

Transformatieprogramma Sociaal Domein Haarlem

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
2.	Leeswijzer	3
3.	Kaders en uitgangspunten.....	5
3.1	Samen voor Elkaar	5
3.2	Herinrichting sociaal domein.....	5
3.3	Samenhang tussen de clusters	6
4.	Transitieopgaven in 2015	9
4.1	Basisinfrastructuur	9
4.2	Informatie, Advies en Doorverwijzing	11
4.3	Sociaal Wijkteam	11
4.4	Specialistische ondersteuning	12
5.	Transformatie in het sociaal domein.....	15
6.	Thema 1: Bestrijd de paarse krokodil.....	18
7.	Thema 2: Organiseren van samenhang en integraliteit	20
7.1	Een gezamenlijke agenda met de zorgverzekeraar en het zorgkantoor.....	21
7.2	Wijkgerichte zorg.....	22
7.3	Samenhang in (arbeidsmatige) dagbesteding	23
7.4	Samenhang in doelgroepenvervoer	24
8.	Thema 3: Innoveren en ontzorgen	26
8.1	Burgerinitiatieven stimuleren en faciliteren	26
8.2	Innoveren door zorgaanbieders	27
8.3	Kanteling.....	28
8.4	Verwerving en bekostiging.....	29
9.	Thema 4: Preventie	31
10.	Thema 5: Langer zelfstandig wonen.....	33
10.1	Langer zelfstandig wonen.....	33
10.2	(Weer) zelfstandig wonen	36
11.	Regionale samenwerking	37
12.	Participatie	37

1. Inleiding

Vanaf januari zijn we als gemeente verantwoordelijk voor vrijwel de gehele maatschappelijke ondersteuning van inwoners in Haarlem. Van jong tot oud, van arm tot rijk, van gezond tot hulpbehoevend. De gemeente heeft veel nieuwe taken en verantwoordelijkheden, waar we ons al een aantal jaren op hebben voorbereid.

In verschillende beleidskaders is eerder al verwoord wat we willen bereiken: een samenleving waarin de burger en zijn of haar eigen kracht centraal staan. We hebben ambities geformuleerd en daarmee een stip aan de horizon gezet. In 2014 is deze stip aan de horizon hier en daar wat op de achtergrond geraakt. In dat jaar hebben we ons geconcentreerd op de implementatie van de nieuwe taken, zodat we de burger vanaf 1 januari 2015 ook daadwerkelijk die zorg konden bieden die noodzakelijk is. Ook in 2015 werken we nog verder aan de implementatie, maar willen we ook een start gaan maken met de verdere transformatie van het sociaal domein.

De transitie van het sociaal domein is de grootste verandering in de zorg van de laatste decennia. Daarbij was de decentralisatie van taken naar gemeenten niet meer dan een eerste stap. Want uiteindelijk gaat het om de transformatie. Het heeft geen zin om het oude systeem te vervangen door een nieuw systeem, zonder dat er echt iets verandert in de organisatie van zorg en ondersteuning. Daarom is het proces van transformatie één van de lastigste beleidsopgaven waarvoor gemeenten zich sinds tijden gesteld ziet. Het gaat om het overstijgen van jarenlang ingesleten patronen (niet alleen bij de overheid), van hardnekkige werkwijzen en van institutionele belangen.

In deze nota wordt geschetst hoe we verder gaan werken aan deze transformatie. Hiervoor is het ten eerste belangrijk om even stil te staan bij de vraag: waar staan we nu? Hoewel we goed waren voorbereid op de nieuwe taken, hebben gemeenten als ook onze partners ook nu nog te maken met implementatievraagstukken als gevolg van de decentralisaties. Dus naast de transformatie-opgave zijn er ook nog opgaven actueel die we in 2015 moeten realiseren.

De transformatie is een proces van jaren: er is niet alleen sprake van een systeemverandering, maar ook van een cultuuromslag, die alle partijen (burgers, organisaties, professionals, de overheid) moeten gaan maken. In deze nota zullen we op deze elementen ingaan. Communicatie is hier een belangrijk onderdeel van. Het is van belang dat we onze boodschap actief blijven uitdragen. Ook moeten we burgers en professionals actief blijven informeren over de wijze waarop wij de nieuwe taken uitvoeren.

2. Leeswijzer

In hoofdstuk 3 wordt ons geheugen opgefrist door nog eens de kaders te schetsen. Het is een korte samenvatting van de uitgangspunten die eerder zijn vastgesteld.

Vervolgens staan we in hoofdstuk 4 stil bij de operationele vraagstukken die er nog spelen. De gemeente Haarlem is weliswaar 'transitieproof' overgegaan per 1 januari 2015, dat neemt niet weg dat er nog voldoende transitie- en implementatievraagstukken zijn. We beschrijven deze aan de hand van de indeling in clusters zoals destijds is vastgesteld bij de kaderstellende nota's 'Samen voor elkaar': Basisinfrastructuur, Informatie, advies en doorverwijzing, Sociaal wijkteam en Specialistische ondersteuning.

In hoofdstuk 5 beschrijven we de transformatie. Wat betekent transformatie? Waar doen we het voor? We laten hier de indeling in clusters los: transformatie gaat namelijk over ontschotting, ontkokering en integraliteit. In de hoofdstukken die volgen beschrijven we de belangrijkste transformatieopgaven en welke stappen zetten we om deze transformatie verder vorm te geven.

3. Kaders en uitgangspunten

3.1 Samen voor Elkaar

Al sinds eind 2011 werken we aan de herinrichting van het sociaal domein. Aanleiding was de door het Rijk aangekondigde decentralisaties van grote delen van de voormalige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de gehele jeugdhulp en de wetswijzigingen rondom werk en inkomen. De uitgangspunten van het transitieproces sociaal domein staan beschreven in de kaderstellende nota 'Samen voor elkaar'.¹ Haarlem wil inzetten op het versterken van eigen kracht van mensen en het stimuleren van sociale verbanden. Hier werd het onderscheid gemaakt tussen zelfredzame burgers, burgers met tijdelijk regieverlies en burgers met langdurig regieverlies. Ook onderstaande 'veranderboodschap' is hier geïntroduceerd.

