

Samen denken, samen doen

Aanzet tot een Wmo-beleidsplan van de gemeente Nijkerk, september 2007

Inleiding

Samen doen, dat is het motto waaronder we in Nijkerk in 2006 en 2007 van start zijn gegaan met de Wmo. De nadruk lag daarbij op een goede overgang van de huishoudelijke verzorging van de AWBZ naar de Wmo. Daar hadden en hebben we onze handen vol aan, al is de overgang goed verlopen.

De basis voor onze Wmo-activiteiten tot nu toe, is het strategisch beleidskader Samen Doen. Inmiddels hebben we over een aantal omstandigheden meer zekerheid gekregen. Er is een nieuw kabinet en er is meer duidelijkheid over wat de komende jaren wel en niet gaat veranderen in onze omgeving.

Het is belangrijk nu een stap verder te zetten met ons Wmo-beleid. Samen denken en vervolgens (weer) samen doen. Met name de thema's wonen, welzijn en zorg EN preventief jeugdbeleid willen we met het komende Wmo-beleidsplan (en het proces daar naar toe) een impuls geven.

In deze aanzet tot een Wmo-beleidsplan wordt daar nader op ingegaan.

Het is de bedoeling om aan de hand van deze notitie de Wmo-raad (i.o.), de regiegroep wonen en zorg en andere betrokkenen in staat te stellen tijdig input te geven voor het definitieve Wmo-beleidsplan dat we later zullen vaststellen.

In dat definitieve plan moet duidelijk zijn waar we staan, waar we naar toe willen, wie wanneer wat gaat doen en wat het moet kosten. Deze aanzet beoogt op die punten nog geen volledigheid: het gaat nu vooral over de richting en om de lezers de kans te geven input te geven voor het uiteindelijke Wmo-beleidsplan. De concrete keuzes zullen daarna worden gemaakt en vertaald worden naar een actieplan met een daaraan gekoppelde fasering over de periode 2008 - 2011.

Vooraf: enkele citaten ter inspiratie

Is er een recept voor geluk? 'In het algemeen gezegd: blijf als het enigszins kan niet alleen, zorg goed voor je netwerk als je geen partner hebt, blijf lekker bezig in je werk en daarbuiten, houd oog voor nieuwe dingen en nieuwe mensen, wees zuinig op je gezondheid en vergeet nooit dat je jezelf nog kunt verbeteren. Therapie helpt vaak.'

Uit: interview met prof. dr. Ruut Veenhoven (64), Opzij, juli/augustus 2007.

'Leer als mens weer waardevol te worden voor jezelf, én voor de omgeving, blijf niet hangen in het verleden, maar ga voor het HEDEN, door positief én met humor het leven trachten te benaderen.'

R. Trimbach in: Een onverwachte wereld, doordenkboek voor insiders en belangstellenden, 2006.

'Het komt erop neer dat, om voor de grijze ouderen geluk te genereren, de zorg omgevormd moet worden tot een geïntegreerd product van cure, care, welzijn en wonen. Daarbij moet 'voor mensen zorgen' vervangen worden door omstandigheden te creëren waarin mensen zoveel mogelijk voor zichzelf en voor elkaar kunnen zorgen. De nadruk wordt daarbij gelegd op wat *vrolijk* is en wat wel mogelijk is en niet op wat hoort en wat niet mogelijk is. Het leren leven met de niet te cureren handicaps, door de kwalen te doen vergeten door een overvloed aan leuke zaken is dan corebusiness. Overigens wordt zo de ouderenzorg ook automatisch goedkoper doordat de vraag naar zorg, als een schreeuw om aandacht, wordt voorkomen.'

Prof. dr. H.M. Becker, Raad van Bestuur Humanitas Rotterdam, NRC, 25-4-2007.

In de vierde levensfase hebben ouderen weinig mensen om voor te leven. Dat betekent een grote mate van eenzaamheid. Hoe maak je extra tijd vrij voor extra zorg om de eenzaamheid van deze ouderen te lenigen en op welke wijze kun je daar als zorgverlener aandacht aan besteden? In dit verband wijst de heer De Lange op de noodzaak naar het levensverhaal van de oudere te luisteren. Het gaat in de zorg niet zozeer om interventies maar om nabijheid. Dat vergt wel gezamenlijk uithoudingsvermogen in machteloosheid, aldus een van de aanwezigen. Hoopgevend is dat de jongere van nu een meer onbevangen aandacht heeft voor waarden. De 'oudere' zorgverleners van nu kunnen en moeten die gelegenheid aangrijpen om die nieuwsgierigheid te voeden en de jongeren bij de hand te nemen.

Uit een verslag van een bijeenkomst d.d. 21 mei 2007, georganiseerd door Reliëf, Christelijke vereniging van zorgaanbieders, met prof. dr. F. de Lange.

In Generation R., een grote cohortstudie onder bijna 10.000 Rotterdamse pasgeborenen, vinden we dat het geboortegewicht van baby's van lager opgeleide moeders twee ons lager is dan dat van kinderen van hoger opgeleide moeders. Ook hier is weer een belangrijk effect van gedragsfactoren. Als we de invloed van roken in de zwangerschap statistisch uitschakelen worden de verschillen ongeveer gehalveerd. Maar ook verschillen in financiële situatie en in alleenstaand moederschap spelen een rol, vermoedelijk deels via een effect op roken, deels via andere mechanismen.

Prof. dr. J. Mackenbach: 'Gezondheid en ziekte in een ongelijke wereld: sociale feiten, biologische uitkomsten', Lof der geneeskunst 2006, oktober 2006.

Nu, in het begin van de eenentwintigste eeuw wordt steeds meer accent gelegd op een participatoire visie. Er is sprake van een maatschappij waarin kinderen en jongeren steeds jonger gezien worden als gelijkwaardige 'medeburgers'. Men beschouwt de ontwikkeling van kinderen en jongeren als een proces van toenemende dialoog en participatie.

(...)

Het participatiemodel veronderstelt dat beide partijen nogal wat vaardigheden, maar ook tijd en energie hebben om te communiceren en te onderhandelen. Als die energie niet kan worden opgebracht of de vaardigheden er niet zijn, blijft het kind met lege handen achter. Er is niets aangereikt, het heeft niets zelf mogen ontdekken en is blijven steken in eindeloze discussie en onderhandelingen.

Prof. dr. J.M.A. Hermans in: Bouwstenen voor betrokken jeugdbeleid, WRR, 2007

Het wettelijk kader

1.1 Wat moet er minimaal in de Wmo-nota beschreven worden?

De gemeente is op grond van artikel 3 van de Wmo na het eerste jaar van de Wmo verplicht om elke vier jaar een beleidsplan op te stellen. In het plan dient in ieder geval te worden aangegeven:

- wat de gemeentelijke doelstellingen zijn op de verschillende prestatievelden¹;
- hoe het samenhangende beleid wordt uitgevoerd en welke acties worden ondernomen in de periode die het plan bestrijkt;
- welke resultaten de gemeente wenst te behalen in de periode die het plan bestrijkt;
- welke maatregelen de gemeenteraad en het college van burgemeester en wethouders nemen om de kwaliteit te borgen van de uitvoering van de maatschappelijke ondersteuning;
- welke maatregelen worden genomen om de keuzevrijheid te bevorderen voor degenen aan wie maatschappelijke ondersteuning wordt verleend.

Daarnaast moet het plan de resultaten van het meningsvormende totstandkomingsproces met burgers en organisaties beschrijven.

Het is hierbij van belang te onderkennen dat de verschillende prestatievelden niet nieuw zijn. Op elk van de prestatievelden is sprake van lopend beleid (zie bijlage I). Recente ontwikkelingen kunnen wel aanleiding zijn om het bestaande beleid en met name de samenhang daartussen, tegen het licht te houden. Te denken valt aan de Wmo, het jeugdbeleid, de veranderingen in de GGZ, de veranderingen in de financiering van de AWBZ en de daarbij gevoerde discussies. Meer praktisch kan ook gedacht worden aan de vorming van het Centrum voor Jeugd en Gezin en de toekomstige gezondheidscentra Spoorcamp (De Terrassen) en Nije Veste (Oranjelaan)².

