een gunstige trend. Toch is het percentage rokers in Nederland hoog in vergelijking met ons omringende landen. En dat geldt vooral voor vrouwen.

##### Overgewicht

Roken wordt als gezondheidsbedreiging op de voet gevolgd door overgewicht. In de periode 1980-2000 is sprake geweest van een forse stijging in overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas). Sinds 2000 is deze groei gestabiliseerd. Dat is een gunstige ontwikkeling. Maar nog steeds heeft bijna de helft van de Nederlandse bevolking overgewicht en ongeveer 11% obesitas. De oorzaak van overgewicht ligt in een verstoorde balans tussen eten en bewegen.

Meer dan de helft van de Nederlanders voldoet niet aan de richtlijnen voor gezonde voeding, vooral waar het gaat om het eten van genoeg groente en fruit. Bijna de helft van de Nederlanders krijgt minder lichaamsbeweging dan de norm van een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit per dag. Niet goed eten en te weinig bewegen hebben invloed op hoge bloeddruk en cholesterolverval, twee belangrijke risicofactoren voor hart- en vaatziekten.

##### Alcoholgebruik:

Zware drinkers zijn personen die minstens 1 keer per week 6 of meer glazen alcohol per dag drinken. Gewoontedrinkers drinken meer dan 21 glazen (mannen) of meer dan 14 glazen (vrouwen) alcohol per week.

##### Overmatig drankgebruik

De gevolgen van overmatig drankgebruik staan op de derde plaats van gezondheidsbedreigingen. Sinds de jaren zeventig en tachtig zien we een lichte daling van de alcoholconsumptie. Ook zijn er in Nederland steeds

minder jongeren die drinken. Maar als jongeren drinken, dan drinken ze veel. Van de jongeren die drinken doet 68% aan binge drinken (drinken van grote hoeveelheden in korte tijd). Een extreem uitloesel hiervan is comazuipen.

Tabel leefstijl volwassenen in Nederland

In % 2008	Roken	zwaar drinken	gewoonte drinken	overgewicht (BMI <sup>14</sup> 25 of hoger)	obesitas	onvoldoende gezond bewegen
Totaal Nederland	28	10	10	47	11	46

<sup>14</sup> BMI: Body Mass Index: gewicht (in kilo's) gedeeld door lichaamslengte (in meters) in het kwadraat.

### Gelijktijdige vormen van ongezond gedrag

Mensen die roken eten vaker ongezond, bewegen gemiddeld weinig en gebruiken vaker excessief alcohol. De combinatie van alcohol en roken komt het meest voor. Ook onder jongeren gaan drinken, roken en ook cannabisgebruik vaak samen.

### SES en leefstijl

Zoals aangegeven is de levensverwachting van mensen met een lage sociaal economische status (SES) korter dan met een hoge SES. Ook de leefstijl van mensen met een lage SES is over het algemeen slechter dan dat van mensen met een hoge SES. En met name mensen met een lage SES vertonen meerdere vormen van ongezond gedrag tegelijk.

### Resumé

De leefstijl van de Nederlander lijkt zich gunstig te ontwikkelen. Het percentage rokers is na eerdere stabilisatie weer wat gedaald, het aantal probleemdrinkers neemt niet toe en de trends bij (ernstig) overgewicht lijken te stabiliseren. Maar de gevolgen van een ongezonde leefstijl zijn nog groot. Anders gezegd, gezond leven kan nog steeds een stimulans gebruiken.

### 8.5 Gezondheidssituatie in Heemstede

In het volgende staan we stil bij de gezondheidssituatie van de Heemstedse inwoners. En gaan we na of er verschillen te constateren zijn ten opzichte van de landelijke situatie.

#### 8.5.1 Sociaal-economische status (SES) in Heemstede

Heemstede kenmerkt zich als een gemeente met inwoners met een hoge SES-score. De gemeente heeft de hoogste SES score van de regio Kennemerland. Er is hierbij sprake van een hoog opleidings- en inkomensniveau (56% van de Heemstedse bevolking is hoog opgeleid) en weinig sociale achterstand. Zoals we eerder hebben aangegeven brengt een hoge SES met zich mee dat de levensverwachting hoger is en de leefstijlfacetten gunstiger.

#### 8.5.2 Leefstijl volwassenen

De leefstijl van mensen met een lage SES is over het algemeen slechter dan dat van mensen met een hoge SES. De leefstijlfactoren zijn belangrijk om een gedegen prognose van het toekomstige verloop van bepaalde chronische aandoeningen te kunnen beschrijven.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de leefstijlgegevens van volwassenen voor Heemstede. Ook hierbij treft u ter vergelijking de percentages van Zuid-Kennemerland en Nederland aan.

Tabel leefstijl volwassenen

In %	roken	zwaar drinken	overgewicht (BMI <sup>15</sup> 25 of hoger)
Totaal Nederland	28	10	47
Totaal Zuid-Kennemerland	24	13	41
Totaal Heemstede	18	11	38
man	20	17	52
vrouw	16	5	24

Opvalt dat de Heemstedse volwassen bevolking relatief weinig rookt in vergelijking tot de landelijke cijfers. Hetzelfde positieve beeld zien we met betrekking tot het gewicht van de Heemstedse inwoners. Het percentage overgewicht is aanzienlijk lager dan het landelijke gemiddelde. Overgewicht bij Heemstedse inwoners zien we met name bij mannen. Wel wordt er in Heemstede meer gedronken dan landelijk. Vooral bij mannen.



Juist deze drie leefstijlfactoren zijn - samen met de vergrijzing - belangrijk om een prognose van het toekomstige verloop van bepaalde chronische aandoeningen in Heemstede te kunnen geven. Dit zullen we doen in paragraaf 8.6.

### **8.5.3 Leefstijl jeugd**

Leefstijlfactoren zijn en blijven belangrijke aandachtspunten om de gezondheid te verbeteren. Juist voor jongeren is het bevorderen en aanleren van een gezonde leefstijl van belang.

#### **Alcohol, drugs en roken**

Uit het E-MOVO onderzoek van de GGD Kennemerland<sup>16</sup> blijkt dat in 2009 48% van Heemstedse scholieren in klas 2 en klas 4 van het voortgezet onderwijs in de maand voorafgaand aan het onderzoek alcohol heeft gebruikt; dit percentage "actuele drinkers" is hoger dan het gemiddelde percentage in Kennemerland (44%). Het verschil wordt vooral veroorzaakt door de groep havo/vwo scholieren; het percentage vmbo-scholieren dat drinkt is lager dan het regionale percentage.

Overmatig drankgebruik (5 of meer drankjes per gelegenheid ("binge drinking")) komt voor bij 30% van de Heemstedse jongeren die aan het E-MOVO onderzoek hebben meegedaan. Het percentage Heemstedse vmbo-leerlingen dat binge-drinker is, is lager dan het regionale percentage (29% ten opzichte van 37%). Het percentage Heemstedse havo/vwo-leerlingen is juist hoger dan het regionale gemiddelde (30% ten opzichte van 24%). Ook hier wijken de havo/vwo-scholieren dus negatief af. Van de binge-drinkers uit Heemstede vindt een grote meerderheid (81%) van zichzelf dat hij/zij niet teveel drinkt.

Vergeleken met de resultaten van het E-MOVO onderzoek uit 2005 toont het in 2009 gehouden onderzoek een aanzienlijke afname (voor de 2<sup>e</sup> klassers met 50% en de 4<sup>e</sup> klassers met 20%) van het gebruik van alcohol. Door de inzet van preventieve activiteiten willen we blijven bijdragen aan deze ontwikkeling. Hier gaan we in het onderstaande nader op in.

Uit het E-MOVO onderzoek blijkt dat in 2009 13% van Heemstedse scholieren in klas 2 en klas 4 van het voortgezet onderwijs in de maand voorafgaand aan het onderzoek hasj/wiet heeft gebruikt. Dit is meer dan het regionale gemiddelde van 8%. Zowel het percentage Heemstedse vmbo-leerlingen als havo/vwo-leerlingen wijkt negatief af van de regio, respectievelijk 15% - 10% en 12% - 6%. Vergeleken met de resultaten van het E-MOVO onderzoek uit 2005 blijkt uit het in 2009 gehouden onderzoek dat het gebruik van hasj/wiet door Heemstedse scholieren nagenoeg ongewijzigd is.

Verder blijkt uit het E-MOVO onderzoek dat in 2009 14% van de Heemstedse scholieren in klas 2 en klas 4 wekelijks roken. Dit is gelijk aan het regionale percentage. Onder de vmbo-scholieren is het percentage rokers hoger dan onder havo/vwo-leerlingen (respectievelijk 24% en 12%). Ook deze percentages verschillen nauwelijks van de resultaten van het E-MOVO onderzoek uit 2005.

#### **Overgewicht**

In Heemstede is 11,6% van de jongeren te zwaar (overgewicht en obesitas). In vergelijking met het landelijke en regionale percentage (respectievelijk 14% en 14,4%) vertoont Heemstede weliswaar een positief beeld, maar ook het Heemstedse percentage vormt een bedreiging voor de gezondheid.

#### **Lichamelijke activiteit**

Van de scholieren uit Heemstede beweegt 4% minder dan 3 uur per week matig intensief, 19% tussen de 3-7 uur er week en 77% minder dan 7 uur per week. Dat is gunstiger dan de

<sup>16</sup> Scholierenonderzoek E-MOVO 2009 (Elektronische MOnitor en Voorlichting), regio Kennemerland, 2010. Dit onderzoek, gericht op gezondheid en leefstijl van 2<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup>-klassers van het voortgezet onderwijs vindt elke 4 jaar plaats.

regionale cijfers, die respectievelijk 7%, 28% en 66% bedragen. Minder dan 7 uur per week bewegen komt meer voor bij vierdeklassers (28%), dan bij tweedeklassers (19%). Van de scholieren uit Heemstede sport 86% in verenigingsverband, 14% sport niet bij een vereniging (regionaal is dit 28%).

## 8.6 Informatie ziekten in Heemstede

In de onderstaande tabel treft u informatie aan over het percentage Heemstedenaars met een (chronische) ziekte. Ter vergelijking zijn de landelijke en regionale percentages toegevoegd.

Ziekte	Percentage van de bevolking (peiljaar 2008)			Absolute aantallen
	Nederland	Kennemerland	Heemstede	Heemstede
Beroerte	1,14	1,60	2,03	520
Hartfalen	1,64	1,93	2,56	657
Borstkanker	0,59	0,63	0,75	193
COPD	2,01	2,22	2,70	700
Angststoornissen	7,73	7,89	8,17	2.094
Coronaire hartaandoeningen	5,98	6,71	8,49	2.176
Dementie	1,12	1,73	2,37	607
Depressie	5,11	5,23	5,45	1.397
Diabetes	4,57	4,99	6,07	1.556

Voor zover de gezondheidsproblemen in Heemstede verschillen met de regionale en/of landelijke problematiek, is dat voor een groot deel toe te schrijven aan de specifieke demografische samenstelling van de gemeente, zoals beschreven in paragraaf 4.2. Een voorbeeld hiervan zijn de gevolgen voor de gezondheid als gevolg van de vergrijzing. Op basis van leeftijdgebonden aspecten heeft de oudere bevolking een verhoogd risico op chronische aandoeningen als: angststoornissen, beroerte, coronaire hartaandoeningen, dementie, hartfalen, diabetes en depressie.

### 8.6.1 Prognose verloop (chronische) ziekten in Heemstede

In onderstaande tabel geven we inzicht in de verwachte toekomstige ontwikkeling van (chronische) ziekten in Heemstede. Dit is gebaseerd op de demografische ontwikkeling en de leefstijlfactoren. Ter vergelijking treft u tevens de ontwikkeling voor Nederland aan.

Tabel: toekomstig verloop (chronische) ziekten

	Ontwikkeling in 2008-2025 Heemstede	Ontwikkeling in 2008-2025 Nederland
Beroerte	+33%	+44%
Hartfalen	+36%	+47%
Borstkanker	+12%	+22%
COPD	+27%	+38%
Angststoornissen	- 6%	+ 5%
Coronaire hartaandoeningen	+34%	+45%
Dementie	+58%	+46%
Depressie	- 5%	+ 7%
Diabetes	+16%	+26%

De grootste toekomstige groei bij de hartfalen, coronaire hartaandoeningen, beroerte, COPD en diabetes zal plaatsvinden in de leeftijdscategorie 75 jaar en ouder. Ondanks de vergrijzing is de verwachte toename van patiënten met deze ziekten in Heemstede geringer dan het landelijke gemiddelde. Dit wordt met name veroorzaakt door de hoge SES, oftewel door de gunstige effecten van de leefstijl in Heemstede.

Het aantal dementerenden zal tot 2025 landelijk met 46% stijgen. Op basis van de bevolkingsontwikkeling wordt in Heemstede een grotere stijging van patiënten met dementie verwacht dan op landelijk niveau. Bij dementie is sprake van geheugenstoornissen in combinatie met een of meer specifieke cognitieve stoornissen. De belangrijkste determinant is

leeftijd. Met de leeftijd neemt de kans op dementie toe. Dementie heeft hiermee een directe correlatie met de mate van vergrijzing. Bij de leeftijdsgroep van 60 tot 65 jaar is die kans 1 op 100; bij de leeftijd van 80 tot 85 jaar is dat opgelopen naar een kans van 15 op 100.

Naar verwachting zal het aantal patiënten met een depressie in de periode tot 2025 landelijk met 7% stijgen. De toekomstige groei vindt plaats in de leeftijdscategorie van 45-65 jaar. De werkende bevolking heeft het meeste kans op het krijgen van een depressie. Gezien de bevolkingsontwikkeling zal in Heemstede sprake zijn van een daling van het aantal patiënten. Hetzelfde zien we met betrekking tot angststoornissen: deze komen het meest voor bij de leeftijdsklassen 30-65 jaar.

Onder vrouwen van 30 tot en met 59 jaar is borstkanker een van de belangrijkste doodsoorzaken. In de laatste 3 decennia is het aantal vrouwen waarbij borstkanker wordt vastgesteld gestegen met circa 60%. Geschat wordt dat circa de helft van deze toename is terug te voeren op het bevolkingsonderzoek naar borstkanker dat in 1988 van start is gegaan. De grootste toekomstige groei vindt plaats in de leeftijdscategorie 45-65 jaar. Door de ontwikkeling van de bevolkingsamenstelling zal Heemstede minder dan landelijk te maken krijgen met de diagnose borstkanker.

### 8.7 Landelijk gezondheidsbeleid: nota “Gezondheid Dichtbij”

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 van het RIVM laat zien dat het goed gaat met de gezondheid in Nederland, maar dat het nog beter kan. Ook blijkt dat de vijf speerpunten uit de preventienota 2006, de vorige landelijke nota gezondheidsbeleid, belangrijk blijven om de volksgezondheid te verbeteren. Dit zijn overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. Oftewel 3 leefstijlfactoren en 2 ziekten, waarvan wordt verwacht dat er in de (nabije) toekomst een relatief sterke stijging in het aantal patiënten zal plaatsvinden.

#### Speerpunten rijk “Gezondheid Dichtbij”:

##### Aanpak van:

1. Depressie
2. Diabetes
3. Overgewicht
4. Roken
5. Schadelijk alcoholgebruik

##### Accenten in beleid

- bewegen/sporten dichtbij in de buurt
- zorgt dichtbij in de buurt
- eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht
- jeugd centraal

In mei 2011 is, conform de eerder genoemde preventiecyclus, de landelijke nota gezondheidsbeleid “Gezondheid Dichtbij” gepubliceerd. In de nota benoemt de minister de landelijke prioriteiten die aanknopingspunten bieden voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid.

Het rijk blijft uitgaan van de eerder genoemde speerpunten om de volksgezondheid te verbeteren. Naast aandacht voor ziektepreventie blijft het bevorderen van een gezonde leefstijl belangrijk. En dat is natuurlijk niet zonder reden, want de belangrijkste chronische aandoeningen hebben veel te maken met ongezond gedrag van mensen. Het veranderen van leefstijl is echter niet gemakkelijk.