Het huidige systeem van maatschappelijke ondersteuning en activering (inclusief re-integratie) staat onder grote druk. In Nederland is er steeds minder geld voor professionele ondersteuning en begeleiding, terwijl de behoefte aan ondersteuning juist groeit. Er is een ander systeem nodig waarbij de overheid er enerzijds naar streeft om verbeteringen door te voeren en anderzijds een groter beroep doet op de burger, op de professionele partners, op solidariteit en zorgen voor elkaar.

Wat betekent dit voor ons? We spreken iedereen aan op zijn of haar eigen verantwoordelijkheid; je kijkt eerst naar wat je zelf kunt doen. Wij nemen burgers minder bij de hand en stimuleren ze om ook verantwoordelijkheid te nemen voor de zorg aan anderen. Dit denken is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- *Burgers hebben regie over hun eigen oplossing; wat kunnen zij wèl (eigen kracht);*
- *Burgers kunnen, al dan niet met hulp, zelfstandig blijven functioneren (zelfredzaamheid);*
- *Burgers doen mee vanuit de eigen mogelijkheden en vanuit wederkerigheid (actief burgerschap).*

Gemeenten bieden een goede basisinfrastructuur om burgers te steunen in hun zelfredzaamheid, en in hun hulp aan anderen. Voor mensen die tijdelijk de regie over hun leven kwijt zijn, is er maatwerk. Er is een vangnet voor de meest kwetsbaren.

3.2 Herinrichting sociaal domein

De ervaringen in 2011 en 2012 hebben geleid tot de conclusie dat de sociale infrastructuur fundamenteel anders ingericht moest worden. Een verdere uitwerking werd begin 2013 door de raad vastgesteld met de nota 'Samen voor elkaar: op weg naar een nieuwe sociale infrastructuur in Haarlem'.²

De ambitie bij de herinrichting van het sociaal domein was en is gericht op minder verkokering, meer samenhang en samenwerking en meer focus op preventie. We hebben hier de afgelopen jaren aan gebouwd, maar het werk is niet af omdat de focus eind 2013 is verschoven naar het 'inregelen' van de nieuwe taken per 2015³.

Voor de herinrichting van het sociaal domein hebben we in 2013 gekozen voor een clusterindeling. Er is nu eenmaal een zekere ordening nodig om te kunnen werken aan transitie en transformatie,

¹ Nota 'Samen voor elkaar', 2012/172892

² Nota 'Samen voor elkaar: op weg naar een nieuwe sociale infrastructuur', 2013/55659

³ Zie hiervoor ook de collegebrief aan de raad 'eerste rapportage sociaal domein', 24 juni 2014, 2015/245573

overigens zonder dat deze ordening leidt tot (nieuwe) verkokering. Op de volgende pagina is deze clusterindeling weergegeven.⁴



3.3 Samenhang tussen de clusters⁵

Eigen netwerk

Inwoners met een vraag of een vraagstuk benutten allereerst hun eigen netwerk. Dat is het netwerk dat voor de burger het meest dichtbij is: zijn familie, de buren, collega's, de school, zijn geloofsgemeenschap. Wij verwachten dat burgers meer en intensiever van het eigen netwerk gebruik gaan maken.

Basisinfrastructuur

Met de basisinfrastructuur worden voor iedereen toegankelijke, niet geïndiceerde voorzieningen bedoeld. De opdracht voor de basisinfrastructuur is om Haarlemmers in staat te stellen zelf de touwtjes in handen te houden, zelfstandig te kunnen blijven functioneren en anderen te helpen. Daardoor hoeven Haarlemmers minder of pas later een beroep te doen op individuele voorzieningen zoals ondersteuning, zorg en begeleiding.

Uitgangspunt is dat de voorzieningen in de basisinfrastructuur zoveel mogelijk in de directe leefomgeving te vinden zijn. Deze voorzieningen hebben ook een belangrijke signalerende en daarmee preventieve functie.

Het is zaak een goede aansluiting te maken tussen basisinfrastructuur, sociaal wijkteam en specialistisch aanbod en de preventieve kracht van de basisinfrastructuur en sociaal wijkteam te versterken zodat de inzet van specialistische voorzieningen kan worden vertraagd, verkort of voorkomen.

⁴ Nota 'Samen voor Elkaar; op weg naar een nieuwe sociale infrastructuur', 2013/55659

⁵ De beschrijvingen van de clusters zijn afkomstig uit de kaderstellende nota's Samen voor elkaar

Sociaal wijkteam

Het Sociaal Wijkteam richt zich op mensen met beperkt regieverlies, die zonder ondersteuning moeite hebben om de juiste weg te (her)vinden. Het Sociaal Wijkteam doet dat zonder de regie over te nemen: mensen zijn eigenaar van hun eigen probleem én hun eigen oplossing.

Het Sociaal Wijkteam richt zich daarbij op een brede vraagverkenning, vroegtijdige signalering en interveniëren, zodanig dat burgers maximaal regie krijgen en zorg en welzijn zo dicht mogelijk bij de burger gecoördineerd kan plaatsvinden. Hierdoor hoeft uiteindelijk minder gebruik gemaakt te worden van specialistisch aanbod. Het wijkteam draagt er daarbij zorg voor dat zorgcoördinatie geborgd is als dat noodzakelijk is.

Het Sociaal Wijkteam komt in de wijk ook mensen tegen die - al dan niet tijdelijk - geen regie meer over hun eigen leven kunnen voeren. Hier is de problematiek dermate groot dat specialistische ondersteuning nodig is. In dat geval zal het Sociaal Wijkteam specialistische ondersteuning organiseren. Ook de zorgcoördinatie is dan niet in handen van het Sociaal Wijkteam.