Ook de betrokkenheid van burgers en organisaties bij de totstandkoming van het (nieuwe) beleid is niet nieuw. Over verschillende elementen van de prestatievelden bestaan al overleggen die input leveren voor het nieuwe Wmo-beleid. Gedacht kan worden aan bijvoorbeeld de regiegroep wonen, welzijn en zorg, maar ook de diverse contacten met de eerstelijnszorg of de jeugd(gezondheids-)zorg in het kader van het reguliere beleid. Wel geldt dat de bijzondere regionale positie van Nijkerk (vaak op de grens van traditionele regio-indelingen) en het grote verloop in de ambtelijke organisatie, ervoor hebben gezorgd dat netwerkcontacten niet altijd op het gewenste niveau zitten. Het Wmo-beleidsplan is een impuls om dat weer op peil te brengen.

1.2 Relatie met de nota gezondheidsbeleid en de WCPV³

Niet alleen de Wmo verplicht tot het opstellen van een beleidsplan, ook de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) verplicht daartoe.

Inhoudelijk is er sprake van samenhang tussen beide plannen, zowel qua doelgroep als qua inhoud.

Beide plannen richten zich mede op overlappende groepen kwetsbare burgers. Kwetsbare personen hebben vaak een combinatie van problemen, waarvan gezondheidsklachten een onderdeel zijn. De overheid en andere instellingen benaderen deze problemen vaak afzonderlijk. Maar de verschillende problemen hebben met elkaar te maken. Mensen kunnen worden geholpen met problemen rond

¹ Prestatieveld 1: leefbaarheid en sociale samenhang; prestatieveld 2: preventieve ondersteuning jeugd; prestatieveld 3: informatie, advies en cliëntondersteuning; prestatieveld 4: mantelzorg en vrijwilligers; prestatieveld 5 en 6: participatie van - en individuele voorzieningen voor mensen met een beperking, een chronisch psychisch probleem of psychosociaal probleem; prestatieveld 7, 8 en 9: Maatschappelijke opvang, OGGZ, nazorg ex-gedetineerden en verslavingszorg.

² Zie ook: Wmo en eerstelijnszorg, over samenwerking tussen gemeenten en eerstelijnsorganisaties, G.J. Bloemendal e.a., Landelijke Vereniging georganiseerde eerste lijn, april 2007.

³ Bij deze paragraaf is gebruik gemaakt van: Handreiking Lokaal gezondheidsbeleid en Wmo in samenhang, R.H. de la Brethoniere en N. Brinkman, VNG/SGBO, april 2007 en Relatie tussen de WCPV en de Wmo, mevr. drs. C.B. Walg, GGD-Gelre-IJssel, januari 2006.

overgewicht, maar als dit het gevolg is van eenzaamheid, komt het probleem vanzelf weer terug als daar geen aandacht voor is.

Ook in de tijd zien we dat sprake kan zijn van samenhang. Psychosociale problematiek in de jeugd blijkt een voorbode voor psychosociale problematiek op latere leeftijd. Primaire preventie ligt onder andere in het uitvoeren van pestprogramma 's en de organisatie van weerbaarheidstrainingen. Een screenings-instrument om vroegtijdig psychosociale problematiek bij jongeren op te sporen kan gebruikt worden om te voorkomen dat op latere leeftijd de balans uitslaat naar complexe problemen binnen de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg.

Een ander voorbeeld: voor overgewicht geldt dat dit op latere leeftijd kan leiden tot type II diabetes. Diabetici hebben meer kans op complicaties en daarmee beperkingen. Burgers met beperkingen doen mogelijk vaker een beroep op individuele voorzieningen op grond van de WMO. Van belang is dan ook om overgewicht aan te pakken om (gezondheids)winst op zowel korte als lange termijn te behalen.

Met name de samenwerking met de eerstelijnszorg⁴ kan hier nieuwe kansen bieden. Vanuit de gezondheidscentra i.o. vinden op dit moment gesprekken plaats met de zorgverzekeraars over een zogenaamd zorgaanbodplan. In zo'n plan wordt op basis van kenmerken van de patiëntenpopulatie (gegevens huisartseninformatiesysteem) doelgroepen in kaart gebracht. Daaraan gekoppeld wordt per werkgebied/wijk een aanbod van eerstelijnszorg geformuleerd.

De verplichtingen van beide nota's kunnen als volgt naast elkaar worden gezet:

Nota lokaal gezondheidsbeleid	Beleidsplan Wmo
<p>Vanaf 1 juli 2003 iedere vier jaar. Raad stelt vast hoe hij uitvoering geeft aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de continuïteit en samenhang binnen de collectieve preventie en de afstemming tussen collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg • specifieke taken w.o. <ul style="list-style-type: none"> - inzicht in de gezondheidssituatie - bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen • infectieziektenbestrijding • jeugdgezondheidszorg • advies vragen aan de GGD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Een of meer plannen die richting geven aan beslissingen over de maatschappelijke ondersteuning: • Ieder vier jaar de hoofdzaken van beleid. In ieder geval: <ul style="list-style-type: none"> - doelstellingen op prestatievelden - samenhang op m.o. met acties - resultaten - kwaliteit uitvoering - keuzevrijheid prestatievelden 2, 5 en 6 - behoefte aan kleine doelgroepen - advies vragen aan vertegenwoordigers van vragers maatschappelijke ondersteuning.
<p>Verder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • afstemmen ander beleid • landelijke prioriteiten • doelen en resultaten • communicatie van het beleid • evt. verwijzen naar andere nota's. 	<p>Verder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nota mag tussentijds worden gewijzigd • de burger weet door de nota wat de (lokale) rechten zijn als het gaat om individuele voorzieningen • met het plan kan de burger zien wat er van het gemeentelijk beleid terechtkomt.

1.3 Opbouw van deze notitie

In deze aanzet voor een Wmo-beleidsplan worden de verschillende prestatievelden van de Wmo langsgelopen. Waar mogelijk wordt daarbij gebruik gemaakt van de handreikingen van het ministerie van VWS en de VNG (www.beleidsplanwmo.nl) Per prestatieveld wordt ingegaan op de acties die we als gemeente willen gaan ondernemen. Zowel gelet op de ambtelijke capaciteit als gelet op de urgentie, zal in het uiteindelijke beleidsplan sprake zijn van een fasering over de periode 2008 tot 2011. Het blijft daarbij natuurlijk mogelijk om nieuwe prioriteiten te stellen als daar aanleiding toe is, bijvoorbeeld als gevolg van nieuw rijksbeleid of als gevolg van initiatieven van andere partijen waar de gemeente op in moet spelen.

Waar dat logisch is, wordt in deze notitie ook het lokaal gezondheidsbeleid erbij betrokken. Of dit uiteindelijk ertoe leidt dat de Nota lokaal gezondheidsbeleid en het beleidsplan Wmo één nota worden, is op dit moment nog niet duidelijk. Ook als we uiteindelijk kiezen voor twee nota's, dan is het de bedoeling om in het uiteindelijke Wmo-beleidsplan de inhoudelijke samenhang zichtbaar te maken, mede op basis van de nog intern uit te voeren evaluatie van de nota gezondheidsbeleid en de verder uit te werken regionale kadernota gezondheidsbeleid West-Veluwe/Vallei die als bijlage bij dit stuk is opgenomen (bijlage III).

⁴ Huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar/Mensendieck, logopedisten, eerstelijnspsychologen.

Het uiteindelijke Wmo-beleidsplan zal ook een financiële paragraaf bevatten. In totaal is voor de nieuwe Wmo-taken jaarlijks ca. 2,47 mln. euro beschikbaar⁵. Landelijk is dit opgebouwd uit een aantal stromen, te weten de voormalige AWBZ-middelen voor huishoudelijke verzorging en een aantal AWBZ-subsidieregelingen, zoals de subsidieregeling diensten bij wonen met zorg en de uit de budgetten van de GGZ-instellingen gehaalde middelen voor collectieve preventie GGZ. Uitgaande van de landelijke verhoudingen zoals die golden bij de invoering van de Wmo⁶, bestaat de 2,47 mln. euro indicatief uit:

- 2,2 mln. huishoudelijke verzorging
- 42.000 euro dure woningaanpassingen
- 58.600 euro mantelzorg
- 41.900 euro vanuit de voormalige AWBZ-subsidieregeling diensten bij wonen met zorg
- 29.600 euro collectieve GGZ-preventie en zorgvernieuwingsprojecten GGZ
- 9.000 euro voorlichting, training en advies
- 122.600 euro uitvoeringskosten

Het is aan de gemeente om binnen de kaders van de wet de middelen te besteden. Er is geen sprake van verdere oormerking voor delen van de Wmo. Wel is het goed om te weten waar de middelen vandaan kwamen, zodat dat kan worden meegenomen in de beslissing hoe ze nu in het kader van de Wmo te besteden.