Om dit te kunnen realiseren legt het rijk de nadruk meer dan voorheen op beweging. Ook de Beleidsbrief Sport van VWS, die tegelijkertijd uitkwam, geeft als een van de speerpunten: zorg ervoor dat iedereen veilig kan sporten in de eigen buurt. Bewegen is goed voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid en heeft een positieve invloed op alle genoemde speerpunten. Ongezonde leefgewoonten komen vaak in combinatie voor: mensen die minder bewegen eten vaker ongezond, roken vaker en drinken vaker excessief alcohol. Bewegen leidt ook tot minder depressie en diabetes.

De gezondheidszorg kan zich volgens het rijk nog meer richten op het bevorderen van gezondheid, naast het bestrijden van ongezondheid. Herkenbare en toegankelijke zorgvoorzieningen in de buurt of digitaal bereikbare zorgvoorzieningen (EHealth) kunnen

hieraan bijdragen, net als tijdige signalering van gezondheidsrisico's en toepassing van effectieve interventies en innovatieve behandelwijzen. Zorg en preventie moeten meer worden afgestemd.

In de landelijke nota wordt extra aandacht besteed aan de jeugd. Naast bevordering van (het aanleren van) een gezonde leefstijl, vroege signalering van risico's en inzet op weerbaarheid om dagelijkse verleidingen te weerstaan, vindt het rijk dat het stellen van grenzen en het stimuleren van een gezonde basis bij de jeugd belangrijk is.

Een goede gezondheid begint bij mensen zelf. In de nota wordt de nadruk gelegd op het bieden van de mogelijkheid aan burgers om zelf keuzes te maken en verantwoordelijkheid te nemen voor gezonde keuzes. Het rijk staat voor eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht van mensen. Dit betekent dat de mensen zelf in eerste instantie aan zet zijn. Volgens het rijk heeft de huidige aanpak op het gebied van gezond gedrag te weinig opgeleverd, omdat de nadruk te veel lag op wat mensen moeten doen of laten. En is het tijd voor een omslag. Een omslag van "gezond moeten leven" naar "makkelijker toegankelijk maken van gezonde keuzes"

Als het om leefstijl gaat, schrijft de overheid mensen zo min mogelijk voor wat ze wel of niet mogen. Mensen maken zelf keuzes. De omgeving dient ertoe bij te dragen dat mensen worden gestimuleerd een keuze voor een gezonde leefstijl te maken.

Deze beleidsomslag gaat gepaard met nieuw subsidiebeleid. Zo zullen er geen algemene massamediale campagnes meer worden gevoerd, aldus de nota. Verder kiest het rijk in plaats van subsidiëring van leefstijlprojecten voor de voortzetting van combinatiefuncties en investering in sport en bewegen in de buurten. Ook wil het kabinet inzetten op herkenbare en toegankelijke zorgvoorzieningen in de buurt en betere digitale bereikbaarheid (EHealth). Het kabinet beschouwt EHealth als een belangrijk toekomstig onderdeel van de zorgketen. Ehealth omvat gerichte voorlichting, zelftests en behandeling via internet en ook zorg op afstand.

### 8.8 Speerpunten voor Heemstede in de periode 2012-2016

In lijn met de landelijke doelstellingen van de nota "Gezondheid Dichtbij" benoemen we de vijf landelijke speerpunten ook voor het Heemstedse volksgezondheidsbeleid in de periode 2012-

2016. Hierbij zullen we ons per speerpunt richten op de doelgroep waar in Heemstede op grond van de lokale gezondheidsgegevens de meeste gezondheidswinst te behalen is.

#### Speerpunten gemeente Heemstede

1. Dementie
2. Depressie
3. Diabetes
4. Overgewicht
5. Roken
6. Schadelijk alcoholgebruik

#### Accenten in beleid

- bewegen/sporten in de buurt
- zorgt dichtbij in de buurt
- eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht
- jeugd en ouderen centraal

Gelet op de geconstateerde gezondheidsproblemen en de demografische samenstelling van de gemeente voegen we, aanvullend op het overnemen van de landelijke speerpunten, een zesde speerpunt toe: dementie.

Ook voor wat de accenten in beleid nemen we de accenten van het rijk over. Aanvullend daarop vinden we, gelet op de Heemstedse bevolkingssamenstelling, ook de aandacht voor ouderen van groot belang. In de volgende paragrafen werken we de speerpunten verder uit. Hierbij behandelen we roken en schadelijk alcoholgebruik tezamen (schadelijk gebruik van genotmiddelen).

### 8.8.1 Speerpunt: dementie

#### **Problematiek**

Dementie is niet één ziekte, maar een verzameling van verschijnselen, zoals geheugenverlies, moeite met aangeleerde vaardigheden en verandering van gedrag. Dementie is een verzamelnaam voor ruim vijftig ziektes. De meest voorkomende vorm van dementie - in circa de helft van de gevallen - is de ziekte van Alzheimer.

In Nederland heeft 1,12% van de bevolking een vorm van dementie (peiljaar 2008). Dit percentage zal naar verwachting de komende jaren toenemen tot 1,64% in 2025. In Heemstede is momenteel sprake van een percentage van 2,37 (ruim 600 inwoners). Dit percentage zal met name als gevolg van de vergrijzing naar verwachting de komende jaren toenemen tot 3,74 in 2.025 (ruim 900 inwoners).

Gelet op de demografische samenstelling van de gemeente, het relatief hoge percentage inwoners met een vorm van dementie - nu en in de nabije toekomst - én de grote mate waarin de ziekte het zelfstandig functioneren, beïnvloedt vinden we, aanvullend op de landelijke speerpunten, de ondersteuning bij dementie een belangrijk speerpunt van ons lokale beleid.

#### **Wat doen we al?**

De afgelopen periode hebben we ingezet op een goede vroegsignalering vanuit het Loket Heemstede en zijn de volgende projecten aangeboden.

#### *Draagnet*

Een goedlopende ketenzorg draagt substantieel bij aan de kwaliteit van leven van dementerenden. Een belangrijke schakel in de ketenzorg is een zogeheten casemanager. Deze kan de cliënt en de mantelzorgers ondersteuning bieden in het vinden van de benodigde zorg en het verkrijgen van de benodigde voorzieningen.

Vanuit Draagnet, een project van Zorgbalans, worden in Zuid-Kennemerland thuiswonende dementerenden én hun familie/naasten (mantelzorgers) via casemanagers ondersteund, zodat thuiswonen zo optimaal mogelijk is en crisissituaties worden voorkomen. In Heemstede worden circa 140 patiënten ondersteund. Om ondersteuning van Draagnet te krijgen is het vereist dat de diagnose dementie is gesteld. De ondersteuning bestaat onder andere uit het geven van uitgebreide informatie over dementie, het adviseren en begeleiden van familie/naasten over de omgang met dementie, het bieden van praktische hulp aan familie/naasten en het bemiddelen met de huisarts en de aanbieders van geïndiceerde zorg (zoals de dagbehandeling). Het project Draagnet is hiermee een aanvulling op het geïndiceerde zorgaanbod voor dementerenden.

Financiering vindt plaats via een gezamenlijke inzet van de regiogemeenten en het Zorgkantoor. De financiering vanuit het Zorgkantoor heeft voornamelijk geen structureel karakter.

#### *Dagbestedingsproject*

Zoals beschreven in paragraaf 6.5. verzorgt SHDH sinds 1 juni 2010 samen met de Stichting Welzijn Ouderen Heemstede (WOH) 3 dagen per week een dagbestedingsproject voor ouderen aan de Lieven de Keylaan. Aanleiding voor het starten van dit project was de zogenaamde pakketmaatregel in de AWBZ waarbij mensen met een psychosociaal probleem of een lichte beperking niet langer voor begeleiding onder de AWBZ in aanmerking kwamen. Dit project is onder andere bedoeld voor mensen met beginnende dementie. Als de beperkingen als gevolg van de dementie toenemen, vindt doorgeleiding plaats naar AWBZ-begeleiding. Indien de decentralisatie van de begeleiding AWBZ doorgang vindt, kan een verdere afstemming van de dagbesteding en begeleiding voor deze doelgroep worden gerealiseerd.

### *Lotgenotencontact/ontmoetingsfunctie*

De regionale afdelingen van de Stichting Alzheimer Nederland organiseren de zogenoemde Alzheimer Cafés. Een Alzheimer Café is een maandelijkse informele bijeenkomst voor mensen met dementie, hun naasten en belangstellenden. Nederland telt meer dan 200 Alzheimer Cafés. De maandelijkse bijeenkomsten starten met een interview met een deskundige of de vertoning van een film, waarna de bezoekers ideeën, informatie en ervaringen kunnen uitwisselen.

Uit onderzoek, gesprekken met patiënten, zorgverleners, gemeente en andere belanghebbenden is gebleken dat er behoefte is aan een Alzheimer Café in Heemstede. Als proef zijn in de periode april t/m juni 2012 door de afdeling Zuid-Kennemerland van de Stichting Alzheimer Nederland in samenwerking met de Stichting Welzijn Ouderen Heemstede, Tandem en Draagnet drie Caféavonden in Heemstede georganiseerd om te bezien in hoeverre hier in de praktijk ook daadwerkelijk animo en draagvlak voor is. Gelet op de aanzienlijke bezoekersaantallen kan worden geconcludeerd dat de avonden voorzien in een behoefte: vanaf september 2012 zal maandelijks in Heemstede een Alzheimer Café worden georganiseerd.

### *Signalering en informatievoorziening*

Via het Loket Heemstede geven we informatie en advies over dementie. Dit betreft vooral situaties waarin de mantelzorger een "niet-pluis"-gevoel heeft en er nog geen diagnose is gesteld. Dit is van belang omdat volgens gegevens van Alzheimer Nederland bij circa de helft van de dementiepatiënten nog geen diagnose is gesteld.

Ook wordt door de medewerkers van het Loket informatie verstrekt over de mogelijkheden van hulpverlening, waaronder het project Draagnet, het dagbestedingsproject en het Alzheimercafé. Daarnaast wordt vanuit het Loket Heemstede gekeken naar de verdere ondersteuningsmogelijkheden van mantelzorgers.

### *Mantelzorgondersteuning*

De verschillende huidige ondersteuningsmogelijkheden voor mantelzorgers en de projecten die we in de komende periode willen uitvoeren - zoals de inzet Eigen Krachtmethodiek en netwerkcoaches, het ontwikkelen van vormen van respijtzorg en het werven van zorgvrijwilligers - hebben we beschreven in paragraaf 5.4.

### **Wat gaan we de komende periode doen?**

We zullen de komende periode de bovenstaande inzet continueren. Aanvullend op onze huidige inzet zullen we de komende periode:

- Aan de medewerkers van het Loket Heemstede trainingen bieden, zodat zij (blijven) beschikken over de nodige, actuele kennis en vaardigheden om symptomen van dementie vroegtijdig te kunnen blijven signaleren. Uit onderzoek van Alzheimer Nederland blijkt dat met name de vroegsignalering van dementie een belangrijk aandachtspunt is.
- De vroegsignalering van dementie verbeteren door middel van het bieden van deskundigheidsbevordering aan medewerkers (professionals en vrijwilligers) van de Stichting Welzijn Ouderen Heemstede. Zodat snel de juiste ondersteuning kan worden ingezet. Hierbij denken we met name aan de medewerkers die de huisbezoeken en de vervoersprojecten uitvoeren.
- In overleg gaan met huisartsen en Zorgkantoor/zorgverzekeraar om de samenwerking op het gebied van de signalering van dementie te versterken.
- Met de regiogemeenten en het Zorgkantoor in overleg gaan om nadere afspraken te maken over de structurele financiering van Draagnet.
- Het wonen voor mensen met dementie betrekken bij de mogelijkheid van het realiseren van een woonservicegebied in Heemstede (zie paragraaf 5.11.1).

Met het bovenstaande streven we naar een verbetering van de vroegsignalering van dementie. En naar een versterking van de ketenzorg dementie. Een goed lopende zorgketen draagt substantieel bij aan de kwaliteit van leven van dementerenden.

#### **Voorstel**

Zowel in 2013 als in 2014 een incidenteel bedrag van € 5.000 reserveren voor trainingen/deskundigheidsbevordering op het gebied van de vroegsignalering van dementie. We gaan in overleg met huisartsen en Zorgkantoor/zorgverzekeraar ten behoeve van samenwerking bij signalering dementie. Met de regiogemeenten gaan we in overleg met Zorgkantoor over structurele financiering van Draagnet. We betrekken wonen voor mensen met dementie bij het mogelijk realiseren van een woonservicegebied.

### **8.8.2 Speerpunt: depressie**

#### **Problematiek**

Van een depressieve stemming is sprake als er gedurende een langere periode een abnormale somberheid bestaat en/of een abnormale lusteloosheid. Depressies hebben een belangrijke invloed op de kwaliteit van leven en zijn aandoeningen waarmee men gemiddeld genomen gedurende vele jaren leeft. Ze vormen hiermee een grote bedreiging voor de volksgezondheid.

Depressies hebben veelal niet één duidelijke oorzaak. Ze ontstaan door een combinatie van lichamelijke, sociale en psychische factoren en persoonlijke eigenschappen. De belangrijkste lichamelijke factor is erfelijkheid. Maar ook lichamelijke ziekten, gebruik van medicijnen en overmatig gebruik van alcohol en/of drugs zijn belangrijke factoren.

De belangrijkste sociale factoren zijn belastende situaties, zoals voortdurende stress of het verlies van een partner. Voorbeelden van psychische factoren en persoonlijke eigenschappen die het ontwikkelen van een depressie bevorderen zijn bijvoorbeeld weinig zelfvertrouwen en faalangst. Het psychisch welbevinden van mensen wordt sterk beïnvloed door de mate waarin sociale contacten worden onderhouden. Oftewel, eenzame mensen hebben een grotere kans om depressief te raken.

Ouderen hebben een verhoogd risico op het krijgen van een depressie. Dit risico neemt toe als de oudere ook mantelzorg is. Vaak zien ouderen hun sombere gevoel als 'logisch', aangezien ze in hun leven al veel hebben meegemaakt. Verdriet en rouw door het verlies van dierbaren om hun heen en het verminderen van de sociale contacten zijn daar voorbeelden van.

Ouderen vormen hiermee, zeker in een vergrijsde gemeente als Heemstede, een risicogroep. Maar een depressie kan op alle leeftijden voorkomen. Bij de werkende bevolking als gevolg van stress en spanning. Maar ook bij kinderen en jongeren. In plaats van somber en futloos zijn depressieve kinderen vooral prikkelbaar en druk. Bij kinderen met een depressie zien we vaak gevolgen in het sociale leven (bijvoorbeeld minder vriendschappen) en de schoolprestaties (zoals onder het niveau presteren). Vaak gaat de depressie samen met andere stoornissen, zoals angsten, eetproblemen en antisociaal gedrag. Gelet hierop is het van belang dat een depressie in de kinderjaren tijdig wordt herkend en aangepakt.

Per jaar heeft landelijk 5,11% van de bevolking een depressie; dit percentage zal naar verwachting toenemen tot 5,47% in 2025. Het Heemsteedse percentage is momenteel 5,45%. Gelet op de (vergrijsde) bevolkingssamenstelling van Heemstede is dit percentage relatief laag. Door een afname van de beroepsbevolking, zien we in Heemstede naar verwachting de komende jaren een afname tot 5,18% in 2025.

#### **Speerpunt rijk**

Depressieve klachten worden volgens het rijk niet of laat onderkend. Doordat de hulp hierdoor niet of te laat wordt ingezet, kunnen klachten verergeren of een chronisch karakter krijgen. Het

rijk heeft de aanpak van depressie dan ook als speerpunt benoemd. Bij deze aanpak is niet alleen een rol weggelegd voor zorgverleners en zorgverzekeraars, maar ook voor gemeenten. Dit via preventieve activiteiten.

Gemeenten zijn in dit verband verantwoordelijkheid voor:

- universele preventie: dit betreft voorlichting en bewustwording gericht op mensen die (nog) geen klachten te hebben;
- selectieve preventie: maatregelen gericht op risicogroepen met (nog) geen of lichte klachten<sup>17</sup>. Ook dit betreft het geven van voorlichting en het zorgen voor bewustwording van de problematiek. Daarnaast gaat het hierbij om signaleren van problematiek en het toe leiden naar hulpverlening.