In het sociaal wijkteam hebben verschillende professionals de handen ineengeslagen op het gebied van jeugd en opvoeding, werk en inkomen en zorg en welzijn. Net als de buurtbewoners zelf, zijn de leden van het sociaal wijkteam de ogen en oren van de buurt. Als zij signalen krijgen van organisaties of uit de buurt dat er bij buurtbewoners iets aan de hand is, gaan ze erop af en maken ze contact. Dat geldt ook voor de CJG-coaches, die niet alleen vertegenwoordigd zijn in het sociaal wijkteam, maar ook als organisatie wijkgericht werken en nauwe verbindingen maken met de wijk.

Door in de buurt aanwezig te zijn, kan het sociaal wijkteam snel in actie komen en zo voorkomen dat problemen groter worden. Indien nodig haalt het sociaal wijkteam lid er hulp bij of verwijst door naar bijvoorbeeld de (geestelijke) gezondheidszorg en houdt daarbij vinger aan de pols.

Informatie, advies en doorverwijzing (IAD)

Het cluster Informatie, Advies en Doorverwijzing kent de volgende opdracht: inwoners die geen of onvoldoende informatie of oplossingen in hun eigen netwerk of binnen de basisinfrastructuur kunnen vinden, kunnen contact zoeken voor ondersteuning bij een 'loket': persoonlijk, telefonisch of digitaal. Tijdens dit contact met IAD krijgt iemand op basis van een vraag informatie, advies, een eerste vraagverkenning en zo nodig een doorverwijzing. Daarbij wordt breed gekeken naar de vraag én naar de context waarbinnen de burger zijn vraag stelt.

Het cluster IAD biedt overzicht over de mogelijkheden en verwijzing naar zowel formele als informele hulp en zorg. We maken werkafspraken ten aanzien van doorverwijzing: korte lijnen tussen IAD en professionals en vrijwilligers in de basisinfrastructuur zijn belangrijk voor een snelle en soepele overdracht. In het kader van Doorverwijzing speelt IAD ook een rol in het toegangsproces voor specialistische ondersteuning.

Specialistische ondersteuning

De opdracht aan het cluster specialistische ondersteuning is om – in samenhang met de andere clusters - een passend arrangement of aanbod van hulp te organiseren. Daardoor moeten burgers zich gesterkt voelen in hun zelfredzaamheid en eigen kracht en passende ondersteuning krijgen om binnen hun eigen mogelijkheden mee te doen aan de samenleving. Ook moeten kinderen gezond en veilig kunnen opgroeien en zich goed kunnen ontwikkelen. Anders dan de basisinfrastructuur betreft het voorzieningen waarvoor een toegangsfunctie geldt; mensen hebben een indicatie nodig om er gebruik van te kunnen maken. Het gaat hier dus om de individuele verstrekkingen van de Wmo, de Jeugdwet en de Participatiewet.

Doelgroep voor specialistische ondersteuning zijn primair Haarlemmers met een beperking, met een probleem in hun zelfredzaamheid of met problemen bij het opgroeien, waarbij de betreffende burgers onvoldoende oplossingen, steun en veiligheid vinden in hun eigen netwerk en/of in de

basisinfrastructuur. Het zijn voorzieningen op het gebied van werk en inkomen, jeugdhulp en Wmo waarvoor een indicatie of een toegangsfunctie is.

Gedragsverandering

Uitgangspunt van de transformatie is dat wij ook een gedragsverandering verwachten van burgers waarbij het weer normaal is dat burgers iets vragen aan een ander én een ander willen helpen. Maar deze verandering geldt ook onze partners in de stad en de gemeente ten aanzien van de dienstverlening die zij leveren en hun visie op de klant. In de afgelopen jaren hebben we dit onder meer bevorderd door middel van communicatie en campagnes.

4. Transitieopgaven in 2015

De gemeente Haarlem is per 1 januari 2015 ‘transitieproof’ overgegaan. Dat betekent dat we de randvoorwaarden hadden gerealiseerd voor de uitvoering van de nieuwe taken op het gebied van jeugd, participatie en maatschappelijke ondersteuning, zodanig dat de burger hier zo weinig mogelijk hinder van zou ondervinden. Dat neemt echter niet weg dat er nog voldoende transitie- en implementatievraagstukken zijn, die het gehele jaar 2015 nog in beslag zullen nemen.

We beschrijven deze activiteiten per cluster: basisinfrastructuur, informatie advies en doorverwijzing, sociaal wijkteam en specialistische ondersteuning.

4.1 Basisinfrastructuur

Herijking subsidies

In 2014 hebben we alle subsidies in de basisinfrastructuur van het sociaal domein opnieuw tegen het licht gehouden en door reallocatie van subsidies structurele investeringen mogelijk gemaakt in het bevorderen van vrijwillige inzet en mantelzorgondersteuning.

In mei 2015 heeft de commissie ingestemd met de nieuwe subsidie-uitvraag voor de basisinfrastructuur.⁶ Op basis van deze kaders worden alle subsidies in de basisinfrastructuur opnieuw getoetst aan de geactualiseerde doelen en effecten uit de programmabegroting. De subsidieafspraken met de organisaties die de algemene voorzieningen aanbieden gelden voor de periode 2016 tot 2020. Daarin willen we de vernieuwing van de algemene voorzieningen verder vorm geven en de samenwerking tussen organisaties te versterken om overlap van aanbod te voorkomen.

Daarnaast is er een innovatieregeling ingesteld om verdere vernieuwing in de algemene voorzieningen mogelijk te maken. De regeling is ook bedoeld om de algemene voorzieningen en het individuele maatwerk beter met elkaar te verbinden en zo effectiever en efficiënter te werken. Nieuwe partijen kunnen innovatieve inzet eenmalig gesubsidieerd krijgen. Bij gebleken succes kan deze nieuwe inzet structureel gemaakt worden, maar dat moet dan ten koste gaan van bestaande inzet in de algemene voorzieningen of het vervangt voorzieningen in het specialistisch aanbod. Van bestaande partners wordt sowieso verwacht dat zij hun inzet constant innoveren waar dat nodig is.