⁵ Wmo-budget gemeente Nijkerk 2008, circulaire gemeentefonds d.d. 18 september 2007. De uitgaven aan de Wmo worden gedekt door dit budget plus de eigen bijdragen van gebruikers van de Wmo.

⁶ Berekening op basis van het overzicht van het totale Wmo-budget in 2008 uit de circulaire gemeentefonds d.d. 29 juni 2007 (pag. 24).

2. Prestatievelden Wmo

2.1 Prestatieveld 1, leefbaarheid en sociale samenhang

Het prestatieveld 'bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten', is landelijk ruim en breed geformuleerd. Leefbaarheid laat zich definiëren als: het wonen in een prettige en veilige omgeving, met de mogelijkheid om (thuis of in de buurt) gebruik te kunnen maken van (eenvoudige) zorg-, welzijns- en gemaksdiensten.

Sociale samenhang, sociale cohesie, vanzelfsprekende betrokkenheid van mensen bij elkaar, vergroten het welbevinden van inwoners en creëren een klimaat waarin het normaal is om elkaar te ondersteunen en bij te staan. De samenleving wordt gevormd door de deelnemers. Het faciliteren van "ontmoeting" is een investering in de kwaliteit van de samenleving. De gemeente faciliteert "ontmoeting" door het geven van subsidies voor de uitvoering van welzijnswerk, sport en bewegen en door het instandhouden van accommodaties waar activiteiten kunnen plaatsvinden in buurten. Het kan op niveau van de wijk of de buurt ook gaan om een of meer winkels (bijvoorbeeld een bakker), een verkooppunt van postzegels, een huisarts. Als er zicht is op welke ontmoetingspunten wijkbewoners van belang vinden, dan kan periodiek ook gekeken welke ontwikkelingen daarin zijn. Niet om dan alleen in te zetten op behoud van hetzelfde, maar wel om tijdig alternatieven te bevorderen. Subsidie is daarbij lang niet altijd het juiste instrument; facilitering via de ruimtelijke ontwikkelingspolitiek of door invulling van de regiefunctie in de zorg door de gemeente is minstens zo belangrijk. Ruimte bieden aan initiatieven van derden, derden uitnodigen en de voorzieningen die in principe gericht zijn op de regio of de stad proberen te verleiden ook iets voor de wijk te doen.

Leefbaarheid en sociale samenhang zijn voor de Wmo vooral van belang als de eerste schakel in de samenhangende keten van maatschappelijke ondersteuning⁷:

- hoe groter de sociale samenhang in buurt/wijk/dorp; hoe hoger de participatie in de eigen buurt
- hoe groter de participatie; hoe groter ook de maatschappelijke inzet voor anderen en hoe groter de inzet voor anderen op het terrein van zorg.
- hoe groter de maatschappelijke inzet voor anderen; hoe groter de zelfredzaamheid van de burgers
- een grotere zelfredzaamheid zal leiden tot meer "meedoen" in de samenleving.

Waar willen we naar toe?

Buurten waarin het prettig en veilig wonen is en waarin een klimaat is waarin het normaal is om elkaar te ondersteunen en bij te staan. Het is makkelijker gezegd dan gerealiseerd. Het is iets waar de overheid aan kan bijdragen, maar wat uiteindelijk afhankelijk is van mensen.

In zijn algemeenheid levert de gemeente een bijdrage die uiteenloopt van wijkgericht werken bij het wijkbeheer, sportstimulering (BOS-impuls) en speelplaatsen voor kinderen.

Meer specifiek voor mensen met een langdurige beperking, zijn van belang de in de Woonvisie 2005+ voorziene acties om ook het (blijven) wonen in de wijk mogelijk te maken. Concreet gaat het om:

- Bouwen aan een adequaat aanbod van levensloopbestendige en zorggeschikte woningen
- Advies en informatie gericht op eigen verantwoordelijkheid wonen
- Concept woonservicegebieden
- Voldoende voorzieningen per woonservicegebied.

Een woonservicegebied is daarbij gedefinieerd als:

- Een zodanige combinatie van voorzieningen en woonmilieu, dat er een gelijkwaardig alternatief ontstaat voor groepen die nu nog merendeels intramuraal zijn gehuisvest.
- Omvat een 'zorgkruispunt', met enkele kleinere zorgsteunpunten, aanpasbare en aangepaste woningen en een barrièrevrij, sociaal veilig en verkeersveilig woonmilieu.
- Doelgroepen niet de exclusieve populatie, maar een minderheid. Ook aantrekkelijk voor de overige bevolking, in het bijzonder voor doelgroepen die baat hebben bij een verhoogd niveau van dienstverlening in combinatie met een wat beschutte woonomgeving, bijv. gezinnen en nog vitale ouderen.

⁷ Strategisch beleidskader Wmo, gemeente Nijkerk, mei 2006

Afgesproken is dat de visie verder zou worden uitgewerkt in de vorm van concrete projecten, waarbij het realiseren van 5 woonservicegebieden met elk een eigen 'zorgsteunpunt' een centrale rol speelt.

Waar staan we en wat gaan we doen om ons doel te halen?

Voor mensen met een langdurige beperking zijn met name de lopende acties in het volkshuisvestingsprogramma van belang. Zo zijn plannen in voorbereiding en uitvoering om de verzorgingshuizen van Laak en Eemhoven te vernieuwen (Sint Jozef en Zilverschoon). Naar verwachting zullen rond de verzorgings-/verpleeghuizen van de PC-Zorgalliantie op termijn ook ontwikkelingen volgen (bouwplan Arkemheen en mogelijke ontwikkeling rond Telstarterrein in relatie tot de Stoutenborgh).

Bij nieuwbouw en renovatie van woningen is aanpasbaar bouwen volgens de normen van Woonkeur uitgangspunt. Per situatie wordt bekeken welke maatregelen van Woonkeur gerealiseerd kunnen worden. Doel is op die manier te vermijden dat later ingrijpende woningaanpassingen nodig zijn (achteraf), waarbij sinds 1 januari 2007 ook de dure woningaanpassingen voor rekening komen van de gemeente. In het kader van de Wmo is het wenselijk om dit beleid te zijner tijd te evalueren en te zien of het doel (voorkomen onnodig dure aanpassingen achteraf) voldoende wordt gehaald.

Waar het gaat om advies en informatie over het al dan niet levensloopbestendig zijn van een woning, geldt dat de provincie hiervoor inmiddels een concept heeft ontwikkeld. Mensen kunnen daarbij volgens een objectieve methode hun (eigen) woning laten doorlichten op te plegen aanpassingen. Zo kan daar rekening mee worden gehouden bij eventuele verbouwingen of woningverbeteringen. Voorzover bekend vindt deze methode nog geen toepassing in Nijkerk, maar in het kader van het Wmo-beleidsplan kan desgewenst bezien worden of het gebruik ervan door inwoners van Nijkerk gestimuleerd kan worden.

Wat betreft de vormgeving van woonservicegebieden geldt dat er diverse initiatieven zijn die kunnen bijdragen aan zo'n gebied. Met name valt te denken aan de vorming van gezondheidscentra aan de Oranjelaan en Spoorkamp. De gemeentelijke rol is vooral een regierol: partijen bij elkaar brengen, partnerschap tonen in o.a. ruimtelijke procedures en waar initiatieven in bepaalde gebieden blijven steken of ontbreken proberen aan te jagen. Met beperkte ambtelijke capaciteit (minder dan 1 fte) wordt momenteel geprobeerd deze rol voldoende in te vullen.

Ten aanzien van de beschikbaarheid van voldoende voorzieningen, is het beeld nog vaag. De medio 2007 georganiseerde interactieve panelbijeenkomst in Paasbos heeft zichtbaar gemaakt dat in feite een beeld nodig is van de verwachte ontwikkeling in de komende drie tot vier jaar. Als deze ontwikkeling niet tot tevredenheid stemt, moet met de betrokken partijen bezien worden wat in het betreffende gebied aan actie kan worden ondernomen om dit te verbeteren. Belangrijk is bijvoorbeeld om te bezien hoe we AWBZ-instellingen kunnen 'verleiden' om waar mogelijk drager te worden van woonservicezones (het zogenaamde zorgkruispunt/-steunpunt in termen van de woonvisie). De komende tijd zal bezien moeten worden hoe het beeld voor een of meer delen van onze gemeente scherper kan worden gesteld.