### **Wat doen we al?**

De universele preventie hebben we betrokken bij de inzet op het vlak van de Collectieve preventie GGZ. Voor de algemene voorlichting zijn we een subsidierelatie aangegaan met GGZ InGeest en het Jeugdriagg. GGZ InGeest verzorgt hiervoor advertenties en verspreidt informatiemateriaal (via media en website) voor alle inwoners. Ook verzorgt de instelling informatiebijeenkomsten voor mantelzorgers en geeft ze voorlichting over depressies voor ouderen. Vanuit het Jeugdriagg wordt onder andere de mogelijkheid aan jongeren (12-23 jaar) geboden om anoniem te communiceren over depressieve gevoelens (PratenOnline) of een afspraak te maken voor een chat met een hulpverlener (zie hiervoor tevens paragraaf 8.9).

Bij het voorkomen van depressies is sprake van een duidelijk verbinding met het brede welzijnsterrein. Zo hebben we de afgelopen jaren ingezet op de versterking van activiteiten die (mede) een ontmoetingsfunctie hebben. Vooral voor ouderen, omdat bij hen het risico van het ontstaan van depressie relatief groot is. Met name door de Stichting Welzijn Ouderen (inclusief de Pauwehof), de ouderenbonden en de Stichting CASCA worden veel activiteiten geboden die ouderen de gelegenheid bieden om mee te (blijven) doen in de maatschappij. Informatie over deze preventieve activiteiten hebben we verstrekt via de media, de Seniorengids, het Loket Heemstede en het door de Stichting WOH uitgevoerde preventieve huisbezoek. Voor die ouderen voor wie participeren door omstandigheden geen vanzelfsprekende stap is, bieden we activerend huisbezoek en dagbesteding. Zodat ook zij kunnen meedoen en eenzaamheid kan worden verminderd.

Voor inwoners die als gevolg van een ingrijpende gebeurtenis een verhoogd risico lopen om depressieve klachten te krijgen, bieden we via het algemeen maatschappelijk werk cursussen en verzorgen we lotgenotencontact. Bijvoorbeeld voor mensen die in een rouwfase verkeren. Ook worden er via het algemeen maatschappelijk werk cursussen geboden aan mensen met problemen van (licht) depressieve aard.

Vanuit het Centrum voor Jeugd en Gezin wordt ondersteuning geboden aan kinderen die als gevolg van faalangst of het tekortschieten van sociale vaardigheden risico lopen problemen van depressieve aard te krijgen. We doen dit via onder andere het Vriendenprogramma. Tevens wordt vanuit het Centrum voor Jeugd en Gezin - met inzet van het Jeugdriagg - ondersteuning geboden aan kinderen van ouders met psychiatrische problematiek en aan kinderen van gescheiden ouders (KIES-project). Ook deze kinderen hebben een verhoogd risico tot problemen van depressieve aard.

Tot slot hebben we voor wat betreft het kunnen signaleren van depressieve problematiek bij ouderen en mantelzorgers ingezet op de deskundigheidsbevordering van de medewerkers van het Loket Heemstede.

---

<sup>17</sup> Indien er sprake is van lichte klachten is er ook reeds een rol weggelegd voor zorgverleners en zorgverzekeraars.



### **Wat gaan we de komende periode doen?**

We zullen de komende periode de bovenstaande, integrale, inzet continueren. Op deze wijze willen we bijdragen aan een voorzieningenaanbod dat de psychische gezondheid bevordert en de zelfredzaamheid van mensen vergroot. Aanvullend op onze huidige inzet zullen we de komende periode:

- Meer voorlichting geven over depressieve klachten en de hulpverleningsmogelijkheden. Voor de informatievoorziening - en de wijze waarop deze plaatsvindt (onder andere via sociale media en internet) - maken we nadere afspraken binnen de subsidieverstrekking aan GGZ InGeest en het Jeugdriagg. De voorlichting is enerzijds gericht op de bevolking in het algemeen en specifiek op jongeren, ouderen en mantelzorgers.
- De signalering van depressieve klachten bij ouderen en mantelzorgers verbeteren door middel van het bieden van deskundigheidsbevordering aan medewerkers (professionals en vrijwilligers) van de Stichting Welzijn Ouderen Heemstede. Zodat snel de juiste ondersteuning kan worden ingezet. Hierbij denken we met name aan de medewerkers die de huisbezoeken uitvoeren. We zullen hiervoor afspraken maken met GGZ InGeest.
- De signalering van depressieve klachten van jongeren verbeteren door middel van het bieden van deskundigheidsbevordering aan beroepskrachten van het onderwijs en de medewerkers van het CJG. Zodat snel de juiste ondersteuning kan worden ingezet. We gaan hiervoor afspraken maken met het Jeugdriagg.
- In overleg gaan met huisartsen en Zorgkantoor/zorgverzekeraar om de samenwerking op het gebied van de signalering van depressies te versterken.
- Via het CJG informatiebijeenkomsten bieden voor ouders om problematiek van psychische aard (waaronder depressies) eerder te kunnen signaleren.
- Via het CJG ondersteuning bieden aan kinderen van ouders met depressieve klachten. Deze kinderen hebben een verhoogd risico tot het ontwikkelen van klachten van depressieve aard.
- Bij de informatievoorziening sluiten we zo mogelijk aan bij landelijk ontwikkelde initiatieven op het vlak van depressiepreventie (zoals de websites Mentaal Vitaal en het Partnership Depressiepreventie).

Met het bovenstaande streven we naar een verbetering van de tijdige signalering van depressieve klachten en naar een versterking van de competenties van mensen met een verhoogd risico voor depressies. Zodat het percentage Heemstedse inwoners met problemen van depressieve aard (verder) daalt.

#### **Voorstel**

We zetten in op verbetering van de signalering van depressieve klachten en op verbetering van de voorlichting over depressies en hulpverleningsmogelijkheden. We gaan vanuit het CJG ondersteuning bieden aan kinderen van depressieve ouders. We gaan in overleg met huisartsen en Zorgkantoor/zorgverzekeraar ten behoeve van de samenwerking bij de signalering van depressieve klachten. In zowel 2013 als in 2014 reserveren we een incidenteel bedrag van € 10.000 voor projecten ten behoeve van de bevordering van de aanpak van psychische problematiek, waaronder depressies.

### **8.8.3 Speerpunt: diabetes**

#### **Problematiek**

Diabetes mellitus (oftewel suikerziekte) is de meest voorkomende ziekte in Nederland. Bij diabetes kan het lichaam de bloedsuiker niet meer regelen. Er zijn 2 soorten diabetes: diabetes type 1 en diabetes type 2. Bij diabetes type 1 maakt het lichaam zelf helemaal geen insuline aan (het afweersysteem maakt per ongeluk de cellen die insuline aanmaken kapot). 1 op de 10 mensen met diabetes heeft diabetes type 1. Bij type 2 heeft het lichaam te weinig insuline.

Veroudering vergroot de kans op het krijgen van diabetes type 2; het wordt dan ook wel "ouderdomsdiabetes" genoemd. 9 van de 10 mensen met diabetes hebben diabetes type 2.

Diabetes is een ernstige chronische ziekte. Zonder een passende leefstijl en goede behandeling krijgen veel patiënten complicaties, waaronder hart- en vaatziekten, oogproblemen/blindheid, aantasting van de nieren en het zenuwstelsel en dementie.

Landelijk is 4,6 % van de Nederlanders diabetespatiënt. In Heemstede is sprake van een percentage van 6% (1.556 inwoners). Het aantal Nederlanders met diabetes zal jaarlijks toenemen: naar verwachting zal in 2025 5,8% van de Nederlanders diabetes; en 7% van de Heemstedse inwoners (ruim 1.800 Heemstedenaren).

De toekomstige toename van diabetes zal met name plaatsvinden bij ouderen: gelet op de (vergrijsde) bevolkingssamenstelling van Heemstede is (de toename in) het percentage diabetespatiënten relatief laag. Dit wordt met name veroorzaakt door de hoge SES, oftewel door de gunstige effecten van de leefstijl in Heemstede. Gelet op het feit dat, ondanks het relatieve lage percentage, een aanzienlijk aantal Heemstedse inwoners diabetes heeft, gaan we ons de komende periode mede op deze doelgroep richten.

Verontrustend is in Nederland tevens de toename van jongere diabetespatiënten. Deze ontwikkeling is in Heemstede niet aanwezig: het aantal diabetespatiënten jonger dan 30 jaar is gering: circa 0,16% van het totaal aantal inwoners van 0-30 jaar (7.500). En naar verwachting neemt dit percentage niet toe in de periode tot 2025.

#### **Relatie met speerpunt tegengaan van overgewicht**

Diabetes type 1 lijkt niet te voorkómen, omdat de precieze oorzakelijke factoren nog niet bekend zijn. Meer is bekend over de mogelijkheden om de kans op diabetes type 2 te verminderen en om verergering te voorkomen. Een belangrijke rol hierbij spelen: lichamelijke activiteit en het voorkómen van overgewicht. Het succes in de aanpak van diabetes hangt op de lange termijn dus mede af van de resultaten in het bestrijden van overgewicht. Gelet hierop werken we de aanpak van diabetes niet als apart speerpunt uit, maar nemen we het mee bij het tegengaan van overgewicht, c.q. het stimuleren van meer bewegen.

#### **8.8.4 Speerpunt: overgewicht**

##### **Problematiek**

Overgewicht is na roken de belangrijkste oorzaak van ziekten. Mensen met overgewicht hebben een verhoogde kans op tal van ziekten en chronische aandoeningen, zoals diabetes, hart- en vaatziekten, kanker, aandoeningen van het bewegingsapparaat en psychische klachten. Met alle beperkingen van dien. Daarnaast kunnen kinderen met overgewicht sociale uitsluiting ervaren door pesten en het niet kunnen meedoen met de groep.

In Nederland is 47% van de volwassen bevolking en 17% van de kinderen te zwaar. De Heemstedse percentages zijn met respectievelijk 38% en 11,6% aanzienlijk gunstiger, maar vormen nog steeds een bedreiging voor de gezondheid.

##### **Speerpunt rijk**

Het rijk heeft, gelet op de bedreiging voor de gezondheid die overgewicht met zich meebrengt, de preventie van overgewicht als een van de speerpunten van het landelijke gezondheidsbeleid benoemd. Het rijk legt daarbij het accent op bewegen. Bewegen is goed voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid én is verbonden met de andere speerpunten. Het rijk heeft in dit verband onder andere besloten de cofinanciering van combinatiefunctionarissen sport te continueren. Een combinatiefunctie is een functie waarbij een werknemer in dienst is bij één werkgever, maar werkzaam is in of ten behoeve van 2 sectoren (bijvoorbeeld onderwijs en sport of cultuur).

Ook wij leggen bij dit speerpunt het accent op bewegen. En op jeugd en ouderen.

### **Wat doen we al?**

Ons beleid op het gebied van sport en bewegen hebben we neergelegd in de nota Sport en Bewegen. In deze nota is aangegeven dat we alle Heemstedse inwoners de mogelijkheid willen bieden om te kunnen bewegen en sporten. Dit doen we via het bieden van voldoende en kwalitatief goede en toegankelijke sportaccommodaties. Zodat bij Heemstede sport op elk breedtesportniveau kan worden beoefend. Maar ook door het multifunctionele gebruik van de gemeentelijke sportaccommodaties te stimuleren. Zo zijn via de recente upgrading (inclusief skatebaan, hardlooptrack en fitnessstoestellen) en renovatie van het gemeentelijke sportpark en het sportcentrum Groenendaal de mogelijkheden voor (meer doordeeweekse) sport- en beweegactiviteiten buiten verenigingsverband vergroot.

Sportservice Noord-Holland biedt sinds april 2010 een fysiek sportloket in het CJG Heemstede (donderdag van 11.00 uur tot 17.00 uur). Dit loket is tevens dagelijks telefonisch en digitaal bereikbaar. Inwoners en verenigingen kunnen zich met vragen tot het loket richten.

Sinds 2010 wordt ook jaarlijks de Heemstede Loop gehouden, als onderdeel en sluitstuk van het regionale hardloopcircuit. De deelname aan de loop is zeer hoog (1.200 a 1.500 deelnemers). Vergelijkbare hardloopevenementen kennen een deelnemersveld van circa 750 lopers. Ook via dit evenement bieden we alle Heemstedse inwoners de gelegenheid om recreatief te sporten.

Het bovenstaande is gericht op alle Heemstedenaren. Daarnaast hebben we de afgelopen periode ook activiteiten uitgevoerd die specifiek gericht zijn op, c.q. bijdragen aan het voorkomen van overgewicht bij jeugd en jongeren.

### *Doelgroep jeugd*

Via de jeugdgezondheidszorg (consultatiebureaus en schoolartsen) volgen we kinderen op verschillende leeftijdsmomenten in hun ontwikkeling. Dit betreft ook het gewicht. Op deze wijze kan (dreigend) overgewicht worden gesignaleerd en ondersteuning worden geboden. Bijvoorbeeld in de vorm van een advies over voeding en/of bewegen.

Het bewegen door jongeren hebben we de afgelopen periode bevorderd via het gymnastiekonderwijs, dat in de meeste gevallen door een vakleerkracht wordt gegeven, en het schoolzwemmen.

Ook zetten we per 2010 combinatiefunctionarissen in. Hiervoor maken we (mede) gebruik van de door het rijk verstrekte middelen. Voorwaarde voor het structureel worden van de rijksbijdrage per 2013 is dat per 31-12-2012 in Heemstede 3 fte combinatiefuncties zijn gerealiseerd voor sport en cultuur. Voor de projectleiding en aanstelling (formeel werkgeverschap) van de combinatiefunctionarissen zijn we een overeenkomst aangegaan met de Stichting Sportsupport Kennemerland. Voor nadere informatie verwijzen we naar de nota Jeugd en Onderwijs.

Tevens hebben we, via Sportservice Noord-Holland, de Jeugdsportpas aangeboden. Gelet op het relatief geringe gebruik van deze pas (140 deelnames door Heemstedse kinderen in 2011) - en het feit dat de combinatiefunctionarissen een aantrekkelijk alternatief kunnen bieden - hebben we de deelname aan de Jeugdsportpas per schooljaar 2012-2013 beëindigd. Via Sportservice Noord-Holland hebben we het project Sporthackers en het project WhoZnext aangeboden. Deze projecten zijn gericht op jongeren van het voortgezet onderwijs.

Het is tevens van belang dat er voldoende speelmogelijkheden voor jongeren zijn. In dit kader hebben we de afgelopen periode onder andere het Speelbos gerealiseerd. En een skatebaan op het gemeentelijk sportpark aangelegd.

Deze inzet én het feit dat veel Heemstedse jongeren lid zijn van een of meer sportverenigingen (86%), draagt er mede toe bij dat het percentage Heemstedse jongeren dat een gezond gewicht heeft hoger is dan het landelijk gemiddelde.

#### *Doelgroep ouderen*

De afgelopen jaren is in Heemstede intensief ingezet op het stimuleren van bewegen en sporten door senioren in de vorm van activiteiten op het gebied van Meer bewegen voor ouderen en het GALM-project. GALM staat voor Groninger Actief Leven Model. Het GALM-project richtte zich tot 2009 op senioren van 55-65 jaar. Hierna heeft het project de focus gelegd op senioren van 65-75 jaar die niet of niet meer sportief actief zijn. Aan hen worden sportactiviteiten aangeboden.

Het project bestaat uit een fittest, waarna een 12-weeks sportintroductieprogramma onder leiding van speciaal opgeleide docenten kan worden gevolgd. Voor de fittest zijn de senioren wijkgericht aangeschreven. Circa 10% van de aangeschrevenen neemt deel aan de fitheidstest; een derde hiervan neemt vervolgens deel aan het introductieprogramma. Dit betekent dat op jaarbasis circa 130 senioren (peiljaar 2010-2011) meedoen aan de fitheidstest en circa 45 aan het introductieprogramma.

#### **Wat gaan we doen?**

We blijven alle Heemstedse inwoners de mogelijkheid bieden om te kunnen bewegen en sporten via het bieden van voldoende en kwalitatief goede en toegankelijke sportaccommodaties.