Clïëntondersteuning in de basisinfrastructuur

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het organiseren van gratis cliëntondersteuning. Cliëntondersteuning was al een lokale verantwoordelijkheid, in de Wmo 2015 staat het opgenomen als verplichting.

Onder cliëntondersteuning wordt verstaan: het versterken van de zelfredzaamheid en participatie van burgers en het verkrijgen van een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, (preventieve) zorg, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen. Concreet kan het gaan om informatie, advies, het helpen formuleren van de vraag, kortdurende ondersteuning, activering van de cliënt en zijn netwerk, bemiddeling en verwijzing, hulp bij evaluatie van dienstverlening en zorg, hulp bij klachten en (voorkomen van) bezwaar en beroep. Een cliëntondersteuner is dan ook vooral een coach voor die burger die daar een beroep op wil doen.

Clïëntondersteuning is niet nieuw, deze wordt al door veel organisaties in de stad geboden. Denk daarbij aan Loket Haarlem, de ouderenadviseurs, de wijk-contactvrouwen of de sociaal raadslieden. Ook kunnen burgers voor cliëntondersteuning een beroep doen op het Sociaal Wijkteam en het

⁶ Nota ‘Kaderstelling gemeentelijke vraag basisinfrastructuur sociaal domein 2016-2020’, 2015/68952

Centrum voor Jeugd en Gezin. Er is dan ook veel bestaande inzet, waarvan ook goed gebruik wordt gemaakt, zij het niet altijd onder de noemer 'cliëntondersteuning Wmo'. We nemen dit vanaf 2016 structureel op in de prestatieplannen van deze organisaties.

In onze uitvoeringspraktijk worden inwoners al gewezen op de mogelijkheid van cliëntondersteuning. Op het moment dat we dit breder binnen de basisinfrastructuur hebben belegd, vanaf 2016, zullen we onze inwoners hierover actiever informeren.

Versterken vrijwillige inzet

Vrijwillige inzet draagt bij aan het versterken van de zelfredzaamheid, aan de participatie van burgers in de maatschappij en biedt ondersteuning aan mantelzorgers. Vrijwilligersorganisaties en professionals in de zorg zullen daarvoor niet alleen moeten samenwerken maar ook moeten werken in elkaars verlengde. Vrijwillige inzet is een belangrijk element in de vernieuwing in het sociale domein in Haarlem en levert een zeer waardevol aandeel aan het gemeentelijke doel om iedere burger van Haarlem, op niveau en naar draagkracht, mee te laten doen in de samenleving.

Het vrijwilligerswerk is in de Haarlemse samenleving stevig ingebed en op diverse gebieden zetten veel inwoners zich vrijwillig in. Toch blijft het een uitdaging voor vrijwilligersorganisaties om (nieuwe) vrijwilligers te vinden en te binden. Maar vrijwilligers veranderen. Ze binden zich in mindere mate langdurig aan organisaties en zijn meer gericht op korte klussen. Organisaties kunnen hierop inspelen door meer flexibiliteit te bieden.

Een tweede uitdaging ligt in het verbinden van doelgroepen (kwetsbare vrijwilligers, mensen met een beperking, jongeren, allochtonen) met vrijwilligerswerk. Ook zijn er nieuwe doelgroepen van vrijwilligers zoals kwetsbare burgers die een andere aanpak en begeleiding vragen dan de reguliere vrijwilliger. Dat kan door specifieke werving en door het toegankelijker maken van de welzijns- en zorgorganisaties.

Ten derde is een kwaliteitsslag nodig in het vrijwilligersbeleid. Organisaties kunnen op een aantal gebieden meer professionaliseren en hun deskundigheid vergroten. Een verbeterde en sterkere samenwerking tussen professionele hulpverleners en vrijwilligers levert inhoudelijke meerwaarde op en kan een efficiëncyslag opleveren.

In een plan van aanpak leggen we de focus op drie thema's: flexibilisering vrijwilligerswerk, werven en omgaan met kwetsbare vrijwilligers en verbeteren van het vrijwilligersbeleid bij organisaties inclusief het versterken van de samenwerking tussen beroepskrachten en vrijwilligers.

Acties	Resultaat	Planning
Subsidie-uitvraag en beoordelen aanvragen	Prestatieplannen die aansluiten op de geactualiseerde doelen en effecten. Innovatieve projecten op het snijvlak van basisinfrastructuur en specialistische voorzieningen.	Beoordeling subsidies basisinfrastructuur: augustus 2015 Beoordeling aanvragen innovatieregeling: juli en november 2015
Opnemen cliëntondersteuning in prestatieplannen	Structurele cliëntondersteuning bij verschillende organisaties via subsidieverlening basisinfrastructuur	November 2015: subsidie-beschikkingen basisinfrastructuur
Uitvoeren plan van aanpak vrijwillige inzet	Versterken en bevorderen vrijwillige inzet	2015 en verder
Collegebesluit	Besluit subsidieverlening basisinfrastructuur	November 2015

4.2 Informatie, Advies en Doorverwijzing

Een verbeterde digitale sociale kaart en informatievoorziening

Binnen het programma 'Samen voor Elkaar', is benoemd dat een goede sociale kaart⁷ en informatievoorziening⁸ een randvoorwaarde is voor een goed functionerend sociaal domein. Voor het verbinden van de domeinen, de professionals en de basisinfrastructuur met sociaal wijkteam, CJG of zorgaanbieders is het nog belangrijker om een goede Digitale Sociale Kaart (DSK) te hebben. Specifiek geldt dat ook voor de organisaties die een rol hebben in de toegangsprocessen. Daarnaast vragen we aan burgers meer op het gebied van zelfredzaamheid, eigen-kracht-oplossingen en het eigen netwerk van mensen. Ook zij moeten snel en eenvoudig via een DSK de juiste informatie kunnen vinden. Een adequate ontsluiting van de DSK, zowel voor burgers als professionals, biedt deze mogelijkheid. Op de te ontwikkelen website dient men daarnaast informatie te vinden over sociale problematiek en doorverwijzingen naar hulporganisaties.