2.2 Prestatieveld 2 Preventieve ondersteuning jeugd⁸

Dit prestatieveld heeft betrekking op alle jeugdigen die in een gemeente wonen – en in voorkomende gevallen hun ouders – bij wie sprake is van een verhoogd risico als het gaat om ontwikkelingsachterstand of uitval zoals een zorgelijke opvoedingssituatie, schooluitval of criminaliteit, maar voor wie zorg op grond van de Wet op de jeugdzorg niet nodig is dan wel voorkomen kan worden. Dit prestatieveld geeft de gemeente de opdracht om op preventie gerichte ondersteuning te bieden aan jeugdigen met problemen met opgroeien en aan ouders met problemen met opvoeden. Het geldt als aanvulling op de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) en ook op bijvoorbeeld de leerplichtwet.

⁸ Gebaseerd op / ontleend aan: Werkdocument Preventief jeugdbeleid en het Centrum voor Jeugd en Gezin, visie, bouwstenen en praktijkvoorbeelden, versie 6 juli 2007, mevr. M. van Dijk e.a., SGB0.

Bijzonder voor dit prestatieveld is dat in de Memorie van Toelichting van de Wmo meer richting wordt gegeven dan bij de andere prestatievelden. In principe zijn wij als gemeente vrij om prestatievelden op een eigen manier uit te werken. Op deze manier kan het best worden aangesloten bij de lokale situatie.

Voor prestatieveld 2 is in de Wmo bepaald dat gemeenten aansluiting moeten zoeken bij de door VNG, IPO, rijk en MO-groep⁹ (branche-organisatie overeengekomen functies van het preventief jeugd beleid die er op lokaal niveau, voorafgaand aan de jeugdzorg, ten minste moeten zijn. Dit zijn de volgende functies:

1. *Informatie en advies.* Dit gaat om informatie en advies aan ouders, kinderen en jongeren over opvoeden en opgroeien.
2. *Signalering.* Duidelijk moet zijn welke afspraken gelden voor het melden van signalen over gezinnen door instellingen als jeugdgezondheidszorg, onderwijs, peuterspeelzalen en jeugd- en jongerenwerk.
3. *Toeleiding naar hulp.* Lokaal moet geregeld zijn hoe de toeleiding naar hulp plaatsvindt, dat wil zeggen naar lokale en regionale voorzieningen of Bureau Jeugdzorg,
4. *Licht pedagogische hulp.* Voor gezinnen en jeugdigen met opvoed- en opgroei problemen moet er op lokaal niveau licht pedagogische hulp beschikbaar zijn.
5. *Coördinatie van zorg:* Bij coördinatie van zorg gaat het om het afstemmen en zo mogelijk bundelen van zorg in het geval dat meerdere hulpsoorten nodig zijn om een jeugdige of gezin te ondersteunen

Prestatieveld 2 in relatie tot andere Wmo-prestatievelden

Met de komst van de Wmo is de Welzijnswet komen te vervallen. Dit betekent dat de verantwoordelijkheden die we als gemeente onder de Welzijnswet hadden nu onder de Wmo vallen. Hierbij gaat het om voorzieningen voor alle jeugd en gezinnen. Een voorbeeld hiervan is het peuterspeelzalenbeleid. Ook vrijetijdsvoorzieningen en activiteiten voor de jeugd, zodat zij zich kunnen ontwikkelen en ontplooiën, vallen nu onder de Wmo.

Een aantal andere prestatievelden naast prestatieveld 2 hebben natuurlijk ook betrekking op kinderen. Zo spelen kinderen en jongeren een belangrijke rol bij de sociale samenhang en leefbaarheid in de buurt (prestatieveld 1). Daarnaast is het belangrijk een relatie te leggen met de prestatievelden 7, 8, en 9. Jeugdigen kunnen immers te maken krijgen met maatschappelijke opvang, geestelijke gezondheidsproblemen of verslavingsproblematiek. Prestatieveld 2 is in feite een preventieprestatieveld, waarmee je onder andere deze problematiek wilt voorkomen.

Vorming Centra Jeugd en Gezin als aanjager

Een belangrijke aanjager voor dit prestatieveld is de vorming van de Centra Jeugd en Gezin. De vorming van de Centra voor Jeugd en Gezin valt onder het Programmaministerie voor Jeugd en Gezin van minister Rouvoet. Op 28 juni 2007 heeft hij het programma 'Alle kansen voor alle kinderen' naar de Tweede Kamer gestuurd. De hoofdlijnen van het jeugd- en gezinsbeleid zijn:

- Voor gezinnen met problemen geldt de aanpak 'Eén gezin, één plan'. Hulpverleners maken één totaalplan waarmee de kinderen en het gezin worden geholpen. De hulpverleners weten van elkaar wat ze doen en een van hen heeft de coördinatie van de zorg. Leden van het gezin en de hulpverleners hebben één aanspreekpunt.
- Opvoedingsondersteuning komt beschikbaar voor alle ouders. Ouders die zorg mijden worden actief opgezocht. Ze worden aangespoord hulp te aanvaarden en zonodig gedwongen door de rechter om mee te werken aan een betere opvoeding.
- De jeugdgezondheidszorg maakt voor ieder kind in de eerste vier jaar na zijn geboorte een risico-analyse van mogelijke opgroei- en opvoedproblemen. Als dat nodig is wordt direct hulp geboden.
- Bij ernstige problemen of mishandeling wordt een kind binnen 24 uur geholpen of uit huis geplaatst.

⁹ De Maatschappelijk Ondernemers Groep (MOgroep) is de brancheorganisatie voor Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang en heeft bijna 1800 leden.

Het kabinet heeft in september en oktober aangekondigd dat Nijkerk vanaf 2011 zo'n vierhonderdduizend euro¹⁰ extra kan verwachten. Dat geld kan worden gebruikt voor huisvesting en activiteiten in het Centrum, maar ook voor activiteiten in de wijken en op scholen. De gemeente inventariseert momenteel wat met dat geld het best kan worden gedaan.

Waar willen we naar toe?

De gemeente Nijkerk wil de komende tijd samen met alle betrokken organisaties:

- de actuele stand van zaken van het preventief jeugdbeleid op een rij zetten. Het instrument zelfanalyse jeugdbeleid¹¹, zoals recent ontwikkeld in opdracht van de VNG, zal daarbij als hulpmiddel worden gebruikt. Vertrekpunt daarbij zal zijn de onderstaande beschrijving van waar we nu staan.
- bezien hoe we inhoudelijk beter zicht kunnen krijgen op de belangrijkste risicofactoren en protectieve factoren en de benodigde gereedschapskist om daarop in te spelen (voor een inhoudelijke toelichting, zie bijlage IV bij dit conceptplan). De bedoeling is door onderling beter uit te wisselen hoe we tegen de situatie aankijken, een betere samenwerking op ketenniveau te bereiken.
- vanuit die analyse realistische actiepunten formuleren, waarbij vanuit de landelijke resultaten van de minibenchmark in elk geval te denken valt aan een betere samenwerking met huisartsen (aansluitend bij ontwikkeling gezondheidscentra). In samenwerking daarmee komen tot een Centrum Jeugd en Gezin in Nijkerk.

Waar staan we en wat gaan we doen om ons doel te halen?

De belangrijkste aandachtspunten bij het preventief jeugdbeleid zijn de gezondheid en de sociaal-emotionele ontwikkeling. Problemen daarmee worden met name zichtbaar in het onderwijs, bij het maatschappelijk werk of in de sfeer van de openbare orde.

Onderwijs

De school is een belangrijke vindplaats voor de problematiek van jeugdigen. Leer- en gedragsproblemen en sociaal-emotionele problematiek bij jeugdigen hangen vaak nauw met elkaar samen en verdienen een integrale aanpak. Het vroegtijdig signaleren van problemen en tijdig ingrijpen kan ernstige problematiek in een later stadium voorkomen.