Voor wat betreft het Hardloopevenement (Heemstede Loop) zullen we per 2013 geleidelijk meer gaan inzetten op bekostiging via sponsoring. Dit leidt tot een gefaseerde vermindering van de verstrekte subsidie (€ 12.500 in 2013, € 10.000 in 2014 en € 7.500 per 2015).

#### **Voorstel**

Per 2013 de Heemstede Loop voortzetten uitgaande van een verlaging van de subsidiëring tot € 7.500 per 2015.

Met betrekking tot het Sportloket merken we het volgende op. Er zijn in de periode van april 2010 tot en met december 2011 84 vragen binnengekomen, zijnde: 71 algemene vragen van burgers (telefonisch en digitaal), 6 van sportorganisaties en 7 bezoeken aan het CJG. Gelet op dit relatief geringe gebruik zullen we de inzet van het Sportloket per 2013 beëindigen. Dit betekent tevens het beëindigen van de themabijeenkomsten voor sportverenigingen (bijvoorbeeld gericht op het verkrijgen van meer vrijwilligers) en de concrete verenigingsondersteuning. We zullen met het Steunpunt Vrijwilligerswerk afspraken maken over de verenigingsondersteuning op het vlak van vrijwilligerswerk.

#### **Voorstel**

Per 2013 zullen we de inzet van het Sportloket beëindigen. We gaan met het Steunpunt Vrijwilligerswerk afspraken maken over de ondersteuning van sportverenigingen op het vlak van vrijwilligerswerk.

#### *Doelgroep jeugd*

Het bewegen door jongeren blijven we stimuleren via de vakleerkrachten gymonderwijs en via het schoolzwemmen. Voor wat betreft het schoolzwemmen zullen we bezien op welke wijze we hierbij een bezuiniging kunnen realiseren.

In het laatste kwartaal van 2012 zullen we een evaluatie presenteren over de inzet van de combinatiefunctionarissen sport. Tevens vindt dan besluitvorming plaats over de mogelijke voortzetting van deze inzet per 2013.

We gaan in overleg met Sportservice Noord-Holland na welke sport- en beweeg projecten voor jongeren we per 2013 gaan aanbieden. In het laatste kwartaal van 2012 zal hierover besluitvorming kunnen plaatsvinden.

We vinden het van belang om niet alleen bewegen en sporten te stimuleren, maar bij jeugd ook in te zetten op het bevorderen van een gezond voedingspatroon. Daarom zullen we via het CJG op scholen hierover themabijeenkomsten organiseren. Dit doen we in nauwe samenwerking met een diëtiste en/of kinderarts.

#### *Doelgroep ouderen*

Wij stellen voor het GALM-project per 2013 te continueren. Dit gelet op het belang van bewegen voor senioren, zowel vanuit fysiek oogpunt als ter voorkoming van sociaal isolement. Sport en bewegen dragen bij aan zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie én gezondheid.

#### **Voorstel:**

We continueren per 2013 het GALM-project voor senioren van 65 tot 75 jaar.

#### *Financiering*

Op dit moment maakt de financiering van het GALM-project en de jeugdprojecten Sporthackers en WhoZnext deel uit van een gesubsidieerd totaalpakket aan activiteiten door Sportservice Noord-Holland. Hierbij maakt de overhead onderdeel uit van de subsidiering van het Sportloket. Dit betekent dat, gezien het beëindigen van de ondersteuning van het Sportloket, over de bekostiging van het GALM-project en - afhankelijk van de inhoudelijke keuze - projecten voor jeugd nadere afspraken gemaakt dienen te worden met Sportservice Noord-Holland.

#### **Voorstel:**

We stellen voor ten behoeve van sport en beweegprojecten voor jeugd - zo mogelijk in aansluiting op de combinatiefuncties - en het GALM-project voor senioren in totaal op jaarbasis een bedrag van € 25.000 te reserveren. In het laatste kwartaal van 2012 beoordelen we welke activiteiten op het vlak van jeugd we gaan ondersteunen.

Met het bovenstaande streven we ernaar - ondanks een vermindering van de uitgaven op het vlak van sport binnen het Wmo-budget van circa € 60.000 - het percentage Heemstedse inwoners dat een gezond gewicht heeft in ieder geval op het huidige niveau blijft en zo mogelijk wordt vergroot.

### **8.8.5 Speerpunt: schadelijk middelengebruik**

#### **Problematiek**

##### *Roken*

In de huidige leefstijl van mensen vormen verschillende factoren een serieuze bedreiging voor de volksgezondheid. Roken neemt daarbij een cruciale plaats in: het is de belangrijkste vermijdbare oorzaak van ziekten - zoals aandoeningen aan hart- en bloedvaten, longkanker, COPD - en van overlijden. Jaarlijks sterven circa 19.000 mensen aan de gezondheidsgevolgen van roken.

In Nederland rookt 28% van de volwassen bevolking. Het Heemstedse percentage is met 18% aanzienlijk gunstiger, maar vormt nog steeds een bedreiging voor de gezondheid.

Voor het rookgedrag onder Heemsteedse jongeren verwijzen we naar het E-MOVO-onderzoek in paragraaf 8.5.3. Gezien de nog steeds hoge percentages blijven preventieve activiteiten op dit gebied van groot belang. Hetzelfde geldt voor wat betreft het gebruik van hasj/wiet.

#### *Schadelijk alcoholgebruik*

Overmatig alcoholgebruik is, naast roken en overgewicht, één van de belangrijkste factoren die de gezondheid bedreigen. Overmatig drankgebruik kan leiden tot leverziekten, hart- en vaatziekten en letsel door ongevallen.

Alcoholgebruik op jonge leeftijd kan zeer nadelige gevolgen hebben voor de groei en ontwikkeling van kinderen. De schadelijke gevolgen nemen af naarmate de ontwikkeling van de hersenen verder gevorderd is. Belangrijk is daarom dat het eerste contact van jongeren met alcohol zolang mogelijk wordt uitgesteld.

In Nederland komt zwaar drinken bij 10% van de volwassen bevolking voor. In Heemstede is dit percentage 11%. Gezien de ernstige gevolgen die schadelijk alcoholgebruik met zich mee kan brengen, is preventieve inzet van belang.

Voor het alcoholgebruik onder jongeren verwijzen we naar het E-MOVO-onderzoek in paragraaf 8.5.3. Vergeleken met de resultaten van het E-MOVO onderzoek uit 2005 toont het in 2009 gehouden onderzoek een aanzienlijke afname (voor de 2<sup>e</sup> klassers met 50% en de 4<sup>e</sup> klassers met 20%) van het gebruik van alcohol. Gezien de nog steeds hoge percentages blijven preventieve activiteiten op dit gebied echter van groot belang.

#### **Wat doen we al?**

Het afgelopen jaren heeft het rijk ingezet op het verminderen van het schadelijk gebruik van genotmiddelen door mediacampagnes en wettelijke maatregelen. Zoals de uitbreiding van de Tabakswet, waardoor er per 1 juli 2008 niet meer mag worden gerookt in de horeca-, sport- en cultuursector. Of via het verbod op alcohol- en tabaksverkoop aan jongeren onder de 16 jaar en van cannabisverkoop onder de 18 jaar.

In aanvulling hierop hebben we gebruik gemaakt van het preventieaanbod van de Brijderstichting. Dit aanbod bestaat onder andere uit: publieksvoorlichting, verspreiden van voorlichtings- en lesmateriaal en deskundigheidsbevordering (van bijvoorbeeld huisartsen, algemeen maatschappelijk werk, onderwijs en jongerenwerk). Financiering hiervan vindt met name plaats via de centrumgemeente Haarlem. Vanuit gemeentelijke middelen dragen we bij aan preventieve inzet van de Brijderstichting specifiek voor drugsverslaafden.

Hiernaast hebben wij veel aandacht besteed aan het terugdringen van genotmiddelengebruik door jongeren. De GGD Kennemerland heeft jaarlijks een nieuwsbrief uitgebracht over genotmiddelen gericht op jongeren uit het voortgezet onderwijs. De Brijderstichting heeft op ouderavonden informatie gegeven over het gebruik van genotmiddelen en heeft in het project Unity<sup>18</sup> uitgevoerd. Hiernaast zijn vanuit het Centrum voor Jeugd en Gezin themabijeenkomsten over dit onderwerp (drugs, drank, uitgaan) georganiseerd, waarbij we ouders van jongeren persoonlijk hebben uitgenodigd. Deze bijeenkomsten zijn zeer goed bezocht. Op de scholen voor het primair onderwijs bieden we de lessen van L&F (groep 8) aan en voor het voortgezet onderwijs het project Pep en Punch van Stichting Kikid.

In gevallen waarin sprake was van situaties van overmatig gebruik, hebben wij zo mogelijk toegeleid naar hulpverlening door de Brijderstichting.

---

<sup>18</sup> In dit project wordt gewerkt via de inzet van leeftijdsgenoten die binnen het uitgaanscircuit met jongeren in gesprek gaan over middelengebruik en gezondheidsrisico's

### **Wat gaan we de komende periode doen?**

Voor volwassenen continueren we de huidige inzet. Daarnaast gaan we in overleg met huisartsen en de zorgverzekeraar om te bezien op welke wijze we gezamenlijk het schadelijk genotmiddelengebruik bij inwoners kunnen terugdringen. Hiermee willen we het aantal Heemstedse volwassenen dat rookt minimaal handhaven op het huidige niveau; en zo mogelijk een vermindering realiseren. Voor wat betreft het percentage Heemstedse inwoners dat zwaar drinkt, streven we naar een verlaging.

Voor jeugd zetten we de bestaande voorlichtingsactiviteiten van het Centrum voor jeugd en Gezin voort. Wij vinden het van belang dat jongeren én ouders zich bewust worden van de negatieve effecten van genotmiddelen en richten ons op beide doelgroepen. Ouders zijn immers als eerste verantwoordelijk voor het gezond opgroeien van hun kinderen. Aanvullend gaan we zorgdragen voor goede, betrouwbare en toegankelijke kennis- en informatievoorziening over het gebruik van genotmiddelen. Dit gaan we doen via de CJG-website en de nog te ontwikkelen site/link voor jongeren. Gelet op de onderzoeksresultaten uit het EMOVO-rapport willen we voor roken en het gebruik van hasj/wiet nadrukkelijk het accent leggen op het vmbo en voor alcoholgebruik op havo/vwo.

Naast de landelijke activiteiten zijn ook de regionale inspanningen van belang. Aan de GGD is gevraagd te rapporteren over landelijke ontwikkelingen, regionale cijfers en trends en te adviseren over een (regionale) aanpak op het gebied van schadelijk alcoholgebruik door jongeren.

Met onze inzet willen we bereiken dat het aantal jongeren dat alcohol gebruikt ("actuele drinkers") en het aantal binge-drinkers aan het eind van de beleidsperiode is gedaald. Tevens streven we naar een verlaging van het aantal jongeren dat hash/wiet gebruikt en het aantal jongeren dat rookt.

#### **Voorstel:**

Vanuit het opvoedings- en opgroeiaanbod van het Centrum voor Jeugd en Gezin zorgdragen voor kennis- en informatievoorziening over het gebruik van genotmiddelen (via de CJG-website en de nog te ontwikkelen site/link voor jongeren). Gelet op de onderzoeksresultaten uit het EMOVO-rapport voor roken en het gebruik van hasj/wiet nadrukkelijk het accent op het vmbo en voor alcoholgebruik op havo/vwo leggen. We gaan in overleg met huisartsen en Zorgverzekeraar Achmea over samenwerking op het vlak van preventieve inzet.

### **8.9 Collectieve preventie GGZ**

Via een decentralisatie in het kader van de Wmo zijn gemeenten sinds 2007 ook verantwoordelijk voor de collectieve preventie GGZ. Dit terrein bevindt zich op het snijvlak van de Wmo en het lokaal volksgezondheidsbeleid.

Doel van de collectieve preventie GGZ is het bevorderen van begrip en herkenning van (ernstig) psychische klachten te bevorderen, de burger bewust te maken van wat hij zelf aan deze klachten kan doen en hem wegwijs te maken naar instanties die hem zo nodig verder kunnen helpen. Deze preventie richt zich op de gehele bevolking. Waar nodig kan onderscheid gemaakt worden naar bepaalde doelgroepen.

Met ingang van 2008 ontvangen alle gemeenten middelen in hun Wmo-budget om uitvoering te geven aan de collectieve preventie GGZ.

De Stichting InGeest en het Jeugdriagg verzorgen de GGZ-preventie in Zuid-Kennemerland, respectievelijk gericht op volwassenen en jeugd. In nauwe samenwerking met de Stichting Kontext, de Brijderstichting, de GGD Kennemerland en Tandem hebben zij een regionaal plan opgesteld met zowel regionale activiteiten (website en informatiecentrum) als lokale inzet. Voor

de inzet van de collectieve preventie geestelijke gezondheidszorg verstrekken we op jaarbasis aan het Jeugdriagg een subsidie € 4.450 en aan de Stichting InGeest een subsidie van ruim € 10.000 (peiljaar 2012).

Wij willen dat de inzet voor Heemstede gericht blijft op het meer onder de aandacht brengen van het aanbod van beide organisaties, het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten (onder andere voor leerlingen van het voortgezet onderwijs en hun docenten) en het verzorgen van deskundigheids-bevordering (onder andere voor docenten van het voortgezet onderwijs en de medewerkers van het Loket Heemstede en het Centrum voor Jeugd en Gezin). Tevens zullen we, zoals aangegeven in paragraaf 8.8.2, met Stichting InGeest en het Jeugdriagg nadere afspraken maken over de inzet met betrekking tot depressies.

### **8.10 Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)**

Gemeenten hebben een wettelijke taak om uitvoering te geven aan de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ). De OGGZ duidt op alle activiteiten en bemoeienis (bemoeizorg) met sociaal kwetsbare mensen, meestal zonder duidelijke hulpvraag. We spreken in dit verband van zorgmijders. Om verschillende redenen wordt door hen geen beroep gedaan op bestaande zorgvoorzieningen. Voorbeelden zijn dak- en thuislozen, sterk vereenzaamde ouderen, een deel van de verslaafden, mensen met een psychiatrische achtergrond, mensen met woningvervuiling en mensen met ernstige schuldenproblematiek. Vaak is sprake van multiprobleemsituaties. Ook dit beleidsveld bevindt zich op het snijvlak van Wmo en volksgezondheidsbeleid.

Bij het uitvoeren van de OGGZ is een onderscheid aan te brengen tussen lokale en bovenlokale taken. De bovenlokale taken zijn door de centrumgemeente ondergebracht bij de Brede Centrale Toegang (GGD Kennemerland).

Onder lokale OGGZ-taken vallen preventie, signaleren en nazorgtrajecten. Op gemeentelijk niveau vindt regie en monitoring plaats van lichte en beginnende (multi)probleemsituaties. Heemstede beschikt hiervoor over een Sociaal Team. Dit is samenwerkingsverband bestaande uit de afdeling Sociale Zaken, het Loket Heemstede, de GGD Kennemerland, de woningbouwverenigingen, de politie (wijkagenten), GGZ InGeest, de Brijderstichting, ZorgBalans, Draagnet en Stichting Kontext. Het team komt eenmaal per zes weken bijeen. In het Sociaal Team worden signalen van zorgmijdend gedrag ingebracht en wordt afgestemd of sprake is van een situatie die lokaal kan worden opgelost (en zo ja, door welke organisatie) of dat de Brede Centrale Toegang moet worden ingeschakeld. Het Sociaal Team kent een caseload van circa 50 situaties. Dit aantal OGGZ-situaties strookt overigens met landelijke cijfers. In grote gemeenten is bij 1% van de inwoners sprake van OGGZ-problematiek. In kleinere gemeenten, zoals Heemstede, is dit het geval bij ruim 1 a 2 ‰ van de inwoners.

#### **Maatschappelijke opvang: centrumgemeente**

Maatschappelijke opvang omvat het tijdelijk bieden van onderdak, begeleiding, informatie en advies aan personen die, door een of meerdere problemen, al dan niet gedwongen de thuissituatie hebben verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Hieronder valt ook vrouwenopvang, waarbij de thuissituatie is verlaten in verband met problemen van relationele aard of geweld.

De verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg wordt op grond van de Wmo neergelegd bij de centrumgemeente. De centrumgemeente is wel gehouden het beleid met de regiogemeenten af te stemmen. Doel hierbij is om met een samenhangende aanpak op het gebied van welzijn, zorg, inkomen en wonen de leefomstandigheden en het maatschappelijk functioneren van dak- en thuislozen, verslaafden en andere kwetsbare en risicovolle groepen te verbeteren.

De gemeente Haarlem ontvangt als centrumgemeente een doeluitkering voor de maatschappelijke opvang en subsidieert hiermee instellingen die voor deze doelgroepen



activiteiten en opvang aanbieden. De toegang tot deze voorzieningen loopt via de Brede Centrale Toegang.

Alle centrumgemeenten dienen, samen met betrokken instellingen en organisaties, een plan van aanpak te ontwikkelen gericht op de verbetering van de leefsituatie van dag- en thuislozen. En daarmee op de vermindering van overlast. Een dergelijk plan wordt een Stedelijk Kompas genoemd.

### **8.11 Huiselijk geweld**

Huiselijk geweld is lichamelijk en/of psychisch geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer wordt gepleegd. Oftewel, alle geweld achter de voordeur. Vrouwen- en kindermishandeling, seksueel misbruik, ouderenmishandeling, het zijn voorbeelden van huiselijk geweld.

30% van de Nederlanders is slachtoffer van huiselijk geweld dat ingrijpende gevolgen heeft gehad, zoals angstgevoelens, neerslachtigheid, eetproblemen of lichamelijk letsel. Ook hebben slachtoffers van huiselijk geweld vaker gezondheidsklachten, meer last van gevoelens van minderwaardigheid, minder zelfvertrouwen en minder sociale contacten dan niet-slachtoffers. Van de vrouwen tussen de 20 en 60 jaar ondergaat 11% herhaald en matig tot zeer ernstig geweld van de mannelijke partner, met een frequentie van dagelijks tot wekelijks, in combinatie met verkrachting of andere seksueel ongewenste handelingen.

De afgelopen jaren is in de regio Zuid-Kennemerland aan beroepsgroepen als politie, het onderwijs, kinderdagverblijven, zorginstellingen, het maatschappelijk werk, consultatiebureaus en huisartsen voorlichting gegeven. Dit vanuit de gedachte dat het essentieel is dat zij weten wat zij moeten doen of juist moeten laten in het geval er signalen zijn van huiselijk geweld. Hiermee wordt beoogd dat huiselijk geweld eerder wordt gesignaleerd, zodat eerder kan worden ingegrepen.

#### **Steunpunt Huiselijk Geweld**

Het Steunpunt werkt vanuit een integrale aanpak, gericht op alle betrokkenen van huiselijk geweld met een actieve benadering. Gewerkt wordt aan het verder verbeteren van de signalering en van de hulpverlening. Er is aandacht voor de zorg, veiligheid en opvang zowel vóór als ná huiselijk geweld. Landelijk wordt via voorlichting en publiekscampagnes intensieve inzet gepleegd om de Steunpunten Huiselijk Geweld onder de aandacht van de bevolking te brengen.

De gemeente Haarlem voert als centrumgemeente de regie over de integrale en regionale aanpak van huiselijk geweld en de gewenste verbetering van de ketenaanpak. Hiervoor wordt, in overleg met de regiogemeenten een beleidsvisie ontwikkeld. Hierin zal nader in worden gegaan op adequate preventie, meer en betere vroegsignalering, een sluitende ketenaanpak en optimale samenwerking. De centrumgemeente krijgt een uitkering van het Rijk voor de aanpak van huiselijk geweld. Omdat deze middelen niet toereikend zijn, betalen de regiogemeenten een (aanvullende) bijdrage.

#### **8.11.1 Tegengaan ouderenmishandeling**

Uit landelijk onderzoek blijkt dat circa 5% van de 65-plussers te maken heeft met lichte tot ernstiger vormen van ouderenmishandeling. Met andere woorden, op elke 5.000 ouderen in een gemeente zijn er gemiddeld 250 het slachtoffer van een vorm van ouderenmishandeling. Er is geen reden aan te nemen dat Heemstede afwijkt van de landelijke cijfers. We hebben het dan over zo'n 270 Heemstedenaren.

Ouderenmishandeling kent verschillende vormen:

- ❖ Lichamelijke mishandeling (zoals slaan, schoppen, vastbinden aan stoel of bed)
- ❖ Psychische mishandeling (beledigen, bedreigen, treiteren, intimideren, vernederen)

- ❖ Verwaarlozing (zoals het onthouden van lichamelijke en/of medische zorg)
- ❖ Financieel misbruik (afpersen, ontvreemden van geld of goederen, financieel kort houden)
- ❖ Schending van rechten (geen vrijheid, geen privacy, geen bezoek, geen telefoon)
- ❖ Seksueel misbruik (aanranding, verkrachting)

Ouderenmishandeling wordt geschaard onder huiselijk geweld, maar is breder. Zo komt financiële uitbuiting regelmatig voor als vorm van ouderenmishandeling (23% van de gevallen). Naast de situaties waarin sprake is van moedwillige mishandeling kan de (mantel)zorg ontsporen. Dit is in een kwart van de situaties het geval.

Het vaakst is sprake van psychische mishandeling (40% van de gevallen) en lichamelijke mishandeling (24% van de gevallen). En vaak zien we combinaties van vormen van mishandeling. Ouderenmishandeling vindt met name plaats door (ex)partners (37%), (klein)kinderen (43%) en overige familieleden (8%). Maar ook door burens en kennissen (9%) en professionele hulpverleners (3%)<sup>19</sup>.

Het Steunpunt Huiselijk Geweld Kennemerland richt zich in de eerste plaats gericht op huiselijk geweld in het algemeen, maar zet zich daarnaast specifiek in op de vermindering van ouderenmishandeling. De afgelopen jaren is in de regio sterk ingezet op het leren signaleren door professionals. Dit betekent voor Heemstede dat onder andere huisartsen, thuiszorgmedewerkers, politie, medewerkers van de Stichting CASCA, de Stichting WOH en het Loket Heemstede signaleringstrainingen hebben gevolgd. Aanvullend hebben we lokaal extra geïnvesteerd in het signaleren van en het bieden van een oplossing van ouderenmishandeling via het Loket.

Gezien de ernst van het onderwerp vinden we dat grote aandacht voor het onderwerp nodig blijft. Dit gebeurt regionaal via de inzet van het Steunpunt Huiselijk Geweld Kennemerland. De uitvoering van het Steunpunt Huiselijk Geweld Kennemerland is in handen van de Stichting Kontext. Maar naast deze regionale inzet vinden we het van groot belang ook op lokaal niveau een bijdrage aan de vermindering van ouderenmishandeling te blijven leveren. Onder andere de Stichting Kontext heeft medewerkers aangewezen die deskundig zijn in de hulpverlening bij ouderenmishandeling. Door de participatie van de Stichting Kontext in het Loket Heemstede hebben wij korte lijnen met het Steunpunt huiselijk geweld Kennemerland.

Een belangrijke vorm van preventie is het voorkomen van overbelasting bij mantelzorgers. Op deze manier willen we het ontsporen van zorg zo veel mogelijk zien te voorkomen. Onze voorstellen voor de ondersteuning van mantelzorgers hebben we opgenomen in paragraaf 5.4. We zullen vanuit het Loket Heemstede bij aanvragen voor Wmo-voorzieningen de aandacht voor mantelzorgers voortzetten.

Daarnaast blijven we eenzaamheidsbestrijding en het weerbaar maken van ouderen als goede manieren zien om de kwetsbaarheid van ouderen te verminderen. Het preventief huisbezoek en het activerend huisbezoek leveren hier een bijdrage aan. Het project Administratieve ondersteuning voor zelfstandig wonende ouderen, uitgevoerd door de Stichting WOH, kan er een bijdrage aan leveren dat ouderen langer zelf de regie over hun financiële zaken kunnen houden waardoor de kans op financiële uitbuiting vermindert.

Het aanbieden van trainingen wordt nu gezien als gemeentelijke taak. We vinden het gelet op de ernst van het onderwerp van groot belang om deze trainingen voort te zetten én regelmatig te herhalen. Daarom stellen we voor om de training om ouderenmishandeling te kunnen signaleren te continueren en aan nieuwe medewerkers van het Loket Heemstede en nieuwe medewerkers en/of vrijwilligers van gesubsidieerde organisaties die in Heemstede dagelijks met ouderen werken, zoals de Stichting Welzijn Ouderen Heemstede, aan te bieden. Daarnaast

---

<sup>19</sup> De gegevens van deze paragraaf zijn afkomstig van MOVISIE, juni 2012

willen we getrainde medewerkers/vrijwilligers een opfriscursus geven. De kosten hiervan ramen we op € 2.500 zowel in 2013 als in 2014.

**Voorstel:**

We continueren in 2013 en 2014 de training “systematisch signaleren” voor medewerkers werkzaam in het Loket Heemstede of bij een gesubsidieerde organisatie in Heemstede die met ouderen werkt. Hiervoor reserveren we zowel in 2013 als in 2014 € 2.500.

### **8.11.2 Tegengaan kindermishandeling**

Uit recente studies naar de aard en omvang van kindermishandeling blijkt dat er in Nederland meer kindermishandeling voorkomt dan gedacht werd. Vermoed wordt dat jaarlijks tenminste 118.000 kinderen en jongeren thuis worden mishandeld. Ofwel 3% van minderjarigen in Nederland. Minstens veertig van hen overlijden aan de gevolgen daarvan. Belangrijk is te realiseren dat Heemstede zich voor wat kindermishandeling betreft niet onderscheidt van de landelijke cijfers. We hebben het omgerekend dan over tenminste 180 Heemstedse kinderen.

Er zijn verschillende vormen van kindermishandeling. In de praktijk komen in een gezin waarin een of meer kinderen mishandeld worden, vaak meerdere vormen tegelijk voor:

- Lichamelijke mishandeling (zoals slaan, schoppen, bijten, knijpen, krabben, het toebrengen van brandwonden of laten vallen). Bij ‘lichte’ voorvallen wordt alleen van mishandeling gesproken als het geweld zich regelmatig voordoet.
- Psychische mishandeling (zoals bewust negeren, uitschelden, denigrerende opmerkingen).
- Lichamelijke verwaarlozing (zoals structureel te weinig voeding geven, medische zorg onthouden, langdurig niet tegemoet komen aan lichamelijke basisbehoeften).
- Psychische verwaarlozing (zoals het systematisch onthouden van aandacht).
- Seksuele mishandeling (alle opgedrongen seksuele aanrakingen binnen het gezin van een volwassene bij een kind).

Hiernaast zijn er jaarlijks zo’n 100.000 kinderen getuige van geweld tussen hun ouders of verzorgers. Omgerekend naar Heemstede gaat het dan over zo’n 170 kinderen. Bovendien zijn er kinderen die én getuige zijn van gezinsgeweld én zelf mishandeld worden.

Mishandeling kan ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid en lichamelijke ontwikkeling van een kind. Ook bij vormen van verwaarlozing blijven jonge kinderen in veel gevallen achter in lichamelijke ontwikkeling, in de ontwikkeling van de motoriek en in hun cognitieve en spraakontwikkeling. Ook bij het getuige zijn van geweld in het gezin is sprake van grote schade voor kinderen. De negatieve gevolgen van kindermishandeling werken bovendien vaak levenslang door. Volwassenen die als kind mishandeld werden, hebben vaker te maken met psychische klachten en gedragsstoornissen, thuisloosheid, huiselijk geweld, criminaliteit, verslaving en mishandelen vaker hun eigen kinderen. Er zijn tal van risicofactoren waarvan uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat zij de kans vergroten dat kindermishandeling of verwaarlozing zich in een gezin zal voordoen. En bekend is dat een opeenstapeling van deze risicofactoren de kans op kindermishandeling aanzienlijk verhoogt. Hierbij is het van belang te realiseren dat kindermishandeling in principe in elke bevolkingsgroep voorkomt.

Bij deze risicofactoren kan worden gedacht aan persoonlijke problemen van de ouders (bijvoorbeeld verslaving aan drank, drugs of gokken, psychische problemen), de situatie waarin het gezin zich bevindt (zoals werkloosheid, financiële problemen, huwelijksproblemen), het feit dat ouders zelf slachtoffer zijn geweest van kindermishandeling. Andere risicofactoren zijn bijvoorbeeld een te hoog verwachtingspatroon van de ouders en een gebrek aan opvoedkennis van de ouders. Ernstige opvoedingsproblemen zien we in 3 tot 5% van de Nederlandse gezinnen.

#### **Advies- en Meldpunten Kindermishandeling**

Elke provincie en grootstedelijke regio in Nederland heeft een Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). De AMK’s zijn er voor iedereen die zich zorgen maakt over

kinderen in zijn of haar omgeving en denkt aan kindermishandeling. Dit is van belang, want meestal vertellen mishandelde kinderen (als gevolg van de relationele en emotionele druk) niet uit zichzelf over de situatie.

In ernstige gevallen kan het AMK aangifte doen bij de politie en melding doen van kindermishandeling bij de Raad voor de Kinderbescherming. Dit kan leiden tot civielrechtelijke maatregelen van kinderscherming: de onder toezichtstelling en de ontzetting en ontheffing van het ouderlijk gezag en de uitvoering van deze maatregelen (uitoefening van voogdij en gezinsvoogdij). Het AMK in Noord-Holland maakt onderdeel uit van Bureau Jeugdzorg Noord-Holland.

Regionaal zijn de afgelopen jaren aan beroepsgroepen (zoals onderwijs, kinderdagverblijven, peuterspeelzalen, consultatiebureaus, politie) door het AMK voorlichting en signaleringstrainingen gegeven.

Het aantal meldingen bij het AMK met betrekking tot Heemstedse kinderen was in 2011 ruim 50. Dit aantal is de afgelopen jaren geleidelijk toegenomen als gevolg van de meldingsbereidheid in Heemstede. En de gevolgen van de inzet op het geven van trainingen om te kunnen signaleren.

Landelijk en regionaal is er veel aandacht geweest voor de aanpak van kindermishandeling via publiekscampagnes, scholing van beroepskrachten en de meldcode huiselijk geweld. En via de implementatie van de RAAK-methode. RAAK staat voor Reflectie- en Actiegroep Aanpak Kindermishandeling. Het gaat hierbij om het bereiken van de volgende doelen:

- Een dekkend aanbod van opvoedingsondersteuning voor alle ouders dat leidt tot het voorkomen van kindermishandeling;
- Een systeem van signalering waardoor (vermoedens) van kindermishandeling vroegtijdig worden opgevangen.

In de regio Zuid-Kennemerland wordt via de CJG's uitvoering gegeven aan de ontwikkeling van de RAAK-aanpak. Ook via het CJG Heemstede zullen we hier de komende periode intensief aandacht aan blijven besteden. Vanuit de Academische Werkplaats Kindermishandeling (AWK) zal deskundigheidsbevordering van professionals plaatsvinden: ook voor de CJG-medewerkers zullen we hiervan gebruik gaan maken.

### **Academische Werkplaats Kindermishandeling (AWK)**

In 2010 hebben het Kinder- en Jeugd Traumacentrum van het Jeugdriagg en de VU Amsterdam € 1,3 miljoen subsidie van ZonMw gekregen om nieuwe behandelmethoden voor mishandelde kinderen te ontwikkelen en de bestaande te verbeteren. De Academische Werkplaats Kindermishandeling (AWK) is hiervoor opgezet.

De Academische Werkplaats Kindermishandeling beoogt een brug te slaan tussen onderzoek, beleid, praktijk en opleiding met betrekking tot kindermishandeling in de regio Zuid- en Midden-Kennemerland. Met als uiteindelijk doel kindermishandeling zoveel mogelijk te voorkomen en mishandelde kinderen snel en goed te behandelen om hen zo optimaal mogelijke ontwikkelingskansen te bieden. Dit kan alleen door middel van goede samenwerking tussen alle organisaties die betrokken zijn bij kindermishandeling. Deze samenwerking is onlangs geformaliseerd in een samenwerkingsovereenkomst die door de gemeenten van Kennemerland en ruim dertig organisaties is ondertekend.