Al jaren worden er door partners in de stad, de gemeente en Loket Haarlem knelpunten gesignaleerd over de huidige DSK.⁹ Om die reden hebben we eind 2014 een analyse van de huidige DSK en informatievoorziening met Loket Haarlem gedaan. Op basis van deze analyse zijn we tot de conclusie gekomen dat het verstandig is om af te stappen van het huidige systeem en een nieuwe DSK inclusief informatievoorziening te ontwikkelen die recht doet aan de kwaliteitseisen van deze tijd.

Acties	Resultaat	Planning
Ontwikkelen nieuwe Digitale Sociale Kaart	Up to date DSK en informatievoorziening	Oplevering: 1 april 2016

4.3 Sociaal Wijkteam

Één huishouden, één plan, één regisseur

Het realiseren van 'één huishouden, één plan, één regisseur' is een belangrijk uitgangspunt van de decentralisaties binnen het sociaal domein. Het mag niet meer zo zijn dat meerdere hulpverleners in een gezin langs elkaar heen werken of elkaar zelfs tegenwerken. Dit geldt niet alleen voor het jeugddomein, maar voor alle hulp en ondersteuning die in een huishouden aanwezig is. We hebben deze rol belegd bij de Sociaal Wijkteams en bij de CJG-coaches.

We merken echter dat het met autoriteit oppakken van deze rol ten opzichte van de bij een huishouden betrokken zorgaanbieders nog aandacht behoeft. Bij het vervullen van een regisserende rol, hoort ook het hebben van doorzettingsmacht. Zodanig dat Sociaal Wijkteam en CJG prioriteiten in het begeleidingsplan kan vaststellen en daarmee de (volgorde van de) inzet van zorgverleners en gemeentelijke diensten bepalen. Daarbij zal geïnvesteerd moeten worden in training van de leden van het Sociaal Wijkteam en de CJG-coaches. Tot slot moet de positionering van deze rol bij zorgaanbieders worden verduidelijkt.

⁷ De DSK betreft een actueel en volledig overzicht van organisaties en praktijken op het gebied van participatie, zorg en welzijn.

⁸ Onder informatievoorziening wordt hier verstaan: de informatievoorziening richting burgers en professionals

⁹ De huidige DSK is te vinden op www.lokethaarlem.nl

Samenwerking met Loket Haarlem

We hebben gezien dat er overeenkomsten zijn tussen de activiteiten van het Sociaal Wijkteam en van Loket Haarlem. Wij streven dan ook naar verdere samenwerking en uiteindelijk integratie van Sociaal Wijkteam en Loket Haarlem. De meerwaarde van de samenvoeging zit in de aaneenschakeling van de functies van informatie, advies en ondersteuning. We hanteren het uitgangspunt om het goede van beide functies te behouden en tegelijkertijd overlap te verminderen, eenduidigheid te creëren en efficiency te realiseren.

Om de wijze van samenwerken en integratie te testen, is inmiddels een pilot gestart.

Organisatiemodel Sociaal Wijkteams

Op dit moment is het Sociaal Wijkteam feitelijk een samenwerkingsverband waarin verschillende partners, inclusief de gemeente, expertise en inzet inbrengt. Sinds begin januari 2015 zijn er acht Sociaal Wijkteams operationeel in heel Haarlem. Het Sociaal Wijkteam is goed toegankelijk via Loket Haarlem, de verschillende organisaties die deelnemen aan het Sociaal Wijkteam en voor verwijzers. De Sociaal Wijkteams presenteren zich actief in de wijken. Ook de komende periode nog zal de rol van het Sociaal Wijkteam en haar plek binnen de basisinfrastructuur zich verder ontwikkelen. Daarom zal een organisatiemodel voor het Sociaal Wijkteam niet eerder dan eind 2016 ontworpen worden.

Acties	Resultaat	Planning
Analyse van huidige stand van zaken 'Eén huishouden, één plan, één regisseur' aan de hand van cases	Eenduidige rolomschrijving en positionering regisseursfunctie Wijkteam en CJG. Draagvlak bij ketenpartners	Analyse casuïstiek: september 2015 Implementatie: najaar 2015
Pilot samenwerking Sociaal Wijkteam en Loket Haarlem	Op basis van de pilot keuzes maken voor structurele implementatie	Start: mei 2015 Evaluatie: dec 2015 Besluit: december
Ontwikkelen organisatiemodel Sociaal Wijkteam	Voorstel organisatievorm en positionering in de basisinfrastructuur	Hele jaar 2016
Collegebesluit	Besluit organisatievorm sociaal wijkteam	Eind 2016

4.4 Specialistische ondersteuning

Vooraf in dit cluster is er nog sprake van implementatievraagstukken die vooruitlopend op de decentralisatie per 1 januari 2015 niet waren voorzien, of waar eenvoudigweg de tijd, kennis of systemen nog ontbraken.

Samenhang Wmo, Jeugdwet, Wet langdurige zorg en Zorgverzekeringswet: aansluiting 18- / 18 +

De nieuwe ordening van de zorg, brengt nieuwe afstemmingsvraagstukken met zich mee. Eén hiervan is het realiseren van een soepele overgang of zorgcontinuïteit als een jongere 18 jaar wordt. Ondersteuning zou niet moeten wegvallen omdat iemand een bepaalde leeftijd bereikt en daardoor van zorgaanbieder moet veranderen.