Leek vroeger de jeugdproblematiek vooral binnen het voortgezet onderwijs tot uiting te komen, tegenwoordig krijgen ook de scholen voor basisonderwijs hiermee te maken. Hierbij moet gedacht worden aan: pestgedrag, vandalisme, depressie, agressie, problemen thuis etc. Het basisonderwijs geeft aan dat de afstemming met de jeugdzorg verbeterd kan worden.

De gemeente Nijkerk heeft zowel voor de scholen voor het voortgezet onderwijs als binnen het basisonderwijs een ZorgAdviesTeam (ZAT) opgezet. De deelnemers van het ZorgAdviesTeam zijn:

- Directeur of intern begeleider van de basisscho(o)l(en)
- Schoolarts Hulpverlening Gelderland Midden (HGM)
- Coördinator HGM
- Medewerker Bureau Jeugdzorg
- Medewerker Algemeen Maatschappelijk Werk (Hoevelaken & Nijkerk)
- Leerplichtzaken
- Jeugdagent.

De meerwaarde van het ZAT is de multidisciplinaire aanpak. Iedere vertegenwoordiger denkt vanuit de eigen discipline en neem de eigen expertise mee.

Het ZAT is in 2005 opgericht, voor de periode tot 1 januari 2008. In 2007 is een evaluatie voorzien.

Jeugdgezondheidszorg

Voor kinderen van 0 – 4 jaar zijn er de consultatiebureaus. In Nijkerk worden deze uitgevoerd door Amant (Hoevelaken) en Kruiswerk West-Veluwe (Nijkerk).

¹⁰ VNG en Rijk hebben afgesproken dat van het accres van het gemeentefonds in 2011 ca. 100 miljoen zal worden besteed aan de Centra voor Jeugd en Gezin. Daarnaast zal via een brede doeluitkering landelijk ook 100 miljoen beschikbaar komen voor de CJG. Indien voor de brede doeluitkering dezelfde verdeelsleutel zou gaan gelden als voor de algemene uitkering, dan zou dit voor Nijkerk in totaal 400.000 euro betekenen.

¹¹ Zie verslag mini benchmark jeugd, mevr. J. Houwer e.a., VNG/SGBO, juni 2007

Voor kinderen van 5 – 12 jaar is de aanpak in handen van onze GGD, Hulpverlening Gelderland Midden. De Jeugdgezondheidszorg wil extra aandacht kunnen besteden aan kinderen en gezinnen die dit nodig hebben. Daarom voert Hulpverlening Gelderland Midden stapsgewijs een nieuwe werkwijze in, in Nijkerk vanaf dit najaar. Dit gebeurt binnen de voor de jeugdgezondheidszorg beschikbare middelen.

In de nieuwe werkwijze zijn de jeugdarts en jeugdverpleegkundige meer dan voorheen op school aanwezig voor spreekuren. Dit is mogelijk doordat de doktersassistente voortaan kinderen tijdens de wettelijk verplichte contactmomenten zien (als het kind 5/6 jaar, 10/11 jaar is en in de 2^e klas van het VO). Alleen in het speciaal (basis)onderwijs blijven jeugdartsen de onderzoeken doen. Bij deze contactmomenten vullen ouders en leerkrachten per kind een signaleringslijst in. Op basis van al deze gegevens verwijzen de doktersassistenten kinderen met problemen door naar jeugdverpleegkundigen en/ of jeugdartsen. Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen worden verder ingezet voor de meer complexe problematiek. Deze werkwijze (triage) is in huisartsenpraktijken en poliklinieken al langer gangbaar.

Openbare gezondheidszorg

Uit de (individuele) jeugdgezondheidszorg komt o.a. ook naar voren hoe jongeren 'scoren' op een aantal factoren die van belang zijn voor het op latere leeftijd ontstaan van levensbedreigende of chronische ziekten te voorkomen of vroegtijdig op te sporen zijn er vaccinatie- en screening-programma's. Te denken valt aan de bekende speerpunten uit het landelijk en regionaal preventiebeleid, roken, overgewicht, diabetes, depressie en alcohol.

Met name waar het gaat om een gezonde levensstijl geldt 'jong geleerd, oud gedaan'. En sterker: als ouders met een ongezonde levensstijl onderkennen dat die levensstijl negatief kan uitpakken voor hun kinderen (direct of door overname voorbeeldgedrag), dan is de komst van kinderen of het optreden van problemen bij kinderen vaak een moment waar men openstaat voor adviezen over gedragsverandering.

Voor roken, overgewicht en depressie zijn landelijk handleidingen opgesteld, aan de hand waarvan gemeenten deze speerpunten lokaal kunnen aanpakken. Op het punt van alcohol zijn ook diverse handreikingen beschikbaar, bijvoorbeeld via het nationaal gezondheidsinstituut NIGZ dat o.a. in overleg met gemeenten pilots ontwikkelt¹².

Op dit moment (september 2007) zijn er in Nijkerk geen concrete lokale acties op deze punten. Er is noch bij de GGD, noch bij de gemeente budget voor vrijgemaakt.

Risicjongerenoverleg Nijkerk (RON)

In onze gemeente functioneert ook een Risicjongerenoverleg. Doel is om jongeren zo snel mogelijk in beeld te krijgen, signalen te bespreken en bekijken in hoeverre er gezamenlijke trajecten opgesteld kunnen worden met als doel: voorkomen dat escalatie plaatsvindt. Waar nodig vindt doorgeleiding plaats naar het justitieel casus overleg.

Aan het RON nemen deel: politie (coördinator jeugd, op afroep jeugdagent en de gebiedsgebonden functionaris), jeugdreclassering, Bureau Jeugdzorg (in de vorm van het JeugdPreventieTeam), de Raad voor de Kinderbescherming (zowel de afdeling civiel als straf) en de gemeente Nijkerk. Daarnaast zijn we met het maatschappelijk werk aan het bespreken in hoeverre deelname wenselijk is.

¹² Het NIGZ is een soort van tweedelijns GGD; via een in Gooi- en Vechtstreek lopende pilot wordt momenteel een aanpak ontwikkeld om het genotmiddelengebruik en met name het gebruik van alcohol onder jongeren terug te dringen. Onderdelen daarvan zijn de invoering van beleidsmaatregelen voor verenigingen en kantines, zoals het koppelen van alcoholbeleid aan subsidievoorwaarden. Daarnaast werkt men aan het opstellen van convenanten met de horeca, gemeenten, politie, keuringsdienst van waren over het stellen en handhaven van maatregelen ter beperking van het alcoholgebruik.

Prestatieveld 3: Informatie, advies en cliëntondersteuning

Met 'geven van informatie en advies' wordt bedoeld op activiteiten die de burger de weg wijzen in het veld van maatschappelijke ondersteuning. Het kan hierbij zowel gaan om algemene voorzieningen zoals (voldoende) informatiepunten, als om meer specifieke voorzieningen zoals een individueel advies, of hulp bij de verheldering van een ondersteuningsvraag.

Waar willen we naartoe?

Een goede beschikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen is belangrijk doel van ons Wmo-beleid. Drie elementen zijn van belang:

- beleidsinformatie
- praktische algemene informatie
- uitgebreide klantondersteuning specifieke groepen.

Beleidsinformatie

Idealiter zouden we als gemeente ten behoeve van onze beleidsontwikkeling zicht moeten hebben hoe de vraag naar voorzieningen rond wonen, zorg en welzijn, zich de komende jaren ontwikkelt en of de verschillende actoren daar in voldoende mate op inspelen. In het kader van de regiefunctie kan de gemeente dan andere partijen aanspreken op hun bijdrage of achterhalen wat die partijen tegenhoudt en wat daaraan te doen valt.

Praktische informatie

Daarnaast is meer praktisch van belang dat mensen die geconfronteerd worden met een (langdurige) beperking zicht hebben op de voorzieningen die er zijn om te zorgen dat zij ondanks die beperking kunnen (blijven) meedoen. Een goede sociale kaart als een overzicht van de diverse voorzieningen en mogelijkheden van mensen met een beperking, is hierbij een element dat aansluit bij de uitkomsten van de werkconferentie "Leven met een beperking in de gemeente Nijkerk" d.d. 25 april 2006 (conclusies en aanbevelingen, zie bijlage II).