Onderdeel van de activiteiten van de Academische Werkplaats vormt, naast kennisoverdracht, waaronder scholing en opleiding van professionals, het Multidisciplinair Centrum Kindermishandeling (MDC-K). In het MDC-K werken inhoudelijk deskundigen van instellingen die te maken hebben met kindermishandeling sectoroverschrijdend (medisch, psychologisch, strafrechtelijk, maatschappelijk) met elkaar samen. Elke week komen deze professionals samen

en worden zware casussen van kindermishandeling behandeld. De uitgangspunten van de hulpverlening zijn:

- ❖ De aanpak is safety-focused (gericht op veiligheid, stabiliteit en welzijn) én abuse-focused (gerichte aandacht en zo nodig behandeling voor de gevolgen mishandeling).zowel de misbruikende/mishandelende ouder als de niet-misbruikende/niet-mishandelende ouder.
- ❖ Er is zorg op maat; met zo weinig mogelijk verschillende professionals in de feitelijke hulpverlening.
- ❖ De aanpak is integraal, intersectoraal en multidisciplinair.

## **Hoofdstuk 9            INSPRAAK, COMMUNICATIE EN SAMENWERKING**

### **9.1        Algemeen**

Bij de totstandkoming van dit beleidsplan hebben we er nadrukkelijk naar gestreefd om zoveel mogelijk partijen in een zo vroeg mogelijk stadium te betrekken. Naast de klankbordgroep en de begeleidingsgroep hebben we ook enquêtes gehouden en diverse overleggen gevoerd met partijen. Zie hiervoor paragraaf 9.2.

Het nu voorliggende beleidsplan leidt tot beleidswijzigingen waarover we zowel met burgers als met organisaties gaan communiceren. Vanzelfsprekend zullen we zorg dragen voor goede betrouwbare en toegankelijke kennis en informatie. In paragraaf 9.3 gaan we daar nader op in.

In regionaal verband zijn, in de aanloop naar de decentralisatie van de begeleiding en het kortdurend verblijf, enquêtes gehouden, is onderzoek verricht naar de nieuwe doelgroepen en zijn conferenties gehouden met zorgaanbieders en Wmo-klankbordgroepen en/of raden.

Vooruitlopend op de transitie Jeugdzorg zijn in regionaal verband eveneens conferenties gehouden en gesprekken gevoerd met provincie en aanbieders.

In het regionaal portefeuillehoudersoverleg Wmo vindt minimaal eenmaal per 6 weken afstemming plaats over deze omvangrijke trajecten. Deze lijn zal worden voortgezet. In paragraaf 9.4 geven we een beschrijving van de samenwerking.

### **9.2        Klankbordgroep en Begeleidingsgroep**

Voorafgaand aan de invoering van de Wmo op 1 januari 2007 is de Klankbordgroep Wmo ingesteld. Deze groep bestaat uit vertegenwoordigers van Stichting 't Web, belangenorganisatie voor gehandicapten en vertegenwoordigers van de diverse ouderenbonden. Op dit moment bestaat de Klankbordgroep uit 4 personen.

Voor de totstandkoming van de nieuwe nota is de Begeleidingsgroep nota Wmo/lokaal volksgezondheidsbeleid ingesteld. Deze bestaat uit de leden van de klankbordgroep, aangevuld met mensen vanuit diverse organisaties die in Heemstede actief zijn op één of meer beleidsterreinen van de Wmo en/of het lokale volksgezondheidsbeleid.

In bijlage 2 is een overzicht opgenomen van de samenstelling van de klankbordgroep en van de begeleidingsgroep.

Voor de toekomst willen we graag komen tot een uitbreiding van de huidige klankbordgroep, zodat ook de nieuwe doelgroepen daarin vertegenwoordigd zijn en een evenwichtiger samenstelling wordt gerealiseerd. We gaan hiervoor actief werven.

De werkwijze binnen de klankbordgroep wordt door alle partijen als prettig ervaren. Het in een vroeg stadium betrokken worden bij de beleidsvoorbereiding wordt in hoge mate gewaardeerd. Deze werkwijze willen we voortzetten.

#### **Voorstel:**

Een uitbreiding van de huidige klankbordgroep Wmo in 2013 realiseren door actief te werven met als doel te komen tot een evenwichtige samenstelling.

### **9.3        Communicatie**

Voor de communicatie onderscheiden we drie trajecten, te weten communicatie rondom de nieuwe nota, de decentralisatie van de begeleiding en de transitie van de Jeugdzorg.

#### **9.3.1     Nieuwe nota**

In aanvulling op de reguliere communicatiemiddelen zoals de website en de publicaties in De Heemsteder, willen we de volgende middelen inzetten.

### **Nieuwe media**

We zetten daar waar het een toegevoegde waarde kan hebben, nieuwe media als twitter en facebook in.

### **Krant**

Het vaststellen van het nieuwe beleid Wmo en volksgezondheid voor de periode 2012-2016 gaan we via een Wmo-krant onder de aandacht van de burgers brengen. We laten deze krant na vaststelling van de nota huis-aan-huis verspreiden.

### **Folders**

Het nieuwe beleid zal ook leiden tot aanpassing van de Wmo-folders.

### **Film**

De wijze waarop wij samenwerken in het Loket Heemstede willen we door het maken van een professionele film nog beter onder de aandacht brengen van burgers, instellingen, organisaties en andere geïnteresseerden.

### **Thema bijeenkomsten**

Rondom deze nota en de nieuwe ontwikkelingen willen we themabijeenkomsten organiseren. Afhankelijk van het thema zijn deze bijeenkomsten intern en/of extern gericht. En worden burgers en/of instellingen uitgenodigd.

Na vaststelling van de nota, houden we in december 2012 een mini-symposium, waarin we ook stil zullen staan bij het 10-jarig jubileum van het Loket Heemstede.

### **Individuele informatievoorziening**

Individuele cliënten die te maken zullen gaan krijgen met de gevolgen van het nieuwe beleid, gaan we zo tijdig en volledig mogelijk informeren. Het gaat dan vooral om maatregelen in financiële zin zoals het gaan betalen van een (hogere) eigen bijdrage, of het verlagen van het persoonsgebonden budget. We zullen hier uiterst zorgvuldig mee omgaan.

### **9.3.2 Decentralisatie AWBZ en decentralisatie Jeugdzorg**

Voor zowel de decentralisatie begeleiding en kortdurend verblijf als de decentralisatie jeugdzorg is een startnotitie met plan van aanpak opgesteld. Hierin is aangegeven dat we een communicatieplan gaan opstellen. Deze communicatieplannen worden los van de nu voorliggende nota ontwikkeld en voor besluitvorming aangeboden.

#### **Voorstel:**

De communicatie rond de nota 'Oog voor elkaar' na vaststelling vorm geven via nieuwe media, een Wmo-krant, film, folders, themabijeenkomsten en individuele informatievoorziening.

### **9.4 Regionale samenwerking**

Op diverse onderdelen uit deze nota werken we samen met andere gemeenten in de regio.

#### **Samenwerking met Bloemendaal en Haarlemmerliede en Spaarnwoude**

Met de gemeenten Bloemendaal en Haarlemmerliede en Spaarnwoude werken we samen in de Intergemeentelijke Afdeling Sociale Zaken (IASZ). De IASZ is onderdeel van de Heemstedse organisatie en verzorgt voor de drie gemeenten de verstrekking van de Wmo-voorzieningen en de administratieve afhandeling daarvan. Voor zover het gemeentelijk beleid de Wmo-voorzieningen raakt, vindt afstemming plaats met deze gemeenten.

Met de gemeenten Bloemendaal en Haarlemmerliede en Spaarnwoude werken we ook samen in de voorbereiding op de decentralisatie AWBZ (begeleiding en het kortdurend verblijf). Doel is om door een bundeling van krachten dit proces zo effectief en efficiënt mogelijk te laten

verlopen. Afgesproken is dat de afdeling Welzijnszaken van de gemeente Heemstede het projectleiderschap vormgeeft. Hiervoor hebben we afspraken gemaakt over de inzet en de kosten.

Daarnaast werken we met de gemeenten Bloemendaal en Haarlemmerliede en Spaarnwoude samen in de voorbereiding op de transitie van de Jeugdzorg.

#### **Samenwerking met de gemeenten in Zuid-Kennemerland**

Met de gemeenten in Zuid-Kennemerland werken we samen bij de inkoop/aanbesteding van de Hulp bij het huishouden en de hulpmiddelen. De inkoop/aanbesteding op het gebied van het collectief vervoer vindt plaats met de gemeenten van Zuid-Kennemerland en Midden-Kennemerland; de provincie Noord-Holland is hierbij de aanbestedende partij.

Ook werken we op onderdelen die de decentralisatie AWBZ betreffen samen met de andere gemeenten in Zuid-Kennemerland. Redenen hiervoor zijn de relatief kleine omvang van specifieke doelgroepen, de schaal waarop zorgaanbieders werkzaam zijn en het feit dat op onderdelen efficiencyvoordelen te behalen zijn als op een grotere schaal wordt samengewerkt. Voor de transitie van de Jeugdzorg werken we eveneens op onderdelen samen met de overige gemeenten van Zuid-Kennemerland.



## Hoofdstuk 10 FINANCIËN

### 10.1 Algemeen

De Wmo kent als gevolg van de 9 prestatievelden een groot aantal taken voor de gemeente, bestaande én nieuwe taken. Voor de nieuwe taken die de gemeente als gevolg van de Wmo heeft gekregen, worden via een Integratieuitkering middelen ontvangen. Deze vormen het Wmo-budget. Voor de overige taken zijn de geldstromen zoals die bestonden vóór de invoering van de Wmo in stand gebleven. Deze middelen worden via de algemene uitkering uit het Gemeentefonds ontvangen. Het gaat dan bijvoorbeeld om de voormalige Wvg-voorzieningen (Wet voorzieningen gehandicapten) en de al bestaande welzijnstaken (Welzijnswet).

### 10.2 Wmo-budget

We worden vanaf 2011 geconfronteerd met een teruglopend Wmo-budget. Zoals eerder aangegeven streven we er naar de inkomsten en uitgaven binnen de Wmo structureel met elkaar in balans te brengen. In dit beleidsplan zijn hiervoor voorstellen gedaan.

In onderstaand overzicht zijn alle uitgaven opgenomen die ten laste van de Wmo worden gebracht. Het gaat dan om uitgaven voor activiteiten die voortgezet worden, aangevuld met nieuwe activiteiten op basis van het beleidsplan:

	Algemene preventieve voorzieningen t.i.v. Wmo-budget	Werkelijk 2011	Begroot 2012	Begroot 2013	Begroot 2014	Begroot 2015
1	Verbeteren toegankelijkheid gebouwen sport en scouting voor gehandicapten	10.000	10.000	0	0	0
2	Informatievoorziening 65-jarigen	200	2.000	1.500	1.500	1.500
3	Stimuleren sociale cohesie buurten	7.800	12.000	7.500	7.500	7.500
4	Sportvoorzieningen, bijdrage in exploitatie	13.494	5.494	5.500	5.500	5.500
5	Ontmoetingsplekken jeugd	9.012	0	0	0	0
6	Inzet Streetcornerwork	25.500	25.755	25.750	25.750	25.750
7	Inzet Buurtbemiddeling	20.400	20.604	12.500	12.500	12.500
8	Dekking deel budgetsubsidie WOH	17.544	17.544	12.000	0	0
9	Speelbos (resultaatbestemming)		90.988			
	<b>Nieuw:</b>					
9	Maatschappelijk betrokken ondernemen			7.500	7.500	7.500
10	Werven zorgvrijwilligers (mantelzorg)			5.000	0	0
11	Innovaties Wmo			7.500	7.500	7.500
	<b>Subtotaal</b>	<b>103.950</b>	<b>184.385</b>	<b>84.750</b>	<b>67.750</b>	<b>67.750</b>

	Algemene curatieve voorzieningen t.i.v. Wmo-budget	Werkelijk 2011	Begroot 2012	Begroot 2013	Begroot 2014	Begroot 2015
1	Loket Heemstede: participatie Tandem	24.345	26.634	26.650	26.650	26.650
2	Loket Heemstede: participatie WOH	26.000	26.260	26.250	26.250	26.250
3	Loket Heemstede: voorlichtingsmateriaal	747	2.525	750	750	750
4	Stichting Tandem: mantelzorgondersteuning	21.462	21.677	21.700	21.700	21.700
5	Stichting Thuiszorg Gehandicapten	8.347	8.430	8.450	8.450	8.450
6	Jonge mantelzorgers, verbeteren bereik	1.458	2.500	0	0	0
7	Stichting WOH: activerend huisbezoek	8.843	8.757	8.850	8.850	8.850
8	Proefdeelname activiteiten door senioren	0	2.000	0	0	0
9	Activiteiten stichting De Baan	26.000	25.250	33.345 <sup>20</sup>	33.345	33.345
10	Draagnet, ondersteuning thuiswonende dementerenden	32.645	32.971	33.000	33.000	33.000
11	Stichting Mentorschap	2.620	0	0	0	0
12	Dagopvang WOH/SHDH	35.654 <sup>21</sup>	100.000	85.000	85.000	70.000
13	Stelpost t.b.v. ondersteunende begeleiding vml. AWBZ		10.000	5.000	5.000	0
	<b>Nieuw:</b>					
14	Bevorderen eigen kracht/netwerk			12.500	7.500	0
15	Leer- werktrajecten			26.000	26.000	0
	<b>Subtotaal</b>	<b>188.121</b>	<b>267.004</b>	<b>287.495</b>	<b>282.495</b>	<b>228.995</b>

<sup>20</sup> De totale uitgaven t.b.v. activiteiten van Stichting De Baan zijn t.o.v. de begroting 2012 ongewijzigd. Vanaf 2013 komen deze lasten volledig ten laste van de Wmo.

<sup>21</sup> In dit bedrag is nog geen rekening gehouden met de definitieve afrekening van deze subsidieverstrekking.

	<b>Individuele voorzieningen t.l.v. Wmo budget</b>	<b>Werkelijk 2011</b>	<b>Begroot 2012 (incl. wijziging)</b>	<b>Begroot 2013</b>	<b>Begroot 2014</b>	<b>Begroot 2015</b>
1	Hulp bij het huishouden	1.703.928	2.000.000	2.000.000	1.900.000	1.800.000
2	Eigen bijdrage	- 419.819	-400.000	- 550.000	- 525.000	- 525.000
3	Persoonsgebonden budget	317.319	370.000	355.000	355.000	355.000
	<b>Subtotaal</b>	<b>1.601.428</b>	<b>1.970.000</b>	<b>1.805.000</b>	<b>1.730.000</b>	<b>1.630.000</b>

	<b>Gezondheidsbeleid t.l.v. Wmo-budget</b>	<b>Werkelijk 2011</b>	<b>Begroot 2012</b>	<b>Begroot 2013</b>	<b>Begroot 2014</b>	<b>Begroot 2015</b>
1	Gezonde leefstijl jeugd: voorlichtingscholen	0 <sup>22</sup>	5.000	0	0	0
2	Jeugd sportpas groepen 4 t/m 8 basisonderwijs	17.850	17.850	0	0	0
3	Tegengaan overgewicht, combinatie sport/leefpatroon	0 <sup>23</sup>	10.000	0	0	0
4	Sportloket/sportraad/themabijeenkomsten	20.400	20.400		0	0
5	Hardloopevenement	16.365	15.000	12.500	10.000	7.500
6	Project Sporthackers, voortgezet onderwijs	11.220	12.750			
7	Extra bewegingsactiviteiten jongeren/combinatiefuncties	500	5.100	25.000	25.000	25.000
8	Galm project senioren 65 – 75 jaar	10.200	10.200			
9	Collectieve preventie GGZ jeugd: Jeugdriagg	4.453	4.453	4.450	4.450	4.450
10	Collectieve preventie GGZ: In Geest	10.053	10.053	10.050	10.050	10.050
11	Stichting onbekende kwaliteiten	15.002	15.152	15.150	15.150	15.150
12	Deskundigheidsbevordering/signalering ouderen mishandeling	0	5.050	2.500	2.500	0
13	Deskundigheidsbevordering signalering dementie			5.000	5.000	
14	Incidentele projecten geestelijk gezondheidszorg			10.000	10.000	
13	Tegengaan kindermishandeling	0	2.500	0	0	0
14	Sociaal Team	0	4.121	4.000	4.000	4.000
15	Huiselijk geweld/Kompas	9.500	9.787	9.800	9.800	9.800
	<b>Nieuw:</b>					
16	Incidentele projecten gezondheid			5.000	5.000	5.000
17	GGZ-projecten			7.500	7.500	7.500
	<b>Subtotaal</b>	<b>115.543</b>	<b>147.416</b>	<b>110.950</b>	<b>108.450</b>	<b>88.450</b>