Er is nog niet altijd sprake van deze soepele overgang. Dit heeft verschillende oorzaken. Ten eerste is het niet altijd mogelijk om de hulpverlening voort te zetten bij dezelfde aanbieder: sommige aanbieders zijn nu eenmaal wel gecontracteerd voor jeugdhulp, maar niet voor de Wmo. Dit probleem is nog relatief eenvoudig op te lossen, omdat de gemeente zowel jeugdhulp als Wmo financiert. Binnen onze contractafspraken zoeken we individuele oplossingen. Voor de aansluiting met het verzekerd domein en de langdurige zorg, maken we afspraken met de zorgverzekeraar / het zorgkantoor.

Toegang

In de nota 'Uitvoeringsbesluiten transitie sociaal domein (augustus 2014)'¹⁰ hebben we vastgesteld hoe we de toegang tot jeugdhulp, Wmo en Participatiewet organiseren.

De toegang tot de participatiewet is volledig wettelijk geregeld via de gemeente, hier is geen sprake van gemeentelijke beleidsvrijheid.

De toegang tot specialistische jeugdzorg loopt via het CJG, huisartsen, jeugdartsen en medisch specialisten en de kinderrechter voor de inzet van jeugdbescherming en jeugdreclassering. Daarnaast is er het vrij toegankelijk aanbod van voorzieningen in de basisinfrastructuur waaronder opvoed- en opgroeiondersteuning in het CJG.

De toegang voor Wmo-maatwerkvoorzieningen verloopt via de gemeente en het Sociaal Wijkteam. In overeenstemming met het toegangsproces Jeugd, hebben we er ook bij de Wmo en Beschermd Wonen voor gekozen om de zorgprofessionals een rol te geven in het toegangsproces. Dit laatste wordt nu uitgevoerd met een aantal zorgaanbieders in de vorm van een pilot.¹¹

Vanaf 2012 hebben wij geïnvesteerd in het trainen van frontoffice-medewerkers in het voeren van een brede intake¹², zoals beschreven in het toegangsproces van de Wmo. Daarbij wordt gezocht naar 'de vraag achter de vraag' en gekeken naar meerdere leefdomeinen, waarbij het bevorderen van eigen kracht en zelfredzaamheid centraal staat. Deze trainingen hebben we georganiseerd voor onder andere de Sociaal Wijkteams, de Wmo-consulenten van de gemeente, Loket Haarlem en de Centra voor Jeugd en Gezin.

We merken dat dit blijvend aandacht vraagt, ook ten behoeve van de zorgaanbieders die deelnemen aan de pilot. Daarnaast hebben we gemerkt dat het heel belangrijk is om met elkaar te blijven leren van complexe casuïstiek. We hebben in samenspraak met de zorgaanbieders die aan de pilot deelnemen dan ook besloten de pilot toegang te verlengen tot 1 juli 2016. Ook al omdat er in het eerste half jaar veel inzet nodig is geweest om de administratieve processen op orde te krijgen, onder andere door het veel te laat en nog onvolledig functioneren van de landelijke iWmo. Dit heeft een grote druk gelegd op de pilot toegang. Wel vindt er eind van het jaar een gedegen evaluatie plaats over de pilot, de gemaakte keuzes en de betekenis van dit toegangsmodel voor onze eigen uitvoeringsorganisatie. De uitkomst van deze evaluatie zal bepalend zijn voor de verdere ontwikkeling van het toegangsmodel Wmo.

Toegang is één van de belangrijkste 'knoppen' voor het vormgeven van de transformatie. Wij vinden het dan ook van groot belang de zorgaanbieders, het CJG en sociaal wijkteam te betrekken bij het toegangsproces. De gemeente wil niet zelf de rol van de zorgprofessional op zich nemen bij het vaststellen wat nodig is voor de klant. De gemeente wil optimaal gebruik maken van de expertise van de zorgprofessionals, zowel zorginhoudelijk als met betrekking tot de verbinding tussen Wmo, Wlz en Zvw. Maar ook de verbinding met het eigen netwerk en de basisinfrastructuur is van belang. In het toegangsproces wordt namelijk ook en vooral gekeken welke arrangementen de burger zelf kan vormgeven met gebruik van zijn sociaal netwerk en de vrij toegankelijke voorzieningen in de basisinfrastructuur.

Beperking administratieve lasten

Een zorg is de bestaande toename van de administratieve lasten. Deze toename is een gevolg van de decentralisaties naar gemeenten waardoor landelijke standaarden (deels) zijn weggefallen. Het is ook een gevolg van de wijze waarop gemeenten hun processen hebben ingericht rondom indicatie, facturatie, monitoring en verantwoording.

¹⁰ Nota 'Uitvoeringsbesluiten transitie sociaal domein (augustus 2014)', 2014/153962

¹¹ Dit zijn de Hartenkampgroep, Heliomare, Zorgbalans en de RIBW

¹² Het betreft hier het onderzoeksgesprek, ook wel 'keukentafelgesprek'

Met een groep Wmo-zorgaanbieders organiseren we in het najaar van 2015 een werksessie hoe we – op basis van de eerste ervaringen in 2015 – kunnen werken aan een verdere beperking van de administratieve lasten. Waar mogelijk kunnen we de resultaten hiervan al vanaf 1 januari 2016 implementeren. Daarnaast is dit punt een permanent onderwerp van gesprek in de voortgangsgesprekken met de individuele contractpartners.