Uitgebreide ondersteuning

Tenslotte is met name voor mensen met relatief zware beperkingen en een beperkt sociaal netwerk, uitgebreide klantondersteuning van belang. Het gaat daarbij niet alleen om de informatieverstrekking zelf, maar ook om voldoende tijd te nemen zodat mensen die informatie kunnen verwerken. Het gaat immers niet alleen om problemen technisch op te lossen, maar ook om te kijken hoe mensen zo met hun beperkingen kunnen omgaan dat ze zelf zo actief mogelijk kunnen blijven. Zo is een boodschappenservice aan huis een oplossing als iemand zelf zijn boodschappen niet meer kan doen, maar het is geen oplossing voor de lichaamsbeweging en de sociale contacten die het zelf boodschappen doen geeft. Met wat meer aandacht kan vaak een oplossing gevonden worden die voor betrokkene ook op dit soort aspecten een goede oplossing is.

Waar staan we en wat gaan we doen om ons doel te halen?

Beleidsmatig werken we aan een beter zicht op vraag en aanbod van voorzieningen rond wonen, zorg en welzijn, door te investeren in contacten met diverse organisaties (aanbieders) en door aan de slag te gaan met de woonservicegebieden. Het veranderende krachtenveld in de zorg (meer gereguleerde marktwerking) zal ervoor zorgen dat ook zorgpartijen sneller en beter in gaan spelen op de vraag naar zorg. We zien dat al in de GGZ en bij de eerstelijnszorg. In het kader van het Wmo-beleidsplan zullen we de mogelijkheid bezien om hiervoor middelen vrij te maken voor een extra impuls.

Om *praktisch* de beschikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen zichtbaar te maken, is in Nijkerk eerder gewerkt met de Zilveren Gids voor ouderen. Ouderen wisten die gids te waarderen, maar de volledigheid en de actualiteit ervan lieten te wensen over doordat het ging om een papieren versie en het up to date houden niet was georganiseerd.

Voor gehandicapten is recent in het kader van het project Gewoon MEEdoen! de website vrijetijdsporaal.nl ontwikkeld. Deze internetpagina biedt informatie over vrijetijdsbesteding voor alle mensen met een beperking in Gelderland. Het portaal biedt een uitgebreid overzicht van sport en spel, recreatie en ontmoeting, cursussen en opleidingen.

Hierop voortbouwend, komen tot een goede (digitale) sociale kaart voor zowel mensen met een beperking, hun naasten als professionals blijft een belangrijk doel. Met zo'n kaart kan de gemeente op een efficiënte manier invulling geven aan een deel van het prestatieveld 3, omdat mensen zelf of via

hun naasten veel beter zicht op hun situatie kunnen krijgen. Dit element moet echter worden ingepast in de totale ontwikkeling van de publiekswinkel en de digitalisering bij de gemeente. Om die reden zijn naar verwachting pas in de periode 2009 – 2011 verdere stappen mogelijk. Daarbij zal zo mogelijk worden aangesloten bij de actie van de provincie Gelderland om te komen tot één provinciale portal. Op dit moment wordt volstaan met het beschikbaar maken van wat korte informatie en internet-links via de gemeentelijke producten- en dienstencatalogus.

Voor het derde element bij dit prestatieveld, het geven van uitgebreide *klantondersteuning* aan mensen met relatief zware beperkingen en een beperkt sociaal netwerk was in Nijkerk tot 1 januari 2007 een project van de gezamenlijke intramurale aanbieders. Dit project werd door het zorgkantoor gefinancierd in het kader van de AWBZ, op grond van de subsidieregeling Diensten bij wonen met zorg. Ondanks gesprekken hierover met de uitvoerende organisatie, is ons echter niet duidelijk wat die klantondersteuning precies inhield en welke concrete resultaten hierbij geboekt zijn. Overwogen wordt om de functie uitgebreide klantondersteuning onder te brengen bij de Stichting Sigma en daarvoor de middelen uit voorheen de subsidieregeling diensten bij wonen met zorg te bestemmen. Overigens heeft het ministerie van VWS aangekondigd in 2007 met betrekking tot het onderwerp van de uitgebreide klantondersteuning met een landelijke visie te komen.

2.4 Prestatieveld 4: Mantelzorgers en vrijwilligers

Mantelzorg is (a) langdurende zorg die (b) niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende door (c) personen uit diens directe omgeving, waarbij zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie en (d) de gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar overstijgt. Gebruikelijke zorg is de zorg die mensen elkaar binnen een leefeenheid geacht worden te geven¹³. Alleen voor de zorg die de gebruikelijke zorg overstijgt, bestaat recht op AWBZ- of Wmo-zorg (respijt-zorg).

De *vrijwillige inzet* van burgers, zowel informeel en ongeorganiseerd (kleinschalig burgerinitiatief) als in georganiseerd verband (vrijwilligersorganisaties en bijvoorbeeld sport), vormt een onmisbaar deel van de 'civil society'.

Bij de indicatiestelling wordt de fysieke en sociale omgeving van de zorgvrager meegenomen. Indien er vrijwillig mantelzorg voor de zorgvrager beschikbaar is kan dat deel van de zorgaanspraak buiten het indicatiebesluit blijven, omdat daar geen professionele zorg vanuit de AWBZ voor ingezet hoeft te worden. De mantelzorger voorziet in die zorg en de indicatiesteller weegt dat mee in het opstellen van het indicatiebesluit. Welke zorg de mantelzorger op zich neemt en in welke omvang is in overleg met de zorgvrager uitsluitend aan de mantelzorger zelf om te bepalen. Het meewegen van de mantelzorg betekent dat de indicatiesteller nagaat of voor een deel van de mantelzorg alsnog AWBZ-zorg geïndiceerd moet worden ter ondersteuning van de mantelzorger zodat die regelmatig tijdelijk ontlast wordt. In geval er voor een zorgvrager geen mantelzorg beschikbaar is of mantelzorg wegvalt, wordt AWBZ-zorg geïndiceerd.

Eind 2005 is landelijk, door het Sociaal Cultureel Planbureau, onderzoek gedaan naar ontwikkelingen in de omvang van de mantelzorg.¹⁴ Hieruit blijkt dat in de afgelopen vijftien jaar het aandeel 18-plussers dat mantelzorg verleent opmerkelijk stabiel is gebleven (12% in 1991 en 13% in 2003). Bij de jongste generatie volwassenen neemt het aanbod iets af, maar ondanks de toegenomen arbeidsparticipatie (van vrouwen) wordt informele zorg nog steeds verleend en ingepast in het drukker geworden leven. Dit kan deels samenhangen met het feit dat informele zorg vele verschijningsvormen heeft, meer dan alleen de vrouw van middelbare leeftijd die de zorg voor haar ouders combineert met werk en zorg voor haar kinderen. De OESO, de internationale organisatie van economische samenwerking en ontwikkeling, wijst er in dit verband op dat door de stijging van het aantal gezonde levensjaren een nieuw potentieel ontstaat voor mantelzorg door ouderen onderling.¹⁵

¹³ De normen hiervoor zijn voor wat betreft de AWBZ vastgelegd door de Staatssecretaris van VWS in de beleidsregel gebruikelijke zorg (d.d. 9 februari 2007) en gebaseerd op het protocol gebruikelijke zorg d.d. april 2005 dat ook in gaat op de huishoudelijke zorg. Bij de Wmo heeft de gemeente Nijkerk aangesloten bij deze in de praktijk ontwikkelde beleidslijn. Zie www.ciz.nl, trefwoord gebruikelijke.

¹⁴ SCP, Kijk op informele zorg, september 2005.

¹⁵ OECD, Long term care for older people, 2005. 'With more years in retirement, of which many are spent without major disabling conditions, the growing number of healthy and active senior citizens represents a

Als in de toekomst vraag en aanbod van informele zorg alleen bepaald worden door veranderingen in de samenstelling van de bevolking (waaronder samenstelling van het huishouden), dan voorspelt het SCP dat de stijging van het aanbod van informele zorg hoger zal zijn dan de vraag naar informele zorg. Daarbij wordt verondersteld dat mensen die hulp nodig hebben (als gevolg van een betere sociaal-economische positie), in toenemende mate een beroep doen op zelfbetaalde hulp, voornamelijk particuliere huishoudelijke hulp.

Wat willen we?

We willen mantelzorg en vrijwilligerswerk zoveel mogelijk op peil houden, door een goede ondersteuning. Dat kan zowel ondersteuning gericht op individuen zijn als gericht op organisaties.