	<b>Overig</b>	<b>Werkelijk 2011</b>	<b>Begroot 2012</b>	<b>Begroot 2013</b>	<b>Begroot 2014</b>	<b>Begroot 2015</b>
1	Dekking structureel tekort VRK	36.805	35.000	0	0	0
2	Uitgaven mantelzorg	0	7.500		0	0
3	Mantelzorgondersteuning (resultaatbestemming incidenteel)		52.000			
4	Subsidie rolmobiel	450	0	0	0	0
5	Sensor	0	2.000	0	0	0
	<b>Subtotaal</b>	<b>37.255</b>	<b>96.500</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

	<b>Uitvoeringskosten</b>	<b>Werkelijk 2011</b>	<b>Begroot 2012</b>	<b>Begroot 2013</b>	<b>Begroot 2014</b>	<b>Begroot 2015</b>
1	Loket Heemstede	151.082	151.713	150.551	150.600	150.600
2	Uitvoeringskosten Wmo (IASZ)	292.000	309.000	312.800	312.800	312.800
3	Kosten contractbeheer	10.156	10.000	10.000	5.000	0
	<b>Subtotaal</b>	<b>453.238</b>	<b>470.713</b>	<b>473.351</b>	<b>468.400</b>	<b>463.400</b>

	<b>Totaal Inkomsten - Uitgaven</b>	<b>Werkelijk 2011</b>	<b>Begroot 2012</b>	<b>Begroot 2013</b>	<b>Begroot 2014</b>	<b>Begroot 2015</b>
	Inkomsten	2.698.964	2.380.964	2.387.452	2.387.452	2.387.452
	Uitgaven	2.499.535	3.136.018	2.761.546	2.657.095	2.478.595
	<b>Totaal</b>	<b>199.429</b>	<b>- 755.054</b>	<b>- 374.094</b>	<b>- 269.643</b>	<b>- 91.143</b>

<sup>22</sup> Bekostiging heeft plaats kunnen vinden via de Brede Doeluitkering Jeugd

<sup>23</sup> Bekostiging heeft plaats kunnen vinden via de Brede Doeluitkering Jeugd

### 10.3 Ontwikkeling Wmo-budget en Wmo-reserve

Het teruglopend Wmo-budget is het gevolg van een wijziging in de verdeling van de middelen over de gemeenten: van een historisch naar een objectief verdeelmodel. Tot en met 2011 waren de uitgaven lager dan de inkomsten. De overschotten zijn jaarlijks toegevoegd aan de Wmo reserve.

Budget	2007	2008	2009	2010	2011
Beschikbaar	1.589.000	2.210.000	2.783.000	3.277.000	2.698.964
Uitgaven	1.388.000	1.551.000	1.995.000	2.525.000	2.499.535
Resultaat	201.000	659.000	788.000	752.000	199.429

In voorgaande jaren is een bedrag van € 832.000 ten laste van de reserve gebracht: € 792.000 voor de aanleg van sportvelden, € 24.000 voor het digitaal dossier jeugdgezondheidszorg en € 16.000 voor de mantelzorgondersteuning.

In onderstaand overzicht is de reserve opgenomen zoals deze is opgebouwd vanuit de Wmo-middelen. Naast het hier opgenomen bedrag is ook nog een reserve aanwezig van € 782.000 vanuit de verkoop van rolstoelen.

Reserve	2011	2012	2013	2014	2015
Stand 01-01	1.568.298	1.767.727	1.012.673	638.579	368.936
Af/bij	199.429	- 755.054	- 374.094	- 269.643	- 91.143
Stand 31-12	1.767.727	1.012.673	638.579	368.936	277.793

#### Wmo reserve

Met het nu voorliggende beleidsplan slagen we er in de uitgaven in het kader van de Wmo voor een groot deel terug te dringen. Per 2012 zullen we jaarlijks een beroep moeten doen op de reserve voor de reguliere uitgaven. Hierdoor slinkt de reserve tot € 277.793 eind 2015.

Gedurende de beleidsperiode zullen we via het leggen van inhoudelijke en financiële verbindingen met de nieuwe taken bezien op welke wijze we in de nieuwe beleidsperiode - per 2016 - de uitgaven en inkomsten structureel in balans kunnen krijgen.

#### Risico

De prognose van de uitgaven voor de komende jaren heeft een aantal onzekerheden in zich, namelijk de resultaten van de hogere eigen bijdragen, de ontwikkeling van het PGB-gebruik, de uitgaven voor de nieuwe taken begeleiding en kortdurend verblijf (inclusief een bezuiniging van 5%), de nieuwe contracteringen (bijvoorbeeld de Hulp bij het huishouden) en de ontwikkeling van het aantal cliënten dat de komende jaren een beroep zal doen op ondersteuning.

#### Voorstel:

De Wmo-reserve inzetten voor in ieder geval de duur van het beleidsplan 2012-2016.

### 10.4 Leef- en woonvoorzieningen (voormalige Wvg-budgetten)

De uitgaven voor de voormalige Wvg-voorzieningen, de leefvoorzieningen (vervoersvoorzieningen en rolstoelen) en de woonvoorzieningen, zijn afzonderlijk in de begroting opgenomen. Deze uitgaven betreffen wel Wmo-voorzieningen, maar komen niet ten laste van het Wmo-budget. Voor deze uitgaven zijn de al vóór de invoering van de Wmo bestaande geldstromen in stand gebleven. Voorzover sprake was van een overschrijding is deze ten laste gebracht van de algemene reserve.

Voor de inkomsten uit eigen bijdrage zijn we uitgegaan van een aanname.

Leefvoorzieningen	Rekening 2011	Begroot 2012 (incl. wijzigingen)	Begroot 2013	Begroot 2014
Rolstoelen	475.000	480.000	480.000	480.000
Advieskosten	14.000	25.000	15.000	15.000
Collectief vervoer (BIOS)	760.000	980.000	760.000	760.000
Individuele vervoersvoorzieningen	161.000	140.000	140.000	140.000
Parkeervoorzieningen	20.000	20.000	20.000	20.000
Af: Inkomsten eigen bijdragen			- 15.000	- 15.000
<i>Totaal</i>	<i>1.430.000</i>	<i>1.645.000</i>	<i>1.400.000</i>	<i>1.400.000</i>

Woonvoorzieningen	Rekening 2011	Begroot 2012	Begroot 2013	Begroot 2014
Woonvoorzieningen	533.000	500.000	475.000	450.000
Inkomsten: Eigen bijdragen			- 50.000	- 50.000
<i>Totaal</i>	<i>533.000</i>	<i>500.000</i>	<i>425.000</i>	<i>400.000</i>

### Inzet reserve rolstoelen

Voor deze voorziening is een reserve aanwezig van € 782.000. Dit bedrag is in het verleden verkregen uit de verkoop van rolstoelen. Bij het aangaan van nieuwe contracten in 2007 is besloten over te gaan van een systeem waarbij de gemeente de hulpmiddelen kocht, naar een systeem waarbij deze hulpmiddelen worden gehuurd. De hulpmiddelen die destijds in eigendom waren van de gemeente zijn verkocht aan de nieuwe leverancier. De opbrengst uit verkoop is gereserveerd.

Per 1 januari 2011 heeft een nieuwe aanbesteding plaats gevonden en is wederom geopteerd voor de huur van hulpmiddelen. De aangegane overeenkomst loopt in principe tot 1 januari 2015 (inclusief verlenging). Wij verwachten niet terug te gaan naar een systeem waarbij we de hulpmiddelen kopen. De reserve ad € 782.000, die hiervoor was bedoeld, kan vrijvallen.

#### Voorstel:

De reserve voor hulpmiddelen toevoegen aan de Algemene Reserve.

### 10.5 Verwachte nieuwe taak: begeleiding en kortdurend verblijf

Voor de verwachte decentralisatie van de AWBZ naar de Wmo komen de volgende budgetten beschikbaar:

- A budget voor de voorbereidings- en invoeringskosten (2012 en 2013)
- B budget voor de kosten van de begeleiding
- C budget voor de uitvoeringskosten

#### A. Budget voor voorbereidings- en invoeringskosten

Invoeringskosten	Heemstede
2012	€ 86.000
2013	€ 57.000
<i>Totaal</i>	<i>€ 143.000</i>

Dit bedrag blijft beschikbaar voor de gemeenten. Ook nu de decentralisatie voorsnog niet doorgaat per 1 januari 2013.

## **B. Budget voor de kosten van de begeleiding**

Voor de verwachte uitbreiding van het gemeentelijke takenpakket zal een toevoeging van middelen plaats vinden aan het gemeentefonds.

## **C. Budget voor de uitvoeringskosten**

Voor de uitvoeringskosten zal eveneens een bedrag worden toegevoegd.

Om te komen tot een verdeling van het landelijk beschikbaar komende budget heeft het ministerie van Binnenlandse Zaken opdracht gegeven aan bureau Cebeon om een verdeelmodel te ontwikkelen voor het budget voor de nieuwe Wmo-taak begeleiding. Op dit moment zijn er nog geen resultaten bekend.

## **10.6 Overige budgetten**

### *Welzijnsbeleid*

Voor de overige welzijnstaken die mede de lokale sociale basisinfrastructuur vormgeven (zie blz 27) en reeds voor de invoering van de Wmo onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid vielen, zijn de budgetten afzonderlijk in de gemeentelijke begroting opgenomen. Via de Begroting 2013 worden voor enkele van deze taken bezuinigingsvoorstellen gedaan (onder andere met betrekking tot het ouderenwerk, het sociaal-cultureel werk, het peuterspeelzaalwerk en verschillende activiteiten op het gebied van onderwijs).

### *Lokaal volksgezondheidsbeleid*

Voor de volledigheid merken we op dat naast bovenstaande budgetten sprake is van het reguliere budget voor de taken van de GGD Kennemerland op het vlak van openbare gezondheidszorg, voor de uitvoering van de jeugdgezondheidsgezondheidszorg 0-4 jaar door de Jeugdgezondheidszorg Kennemerland en voor verslavingszorg door de Brijderstichting. In totaal is hiermee op jaarbasis een bedrag van bijna € 800.000 mee gemoeid.

Hiernaast worden verschillende preventieve activiteiten gericht op de gezondheid voor jongeren uitgevoerd via het Centrum voor Jeugd en Gezin en bekostigd vanuit middelen voor opvoed- en opgroeiondersteuning.

## BIJLAGE 1 UITVOERINGSPROGRAMMA

Nb: wordt nog nader aangevuld in de definitieve nota.

H 5	Preventieve voorzieningen	2012	2013	2014	2015
5.1	We continueren de preventieve structurele voorzieningen uit het eerdere beleidsplan voor zover we geen voorstel tot beëindiging of wijziging doen.	X	X	X	X
5.2	We gaan nadere criteria formuleren op basis waarvan we met instellingen afspraken gaan maken over de te realiseren outcome. We passen hier de Algemene Subsidieverordening in het eerste kwartaal 2013 op aan.		X		
5.3.4	Met Casca komen tot een aanpassing van de opdracht aan het Steunpunt Vrijwilligerswerk o.a. over een vernieuwende wijze van werven en matches en de ondersteuning van organisatie bij de inzet van vrijwilligerswerk.		X		
5.3.5	Initiatieven vanuit het bedrijfsleven gericht op participatie van kwetsbare groepen ondersteunen met maximaal € 7.500 per jaar.		X	X	X
5.3.6	Met de gemeenten in Zuid-Kennemerland in 2013 de mogelijkheden van verbindingen tussen professionele en vrijwillige inzet bij de ondersteuning van kwetsbare groepen onderzoeken.		X		
5.4.3	Met de gemeenten in Zuid-Kennemerland t.b.v. de ondersteuning van mantelzorgers de mogelijkheden onderzoeken voor de inzet van de Eigen Kracht-methodiek en netwerkcoaches.		X		
5.4.4	Met de gemeenten in Zuid-Kennemerland de mogelijkheden onderzoeken voor de ontwikkeling van lichtere vormen van respijtorg.		X		
5.4.4	Het ingezette mantelzorgbeleid continueren. Aanvullend Tandem verzoeken samen met het Steunpunt Steunpunt Vrijwilligerswerk een wervingcampagne voor zorgvrijwilligers op te zetten (eenmalig € 5.000).		X		
5.5	De verordening 'toegankelijkheid van gebouwen' per 1-1-2013 intrekken.	X			
5.6	De inzet van 1-1-2013 van buurtbemiddeling continueren, uitgaande van minder coördinatie-inzet; en de subsidie verlagen naar € 12.500.		X	X	X
5.7	De regeling voor het bevorderen van sociale betrokkenheid in buurten gewijzigd voortzetten door voorrang te geven aan projecten die gericht zijn op het meer bewegen door burgers of bevorderen van duurzaamheid. Het beschikbare budget per 2013 verlagen naar € 7.500 p.j.		X	X	X
5.8	Om bewoners actief te betrekken bij het Wmo-beleid de mogelijkheid bieden een voorstel voor een innovatief project in te dienen. Voor de uitvoering van het "winnende" project jaarlijks € 7.500 per jaar beschikbaar stellen.		X	X	X
5.9	Met Vluchtelingenwerk Noord West Holland een overeenkomst aan gaan voor de maatschappelijke begeleiding van statushouders in de jaren 2013 t/m 2015, in totaliteit € 43.200 t.l.v. resultaatbestemming jaarrekening 2011.		X	X	X
5.10	De criteria waaraan een activiteit van een ouderenbond moet voldoen om voor een bijdrage in aanmerking te kunnen komen uitwerken in het laatste kwartaal van 2012.	X			
5.11.1	Met de inzet van provinciale middelen een haalbaarheidsonderzoek uitvoeren naar de mogelijkheid van het realiseren van een woonservicegebied.		X		

H 6	Curatieve voorzieningen	2012	2013	2014	2015
6.1	We continueren de structurele curatieve voorzieningen uit het eerdere beleidsplan voor zover we geen voorstel tot beëindiging of wijziging doen.	X	X	X	X
6.2	In bijzondere situatie Werk- en Leertrajecten blijven inzetten. De begrote kosten ad € 26.000 brengen we in 2013 en 2014 t.l.v. het Wmo-budget. Op basis van een evaluatie doen we in 2014 een voorstel over de mogelijke voortzetting per 1-1-2015.		X	X	X

6.4	In geval de decentralisatie begeleiding doorgaat, de toegang tot de nieuwe taken organiseren bij het Loket Heemstede en het CJG.	X	X	X	X
6.4	Afhankelijk van de nadere besluitvorming door het Rijk gaan we een voorstel voorbereiden voor de samenwerking in het Loket (partijen, uren en tarieven).		X	X	
6.5	Na besluitvorming over de eventuele decentralisatie AWBZ gaan we na op welke wijze we onze ervaringen met de dagbesteding onder de Wmo kunnen gebruiken voor de invulling van de nieuwe taak begeleiding.		X		
6.6	Een nader voorstel uitwerken voor de inzet van de Eigen Kracht methodiek t.b.v. ouderen (in 2013 € 12.500 en in 2014 € 7.500).		X		