In oktober 2014 heeft de raad een motie aangenomen (2014/ 422781) waarin het college wordt opgeroepen zich in te zetten voor het terugdringen van de administratieve lasten van de jeugdzorg binnen het sociaal domein. Inmiddels is deze motie afgedaan met een rapportage aan de raad¹³, waarin onder meer de volgende lokale inzet staat beschreven:

- De gemeente participeert en ondersteunt actief in de werkgroep ‘Vermindering administratieve lasten aanbieders’, bestaande uit raadsleden en vrijgevestigden.
- Voor alle aanbieders die nog niet via VECOZO/het GGK kunnen declareren, is de mogelijkheid gecreëerd om via beveiligde mail te declareren.
- Jeugdzorgaanbieders kunnen direct starten met het verlenen van zorg, een beschikking is niet nodig.
- De gemeente Haarlem stelt geen aanvullende eisen aan de facturatie, maar vindt de basis informatie uit de I-JW berichten van VECOZO/het GGK voldoende. Aanbieders hoeven dus geen extra informatie aan te leveren.

Wij blijven ons inzetten om in goed overleg met de aanbieders te werken aan het verminderen van de administratieve lasten.

Acties	Resultaat	Planning
Gesprek met zorg-verzekeraar over 18+/18-	Leeftijd geen belemmering voor continuïteit van zorg, zo mogelijk bij dezelfde zorgaanbieder	1 januari 2016
Pilot toegang voortzetten	Volledige implementatie	Implementatie: 1 juli 2016
Werksessie met zorgaanbieders over beperking administratieve last	Concrete handvatten voor verdere beperking administratieve lasten. Implementatie binnen toegangs-processen, facturatie, monitoring en verantwoording	Werksessie: september 2015 Implementatie: vanaf 1 januari 2016

¹³ Beantwoording motie ‘vermindering administratieve lastendruk’, 2015/207939

5. Transformatie in het sociaal domein

De transitie van het sociaal domein is de grootste verandering in de zorg van de laatste decennia. Het vindt daarnaast plaats in een snel veranderende maatschappij, een nieuwe economie, vergrijzing. Daarbij was de decentralisatie van taken naar gemeenten niet meer dan een eerste stap. Want uiteindelijk gaat het om de transformatie. Het heeft geen zin om het oude systeem te vervangen door een nieuw systeem, zonder dat er echt iets verandert in de organisatie van zorg en ondersteuning. Daarom is het proces van transformatie één van de lastigste beleidsopgaven waarvoor gemeenten zich sinds tijden gesteld ziet. Het gaat om het overstijgen van jarenlang ingesleten patronen (niet alleen bij de overheid), van hardnekkige werkwijzen en van institutionele belangen.

Leidende patronen voor transformatie

De transformatie van het sociaal domein kent dan ook de volgende tien nieuwe leidende patronen:¹⁴

1. Het richten op het gezonde verstand: de leefwereld van de burgers is het uitgangspunt en niet de systeemwereld.
2. Het veranderen van de rol van de burgers: ze zijn niet langer klant maar eigenaar van hun probleem en hun oplossing. Van consument naar producent, van passief naar actief;
3. Het ontwikkelen van een anonieme verzorgingsstaat naar een herkenbare verzorgingsstad gebaseerd op de organisatie van nabijheid met het primaat op de wijk;
4. Het integraal werken als vertrekpunt nemen;
5. Het bevorderen van snelle, heldere en onorthodoxe oplossingen en daarmee doorbreken van de bureaucratie;
6. Het vormgeven van nieuwe verhoudingen tussen professionals en burgers (sociale netwerken, informele zorg);
7. Het bieden van meer ruimte aan professionals en hen bevrijden van al te strakke protocollen en verantwoordingsregimes;
8. Het creëren van ruimte voor generalistisch werken. Het doorbreken van de verkokering en het 'opknippen' van problemen in door specialisten behandelbare deelproblemen;
9. Het zorgen voor een verschuiving naar preventie, zowel bij de burger als in het professionele handelen als in de organisatie;
10. Het ontwerpen van integrale kosten-baten-analyses om het effect van preventie te kunnen laten zien;

Visie op de burger

Elke burger is op één of andere manier betrokken bij de zorg. Als hulpvrager, als mantelzorger, als partner, ouder of kind van een cliënt. Van hen kunnen we dus het meest leren over hoe de zorg in de praktijk werkt en waar verbeterlagen te maken zijn. De zorgaanbieders kennen de wettelijke verplichting tot het instellen van een eigen, organisatiegebonden cliëntenraad. Als gemeente zoeken we daarnaast een eigen platform waarin we continu worden gevoed met concrete ervaringen van de burger met de zorg. Met de Vereniging Bedrijfstak Zorg zijn we in gesprek hoe we dit gezamenlijk vorm kunnen geven.

In de transformatie staat de leefwereld van de burger centraal en niet de systeemwereld. De burger voert regie over zijn leven en is eigenaar van zijn probleem én zijn oplossing. De burger kiest de oplossing die het meest logisch bij hem past. Dat betekent dat de wens en behoeften van de individuele burger leidend moet zijn voor transformatie én voor de dienstverlening van de bij de transformatie betrokken organisaties.

¹⁴ Vrij vertaald uit: 'Nabij is beter', Pieter Hilhorst en Jos van der Lans, uitgegeven door VNG/KING, 2015.

We verliezen daarbij niet uit het oog dat er ook burgers zijn die, al dan niet tijdelijk, onvoldoende de regie op hun leven kunnen voeren. Ook dan zoeken we de meest logische oplossing, waarbij de burger zo goed mogelijk ondersteund wordt door een cliëntondersteuner of zijn naaste omgeving.