Bij mantelzorgers willen we aansluiten bij de kernthema's zoals die al enige jaren vanuit het LOT, de vereniging van mantelzorgers, naar voren worden gebracht¹⁶:

- bijdragen aan het beter bereiken van mantelzorgers met informatie over/aanbod van ondersteuningsvormen
- bijdragen aan een gevarieerd aanbod aan respijthulp
- via onze contacten met de thuiszorg en de eerstelijnszorg bijdragen aan een verhouding mantelzorgers/professionals waarin mantelzorgers zich serieus genomen voelen en op een goede manier betrokken worden bij de behandeling van de zorgvrager.
- bezien hoe we beter kunnen inspelen op het feit dat de mantelzorg van nu steeds meer een taakcombineerder wordt. LOT constateert dat de in ontwikkeling zijnde levensloopregeling weinig soelaas biedt, zeker niet aan de laagstbetaalden, die in de mantelzorg zijn oververtegenwoordigd. Het zal dus aankomen op het niveau van de individuele bedrijven in combinatie met de lokale overheid en instellingen op het gebied van zorg en welzijn.

Bij vrijwilligers is het vooral een zaak om in te spelen op wat wel de 'nieuwe vrijwilliger' wordt genoemd¹⁷. 'Nieuwe vrijwilligers' willen zich best inzetten voor een organisatie, maar ze willen daar ook zelf graag iets aan hebben. De klus waarvoor zij zich inzetten, moet voor hen een meerwaarde opleveren of passen bij hun ambities en leerwensen. Ze doen er bijvoorbeeld ervaring mee op in bepaalde werkzaamheden en verbeteren zo hun kansen op de (betaalde) arbeidsmarkt. Nieuwe vrijwilligers werken doorgaans graag aan kortlopende, afgebakende klussen en vinden duidelijke afspraken erg belangrijk.

Ook wordt een goede begeleiding verwacht en mogelijkheden voor persoonlijke groei of het bereiken van de persoonlijke doelen waarmee de vrijwilliger aan het werk begon.

De wensen van de nieuwe vrijwilliger staan vaak haaks op het denken van organisaties. Deze organisaties denken vaak aanbodgericht: 'dit is het werk dat gedaan moet worden, deze taken en activiteiten willen we verzorgd hebben'. Vervolgens worden hierbij vrijwilligers gezocht. Zo loopt de organisatie achter de feiten aan.

Organisaties kunnen zich meer vraaggericht opstellen. Door zich af te vragen welk beeld de omgeving heeft van de organisatie en zelf eens kritisch te kijken naar de eigen organisatie. Zijn wij aantrekkelijk voor de groep vrijwilligers die wij graag willen aantrekken? Wat verwachten deze mensen van onze organisatie? Het meer flexibel maken van bestaande taken kan een manier zijn om de organisatie aantrekkelijk te maken voor 'nieuwe vrijwilligers'. Via subsidieverstrekking aan de Stichting Sigma willen wij organisaties ondersteunen bij het maken van die omslag.

potentially very valuable resource as informal care givers. Finding the best way of nurturing this potential thereby shifting the task of providing informal care away from working-age children and towards able seniors – being spouses, neighbours and others in the local community – may well prove to be key to achieving fiscal sustainability.'

¹⁶ Ontleend aan de inleiding van LOT-voorzitter Van Otterloo op het congres "handen uit de mouwen d.d. 15 juni 2004. Zie www.informeelzorg.info

¹⁷ Tekst ontleend aan: www.nov.nl

Waar staan we en wat gaan we doen om ons doel te halen?

Met middelen uit het Wmo-budget is begin dit jaar de Stichting voor Mantelzorg en Vrijwilligerswerk (Sigma) van start gegaan. In stichting Sigma zijn 5 functies ondergebracht:

- ondersteuning vrijwilligers (voor alle vrijwilligersorganisaties)
- ondersteuning mantelzorg
- coördinatie van vrijwilligers(organisaties) in de zorgverlening
- coördinatie en levering (voor zover van toepassing) van vrijwillige welzijnsdiensten voor kwetsbare burgers
- ouderenadvisering (waaronder vrijwillig huisbezoekproject)

Onlangs heeft Sigma haar eerste werkplan aan de gemeente aangeboden. Op basis hiervan zullen wij met Sigma en de bij Sigma betrokken organisaties verder het gesprek aangaan over de invulling van de vijf functies. Met name zal worden bezien in hoeverre de naar de gemeente overgehevelde middelen van de AWBZ-subsidieregelingen diensten bij wonen met zorg respectievelijk zorgvernieuwingprojecten GGZ mogelijkheden bieden om het aanbod van Sigma te vergroten. Te denken valt enerzijds aan uitgebreide klantondersteuning en anderzijds cursussen voor familieleden en mantelzorgers van mensen met dementie of een chronisch psychisch of psychosociaal probleem. Ten aanzien van de zorgvernieuwingprojecten GGZ zal een afweging plaatsvinden tussen voorstellen van Sigma, een door GGZ-instelling Meerkanten uitgebrachte offerte en mogelijke voorstellen voor de besteding hiervan vanuit de eerstelijnszorg (gevraagd, maar nog niet ontvangen).

Naar de toekomst toe zullen we met name de ontwikkelingen volgen rond ICT-mogelijkheden die inspelen op de 'nieuwe vrijwilliger', zodat we die ontwikkelingen ook in Nijkerk tijdig benutten.

2.5 Participatie van mensen met een beperking, een chronisch psychisch probleem of psychosociaal probleem

In het vijfde prestatieveld wordt bedoeld op algemene maatregelen die, zonder dat men zich tot de gemeente hoeft te wenden, ten goede kunnen komen aan een ieder die daaraan behoefte heeft. In die zin hoeft de maatregel dus niet bij uitsluiting gericht te zijn op mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem. Het is wel belangrijk voldoende aandacht te geven aan deze groepen, zodat niet achteraf blijkt dat zij buiten de boot vallen.

Waar willen we naartoe?

Voor mensen met een beperking, een chronisch psychisch probleem of psychosociaal probleem moeten specifieke beperkingen om te participeren zoveel mogelijk worden weggenomen. Idealiter sluiten instellingen en bedrijven mensen met een beperking niet uit, maar spelen zij in op specifieke vragen van deze mensen. Niet alleen de gemeente, maar zeker ook zorginstellingen hebben daarbij een functie. Zo zijn er instellingen in de geestelijke gezondheidszorg (met name RIBW's zoals bij ons Kwintes¹⁸) die mensen met een psychisch of psychosociaal probleem stimuleren om ook deel te nemen aan algemene verenigingen. Vaak helpt het wel als mensen bij zo'n vereniging ook ondersteund worden bij het in hun kring opnemen van iemand met een beperking. Onbekend maakt soms onbemind. Bij jeugdverenigingen kan het bijdragen aan het besef dat het normaal is om met elkaar rekening te houden.

Waar staan we en wat gaan we doen om ons doel te realiseren?

Participatie begint in de directe woonomgeving. Bij de verdere invulling van de woonservicezones gaan we kijken of en hoe we dat verder inhoud kunnen geven.

Daarnaast zien we dat in de trits wonen, welzijn en zorg, de component welzijn de magerste financiering kent. Dit terwijl de welzijnscomponent voor de kwaliteit van leven juist bij mensen met een langdurige beperking van groot belang is. Het gaat dan bijvoorbeeld om allerlei vrijetijds-

¹⁸ Kwintes is een organisatie in de geestelijke gezondheidszorg, ontstaan door het samengaan van Regionale Instelling Beschermende Woonvormen (RIBW) Flevoland en Vindicta RIBW. Kwintes ondersteunt en begeleidt mensen met langdurige psychische problemen. Doel is dat zij naar tevredenheid een eigen leven kunnen leiden en weer sterk in de samenleving kunnen staan. RIBW's biedt informatie en advies, begeleiding aan huis, beschermd wonen en dagbesteding. Zie verder www.ribwalliantie.nl voor meer informatie.

activiteiten. De afgelopen periode is om die reden meegewerkt aan een project van MEE Veluwe dat via internet het bestaande aanbod beter inzichtelijk maakt (www.vrijtijdsportaal.nl). In het kader van de te ontwikkelen sportvisie (2008) kan bezien worden of verenigingen bij het toegankelijk maken van hun sport, beter gestimuleerd en/of ondersteund kunnen worden.