H 7	Collectieve en individuele voorzieningen	2012	2013	2014	2015
7.1	We continueren de collectieve en individuele voorzieningen uit het eerdere beleidsplan voor zover we geen voorstel tot beëindiging of wijziging doen.	X	X	X	X
7.2	Een voorstel voorbereiden tot wijziging van de Wmo voorbereiding per 1-1-2013 zodat deze aansluit bij 'de kanteling'.	X			
7.4.1	Het vervoer van bewoners van AWBZ-instellingen nader afstemmen op de AWBZ door het vervoer van/naar door de instelling georganiseerde (recreatieve) activiteiten niet tot de Wmo-vervoersbehoefte te rekenen. Het per 1 januari 2013 niet langer toestaan dat het collectief vervoer wordt ingezet voor het vervoer van/naar deze activiteiten.		X		
7.4.2	Op basis van (regionaal) onderzoek naar de mogelijkheden om te komen tot beheersing van de kosten voor het collectief vervoer, na afstemming met de provincie Noord-Holland, de BIOS-groep en de gemeenten in Zuid- en Midden-Kennemerland, volgt een voorstel voor beheersing van de kosten per 2013.	X	X		
7.5.1	Beleid t.a.v. algemeen gebruikelijke voorzieningen aanscherpen; nader voorstel doen.	X	X		
7.5.1	Onderzoeken op welke wijze het beleid in geval van gebruikelijke vervanging/modernisering kan worden gewijzigd.	X	X		
7.5.1	De uitvoering van kleine woningaanpassingen aanbesteden.		X		
7.6.1	Het uurtarief Hulp bij het huishouden per 1 januari 2013 differentiëren waarbij onderscheid wordt gemaakt naar zorg geleverd door een professionele zorgaanbieder en zorg door een particulier.		X		
7.6.1	Voorafgaand aan de nieuwe aanbesteding van de Hulp bij het huishouden per 1-10-2013 samen met de regiogemeenten mogelijke alternatieven onderzoeken.		X		
7.6.1	Met de alternatieven voor de Hulp bij het huishouden én de nieuwe contractering een besparing realiseren van € 100.000 in 2013 en € 200.000 per jaar vanaf 2014.		X	X	
7.7	De verstrekking van een voorziening meer afstemmen op de financiële draagkracht van de aanvrager door het vragen van een eigen bijdrage voor alle Wmo-voorzieningen. Hiervoor een nader voorstel voorbereiden.	X	X	X	X

H 8	Gezondheidsbeleid	2012	2013	2014	2015
8.2.2.	We intensiveren het overleg en de samenwerking met Zorgverzekeraar Achmea.	X	X	X	X
8.3	Een overleg starten met huisartsen, Stichting Welzijn Ouderen Heemstede en Loket Heemstede t.b.v. het leggen van verbindingen tussen activiteiten en eerstelijnszorg (eerste kwartaal 2013)		X	X	X
	We continueren de voorzieningen gericht op gezondheid uit het eerdere beleidsplan voor zover we geen voorstel tot beëindiging of wijziging doen.	X	X	X	X
8.8.1	Zowel in 2013 als in 2014 een incidenteel bedrag van 5.000 reserveren voor trainingen/deskundigheidsbevordering op het gebied van vroegsignalering van dementie. In overleg met huisartsen en zorgkantoor/zorgverzekeraar t.b.v. samenwerking bij signalering dementie. Met de regiogemeenten in overleg		X	X	X

	met Zorgkantoor over structurele financiering Draagnet. We betrekken wonen voor mensen met dementie bij het mogelijk realiseren van een woonservicegebied.				
8.8.2	We zetten in op verbetering van de signalering van depressieve klachten op verbetering van de voorlichting over depressies en hulpverleningsmogelijkheden. We gaan vanuit het CJG ondersteuning bieden aan kinderen van depressieve ouders. We gaan in overleg met huisartsen en Zorgkantoor/zorgverzekeraar t.b.v. de samenwerking bij de signalering van depressieve klachten. In zowel 2013 als in 2014 een incidenteel bedrag van 10.000 reserveren voor projecten t.b.v. de bevordering van de aanpak van psychische problematiek waaronder depressies.		X	X	X
8.8.4	Per 2013 de Heemstede Loop voortzetten uitgaande van een verlaging van de subsidiering tot 7.500 per 2015.	X	X	X	X
8.8.4	We beëindigen de subsidiering van het Sportloket per 2013. Met Steunpunt Vrijwilligerswerk afspraken maken over de ondersteuning van sportverenigingen op vlak van vrijwilligerswerk.	X	X	X	X
8.8.4	We continueren er 2013 het GALM project voor senioren van 65 tot 75 jaar.	X	X	X	X
8.8.4	Voor sport en beweegprojecten voor jeugd - zo mogelijk in aansluiting op de combinatiefuncties - en het GALM-project voor senioren in totaal op jaarbasis een bedrag van € 25.000 reserveren. In het laatste kwartaal van 2012 beoordelen welke activiteiten op het vlak van jeugd we gaan ondersteunen.	X	X	X	X
8.8.5	Vanuit het opvoedings- en opgroeiaanbod van het CJG zorgdragen voor kennis- en informatievoorziening over het gebruik van genotmiddelen (CJG-website en de nog te ontwikkelen site/link voor jongeren). Gelet op de onderzoeksresultaten uit het EMOVO-rapport voor roken en het gebruik van hasj/wiet nadrukkelijk het accent op het vmbo en voor alcoholgebruik op have/vwo leggen. We gaan in overleg met huisartsen en zorgverzekeraar over samenwerking op het vlak van preventieve inzet.	X	X	X	X
8.11.1	We continueren in 2013 en 2014 de training 'systematisch signaleren' voor medewerkers werkzaam in het Loket Heemstede of bij een gesubsidieerde organisatie in Heemstede die met ouderen werkt. Hiervoor reserveren we zowel in 2013 als in 2014 2.500.		X	X	

H 9	Inspraak, communicatie en samenwerking	2012	2013	2014	2015
9.2	Een uitbreiding van de huidige klankbordgroep Wmo realiseren door actief te werven met als doel te komen tot een evenwichtige samenstelling.		X		
9.3.2	De communicatie rond het beleidsplan 'Oog voor elkaar' vorm geven via een krant, film, folders, themabijeenkomsten en individuele informatievoorziening.	X	X	X	X

H10	Financiën	2012	2013	2014	2015
10.3	De Wmo reserve inzetten voor in ieder geval de duur van het beleidsplan 2012-2016.	X	X	X	X
10.4	De reserve voor hulpmiddelen toevoegen aan de Algemene Reserve.	X			



**BIJLAGE 2 BEGELEIDINGSGROEP NOTA WMO/LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID**

Wmo-klankbordgroep:

1.	De heer T. van Herwijnen	PCOB	theovanh@euronet.nl
2.	De heer R.Pels	ANBO	rj.pels2@quicknet.nl
3.	De heer F. Hoenderdos	Stichting 't Web	info@stichtinghetweb.nl
4.	De heer J.Hof	KBO	Jan.hof@quicknet.nl

Uitbreiding t.b.v. begeleiding nota:

5.	Mevrouw B. Berkhout	Stichting De Baan	directie@stichtingdebaan.nl
6.	Mevrouw J. van Duin	Steunpunt Vrijwilligerswerk	jvanduin@casca.nl
7.	De heer S. Struijf	Stichting CASCA	s.struijf@casca.nl
8.	De heer F. Schneider	Stichting MEE	f.schneider@meenwh.nl
9.	Mevrouw I. het Lam	Heliomare dagbesteding	i.het.lam@heliomare.nl
10.	Mevrouw F. Vieleers	Tandem	<a href="mailto:f.vieleers@tandemzorg.nl">f.vieleers@tandemzorg.nl</a>
11.	Mevrouw T. Herkes	Stichting Welzijn Ouderen Heemstede	info@welzijnouderenheemstede.nl
12.	Mevrouw M. Halma	SHDH	Marjan.halma@shdh.nl
13.	De heer B. de Wit	SportSupport	bdewit@sportsupport.nl
14.	De heer S. v.d. Pol	Sportservice Heemstede	svanderpol@sportserviceheemstede <span style="font-size: small;">zandvoort.nl</span>
15.	Mevrouw L.v.Beusekom	SHDH	Liesbeth.vanbeusekom@shdh.nl
16.	Marie-José Driessen	De Hartekamp Groep	m.j.driessen@dehartekampgroep.nl
17.	Mevrouw J. Duyvesteyn	De Zonnebloem	<a href="mailto:j.duyvesteyn@columbacommunications.nl">j.duyvesteyn@columbacommunications.nl</a>
18.	De heer T. de Jong	Stichting De Linde	<a href="mailto:tjeerd@stdl.nl">tjeerd@stdl.nl</a>
19.	De heer A. Brand	ZorgBalans	a.brand@zorgbalans.nl
20.	Mevrouw A.van Duin	ZorgBalans, Draagnet	a.van.duin@zorgbalans.nl
21.	Mevrouw A. de Vries	PCOB	d.devries@multiweb.nl

### BIJLAGE 3 BEGRIPPENLIJST WMO

Begrippenlijst	
<b>AWBZ</b>	De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten vergoedt langdurige zorg voor mensen met een ernstige beperking door een handicap, chronische ziekte of ouderdom.
<b>Begeleiding</b>	De AWBZ-functie begeleiding omvat door een instelling of natuurlijk persoon te verlenen activiteiten aan cliënten met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, die matige of zware beperkingen hebben op het terrein van: de sociale redzaamheid; <ul style="list-style-type: none"> <li>• de sociale redzaamheid;</li> <li>• het bewegen en verplaatsen;</li> <li>• het psychisch functioneren;</li> <li>• het geheugen en de oriëntatie of</li> <li>• die matig of zwaar probleemgedrag vertonen.</li> </ul>
<b>Beleidsregels</b>	Hierin staat beschreven wanneer een cliënt in aanmerking komt voor een Wmo-voorziening.
<b>CIZ</b>	Bi het Centrum Indicatiestelling Zorg kan een indicatie worden aangevraagd voor de gewenste zorg in het kader van de AWBZ.
<b>CJG</b>	Het Centrum Jeugd en Gezin is een herkenbaar inlooppunt in de buurt waar ouders en jongeren terecht kunnen met hun vragen over opgroeien, opvoeden en gezondheid. In het CJG wordt advies, ondersteuning en hulp op maat geboden.
<b>Beperking</b>	Een beperking is een term voor de fysieke en/of psychische aandoening van iemand met een handicap.
<b>Cliëntondersteuning</b>	Cliëntondersteuning is het bieden van steun aan kwetsbare mensen die moeite hebben met het maken van belangrijke keuzes en met het oplossen van problemen. Die steun varieert van het geven van informatie en advies, tot hele praktische ondersteuning.
<b>Compensatiebeginsel</b>	Het betreft de in de Wmo opgenomen plicht van de gemeente om voorzieningen te treffen, zodat burgers met beperkingen zodanig gecompenseerd worden, dat zij een huishouden kunnen voeren, zich in en om de woning kunnen verplaatsen, zich lokaal kunnen verplaatsen en kunnen deelnemen aan het maatschappelijk verkeer. Met de decentralisatie van de AWBZ-functie (extramurale) begeleiding naar de Wmo wordt het compensatiebeginsel uitgebreid. Daarmee vervalt het verzekerde recht uit de AWBZ.
<b>Eigen bijdrage</b>	Voor AWBZ-zorg is, over het algemeen, een eigen bijdrage van cliënten verschuldigd. Hiermee betalen cliënten zelf een deel van de kosten voor de zorg. De eigen bijdrage wordt geïnd door het CAK. Kinderen en jongeren onder de 18 jaar betalen geen eigen bijdrage. Hoe hoog de eigen bijdrage is hangt af van de leeftijd, het inkomen en de gezinssamenstelling.
<b>Extramurale zorg</b>	De zorg die wordt verleend aan cliënten met een indicatie uitgedrukt in functie en klassen (geen verblijfsindicatie). De zorg wordt verleend zonder dat de cliënt in een AWBZ-instelling verblijft. De cliënten zijn zelf verantwoordelijk voor hun woonlasten.

<b>Funcities AWBZ</b>	De zorg waarop een cliënt recht heeft op grond van de AWBZ is omschreven in functies, namelijk: <ul style="list-style-type: none"> <li>• persoonlijke verzorging;</li> <li>• verpleging;</li> <li>• begeleiding;</li> <li>• verblijf;</li> <li>• behandeling;</li> <li>• kortdurend verblijf.</li> </ul>
<b>Gebruikelijke zorg</b>	De normale, dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten geacht worden aan elkaar onderling te bieden.
<b>Hulp bij het huishouden</b>	Het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van het verzorgen van het huishouden van een persoon dan wel van een leefeenheid waartoe een persoon hoort.
<b>Individuele voorzieningen</b>	Voorzieningen om mensen met een beperking in staat te stellen zelfstandig te kunnen blijven wonen en te kunnen blijven deelnemen aan het maatschappelijk leven. De voorzieningen uit de Verordening maatschappelijke ondersteuning kunnen hiertoe gerekend worden.
<b>Intramurale zorg</b>	De zorg die wordt verleend binnen een instelling. Binnen de AWBZ gaat het om zorg aan mensen met een verblijfsindicatie. Het betreft mensen met een grondslag die behoefte hebben aan een beschermende woonomgeving of 24-uurstoezicht.
<b>Kortdurend verblijf</b>	Deze AWBZ-functie betreft het logeren in een instelling gedurende maximaal drie etmalen per week. Dit kan gepaard gaan met het verlenen van persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding. Deze vorm van zorg kan ook geboden worden ter ontlasting van mantelzorgers. Sinds 1 januari 2011 is beroep op kortdurend verblijf alleen nog mogelijk op basis van een afgewogen oordeel of de cliënt behoefte heeft aan zorg met permanent toezicht. Ook deze AWBZ-functie wordt gedecentraliseerd naar de Wmo.
<b>Leveringsvorm</b>	Er worden twee leveringsvormen onderscheiden, namelijk het PGB en de Zorg in Natura.
<b>Mantelzorg</b>	De zorg die mensen geven aan hun partner, een familielid of een vriend die (langdurige) zorg nodig heeft, bijvoorbeeld vanwege een chronische ziekte, een handicap of ouderdom. Het gaat om zorg waarvoor anders een professionele hulpverlener nodig is. Het betreft dus niet de gebruikelijke zorg. Mantelzorg wordt vrijwillig geboden.
<b>Multiprobleemgezin</b>	Een multiprobleemgezin is een gezin met problemen op meerdere leefgebieden (de opvoeding van de kinderen; het individuele welzijn van de gezinsleden; het voeren van een huishouding; het verwerven en onderhouden van een maatschappelijke positie; het vormgeven van de partnerrelatie). De aanleiding is bijvoorbeeld een psychische of verstandelijke beperking en/of verslaving.
<b>Openbare Geestelijke Gezondheidszorg OGGz</b>	De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) betreft een beleidsveld van gemeenten, dat zich richt op het aanpakken van multiprobleemsituaties. De term OGGz duidt op activiteiten en de bemoeienis met sociaal kwetsbare mensen, meestal zonder een duidelijke hulpvraag. Hierbij kan problematiek in de openbare ruimte/ orde een rol spelen. De OGGz valt onder prestatieveld 8 van de Wmo.
<b>Outreachend werken</b>	Een werkmethode waarbij actief wordt ingezet op het leggen van contact met de doelgroep, het onderzoeken van de vragen en het motiveren en zo nodig verwijzen van de doelgroep naar vormen van hulpverlening.
<b>Persoonsgebonden budget</b>	Een geldbedrag waarmee een cliënt zelf hulp en/of zorg kan inkopen of inhuren. De cliënt kiest zelf een zorgaanbieder of hulpverlener uit. In de Wmo wordt het PGB gegeven door de gemeenten en in de AWBZ wordt het zorgkantoor. De cliënt moet de uitgaven van het PGB verantwoorden richting de gemeente en/of het zorgkantoor.

<b>Regie</b>	Het plannen en uitvoeren van dagelijkse taken en activiteiten.
<b>Respijtzorg</b>	Respijtzorg is zorg aan een cliënt, met als doel om mantelzorg(er)s te ontlasten en vrijaf te geven. Het is een verzamelbegrip voor alle voorzieningen, die tijdelijk, beroepsmatig of vrijwillig de mantelzorg overnemen, en dus respijt verlenen.
<b>Verblijf</b>	De AWBZ-functie verblijf omvat het verblijf in een instelling met samenhangende zorg bestaande uit persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding of behandeling, voor een cliënt met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking en/of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap indien die verzekerde aangewezen is op een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht. Op verblijf bestaat aanspraak als de cliënt meer dan drie etmalen per week daarop is aangewezen.
<b>Zorg in natura</b>	De levering van zorg aan een cliënt door een zorgaanbieder waarmee de gemeente afspraken heeft gemaakt. De gemeente betaalt de kosten voor de zorg direct aan de zorgaanbieder.