Verder is recent extra geïnvesteerd in de kwaliteit van het collectief vraagafhankelijk (Wvg-)vervoer. Voor activiteiten die niet in de directe omgeving zijn te organiseren en voor sociale contacten is vervoer voor met name mensen met een lichamelijke beperking belangrijk. De komende tijd zal nadrukkelijk gevolgd worden of de extra investering ook daadwerkelijk leidt tot een verbeterde kwaliteit (in de beleving van de gebruikers).

2.6 Individuele voorzieningen voor mensen met een beperking, een chronisch psychisch probleem of psychosociaal probleem

Het zesde prestatieveld betreft de verstrekking van specifieke, op de persoon toegesneden voorzieningen. Voor de hand liggende vormen zijn woonvoorzieningen, sportrolstoelen, begeleiding bij zelfstandig wonen, dagbesteding voor ouderen, maaltijdvoorziening, sociale alarmering, vervoersvoorzieningen, klussendiensten, algemeen maatschappelijk werk of vormen van psychosociale hulpverlening.

Wat willen we?

Voor zover mensen zijn aangewezen op individuele voorzieningen, moeten de toegankelijkheid en beschikbaarheid daarvan tenminste op hetzelfde niveau als in vergelijkbare gemeenten liggen.

Waar staan we en wat gaan we doen om ons doel te bereiken?

Op basis van de bestaande voorzieningen, is onze indruk dat de individuele voorzieningen in Nijkerk zeker op hetzelfde niveau liggen als in vergelijkbare gemeenten. Met één uitzondering: bij de in Nijkerk beschikbare voorzieningen, is opvallend dat – tot voor kort – nauwelijks GGZ-instellingen actief waren. Recent zijn tussen GGZ-Meerkanten en het zorgkantoor (uitvoerder AWBZ) afspraken gemaakt om de activiteiten in Nijkerk uit te breiden. Dit in aanvulling op de crisisdienst die Meerkanten al enige tijd verzorgt (tot grote tevredenheid van de betrokken huisartsen). Daarbij moet ook het zicht op de vraag naar GGZ-zorg verbeteren.

Op basis van landelijke vuistregels, is het denkbaar om in het Wmo-beleidsplan een actie op te nemen om in Nijkerk een project voor beschermd wonen te realiseren. Nu zijn mensen uit Nijkerk hiervoor in de praktijk nog op plekken in Barneveld aangewezen. RIBW Kwintes heeft informeel aangegeven hier graag over in gesprek te gaan met de gemeente. Zo'n project kan ook een element zijn in een woonservicezone d.w.z. kan ook een wijkfunctie hebben.

In gesprekken met GGZ-Meerkanten kwam bovendien de stelling op tafel dat een deel van de eenzaamheidsproblematiek vaak een vorm van depressie als achtergrond heeft. Het is goed mogelijk dat voor deze problematiek in Nijkerk te weinig aandacht is¹⁹. Wij hebben echter geen concreet inzicht in de Nijkerkse situatie.

Mede gelet op de beweging in de financiering van zowel de eerstelijnszorg als de GGZ-zorg, lijkt het aantrekkelijk om op korte termijn een actieplan preventie van depressie te maken, aansluitend bij het landelijk ontwikkelde model door het Trimbos-Instituut en de opgedane ervaring op wijkniveau in Utrecht. Hierbij gaat het qua financieringsstromen om eigen gemeentelijke wmo-middelen te verbinden met middelen zorgverzekeraars (met name Zvw, in mindere mate AWBZ) en middelen van onze centrumgemeente Amersfoort (voor maatschappelijke opvang etc.) voor de regio.

¹⁹ De huidige uitgaven aan preventie van psychische stoornissen (66,1 miljoen euro) zijn verwaarloosbaar klein ten opzichte van de uitgaven aan behandeling van psychische stoornissen (12,7 miljard euro). Ook zijn de preventie-uitgaven erg klein in verhouding tot de kosten die het aantal nieuwe gevallen van depressie jaarlijks met zich meebrengt: 124,4 miljoen euro aan zorgkosten en 467,4 miljoen euro aan kosten ten gevolge van ziekteverzuim. Bron: RIVM. Meer informatie over depressie: <http://www.trimbos.nl/default19320.html>

2.7 Maatschappelijke opvang, OGGZ, nazorg ex-gedetineerden en verslavingszorg

Maatschappelijke opvang omvat activiteiten bestaande uit 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. Onder het bieden van openbare geestelijke gezondheidszorg wordt nagenoeg hetzelfde verstaan als hetgeen in de Wet collectieve preventie volksgezondheid nu hieronder wordt verstaan. Over nazorg ex-gedetineerden zullen Rijk en VNG nog uitwerken wat er precies onder verstaan moet worden en welke middelen hiervoor nodig zijn²⁰. Ambulante verslavingszorg doelt op activiteiten bestaande uit ambulante hulpverlening, gericht op verslavingsproblemen, en preventie van verslavingsproblemen, inclusief activiteiten in het kader van overlastbestrijding van overlast door verslaving.

Waar willen we naartoe?

We willen in Nijkerk voorkomen dat mensen onnodig afglijden naar de rand van de samenleving, doordat ze onvoldoende de weg naar de hulpverlening weten te vinden. Daarnaast willen we dat ook in Nijkerk voldoende aandacht is van verslavingszorg voor verslaafden en hun familieleden.

Waar staan we en wat gaan we doen om ons doel te bereiken?

In Nijkerk geldt dat de meeste middelen voor maatschappelijke opvang, OGGZ en verslavingszorg via onze centrumgemeente Amersfoort en via onze GGD Hulpverlening Gelderland Midden (Arnhem) worden besteed. Amersfoort maakt met regionale instellingen afspraken die niet specifiek per gemeente zijn uitgesplitst. Dit betekent dat als Nijkerk niet zelf in gesprek gaat met Amersfoort of de betrokken instellingen, het redelijk toevallig is of de middelen voor inwoners van Nijkerk of voor inwoners van andere regio-gemeenten besteed worden.

Ambtelijk wordt momenteel bezien of via gesprekken met de betrokken instellingen meer middelen beschikbaar kunnen komen voor inwoners van Nijkerk. Indien dat onvoldoende resultaat heeft, zullen we bezien of in overleg met Amersfoort meer sturende afspraken gemaakt kunnen worden.

Verder wordt bezien hoe we verder gaan met het zogenaamde gemeentelijke vangnetoverleg. Dit overleg is enkele jaren gestart op initiatief van de Woningstichting Nijkerk (WSN), die via dit overleg het aantal overlastsituaties en daaruit voortvloeiende woninguitzettingen wilde verminderen. De gemeente Nijkerk heeft dit overleg ondersteund door tijdelijk de uren voor het voorzitterschap te financieren. Inmiddels is deze tijdelijke financiering beëindigd. Momenteel wordt het functioneren van het vangnetoverleg in de afgelopen tijd geëvalueerd. Daarbij wordt ook gekeken hoe de resultaten van dit overleg in Nijkerk zich verhouden tot vormen van vangnetoverleg in enkele andere gemeenten, met het doel te bezien of voor de vormgeving van ons overleg verbeteringen mogelijk zijn. Op basis hiervan zal bezien worden of en zo ja hoe de gemeente hierbij nog een rol voor zichzelf ziet.

Bijlagen:

- I. Bestaande beleidsnotities per prestatieveld
- II. Conclusies en aanbevelingen uit de rapportage van de werkconferentie 'Leven met een beperking in de gemeente Nijkerk' d.d. 25 april 2006
- III. Regionale kadernota gezondheidsbeleid West-Veluwe/Vallei
- IV. Concept risico- en protectieve factoren en het preventief

²⁰ Citaat bestuursakkoord: "Rijk en gemeenten vinden dat de nazorg voor ex-gedetineerden versterkt moet worden. Gemeenten nemen deze taak op zich onder de voorwaarde dat de komende periode een onderzoek wordt uitgevoerd naar de verwachte taken van gemeenten en de daarvoor benodigde middelen. Vervolgens maken het kabinet en de VNG nadere afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot ex-gedetineerden. Dit resulteert in een gezamenlijke formulering van de verwachte taken, verantwoordelijkheden inzake nazorg aan de overige ex-gedetineerden, naast de afspraken voor veelplegers en MO doelgroep".