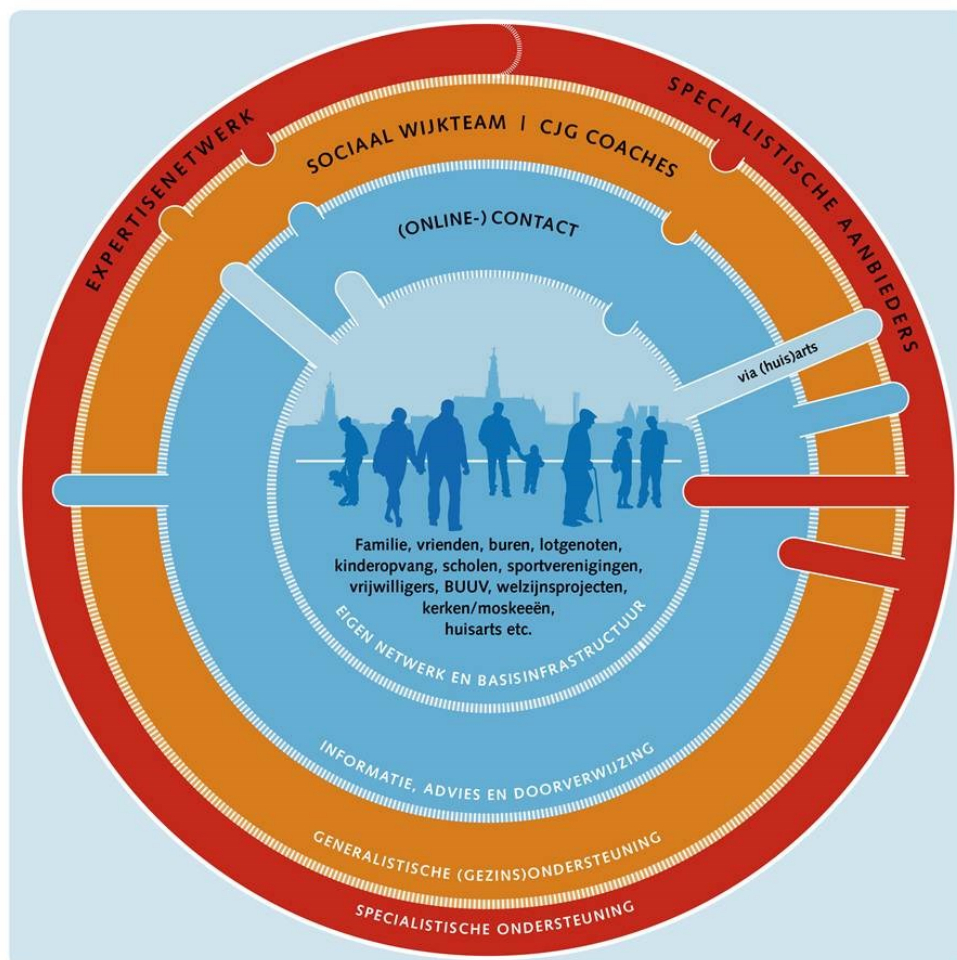
We zien de burger niet alleen als hulpvrager. Hij kan ook iets voor een ander betekenen. Deze vorm van wederkerigheid is voor de burger ook van belang: het versterkt de eigenwaarde en het gevoel iets bij te dragen aan de samenleving of iets te betekenen voor een ander.

Tegelijkertijd is het overgrote merendeel van onze burgers gezond, vitaal, zelfredzaam. Zij kunnen een belangrijke motor zijn voor het stimuleren van onderlinge zorg. Als we als bereid zijn burgers meer ruimte te geven voor eigen initiatieven, als we hun zelforganiserend vermogen waarderen, zullen burgers ook meer verantwoordelijkheid nemen.

Tot slot: in de verschillende beleidskaders hebben we aangegeven te streven naar een inclusieve samenleving, een samenleving waarin iedereen naar vermogen in kan participeren. Toch sluit diezelfde samenleving groepen uit. Het gaat niet alleen om 'mee kunnen doen', maar ook om 'mee mogen doen'. We zullen dus ook moeten blijven investeren in het wegnemen van vooroordelen en uitsluitingsmechanismen.

Transformatiethema's

Voor de transformatie laten we de oude clusterindeling los, het gaat immers om nieuwe verbindingen en het voorkomen van nieuwe schotten.



We hebben de transformatie-opgaven hebben ingedeeld in vijf centrale thema's voor de komende jaren. De thema's zijn:

- Thema 1: Bestrijd de paarse krokodil
- Thema 2: Organiseren van samenhang en integraliteit
- Thema 3: Ontzorgen en innoveren
- Thema 4: Preventie
- Thema 5: Langer zelfstandig wonen

De veranderaanpak bij de vijf thema's kent als basis: het perspectief van de burger, de kracht van de wijk, een samenhangende aanpak zonder nieuwe schotten of kolommen, in samenwerking met alle betrokkenen met respect voor ieders rol en belang.

6. Thema 1: Bestrijd de paarse krokodil

Waarom	Wij vinden dat verkokering, regelzucht en bureaucratie belemmerend en kostenverhogend werken op het behalen van resultaat voor de burger
Hoe	We doorbreken de verkokering, regelzucht en bureaucratie
Actie	We maken een analyse en vertalen deze naar een concreet plan van aanpak

Door een bekend reclamespotje van een grote verzekeraar is de term 'paarse krokodil' een begrip geworden. Deze metafoor staat voor bureaucratie en regelzucht.

Het reclamefilmpje toont een moeder die met haar dochtertje bij de informatiebalie van een zwembad komt. De moeder zegt dat de dochter een paarse opblaasbare krokodil heeft achtergelaten. Ze komen die nu ophalen. Het meisje ziet de krokodil in de hoek van de infobalie staan en verheugt zich er al op dat ze haar opblaasbeest over enkele ogenblikken terug zal hebben. Maar zo gemakkelijk gaat dat niet. De man onderbreekt zijn computerspelletje, likt aan zijn vinger en haalt verveeld een formulier uit de kast. De moeder moet het "in blokletters invullen en morgenochtend tussen 9 en 10 inleveren bij de Dienst Recreatie". De vrouw reageert verbaasd: "Maar hij staat daar", wijzend naar de krokodil in de hoek. De man beaamt dat ("Ja, hij staat daar"), maar onderneemt geen actie.



Zowel bij de (lokale) overheid als in de zorg is er sprake van bureaucratie en regelzucht. Binnen de gemeente zijn er tal van regels, verordeningen en afspraken die het uiteindelijke hoofddoel eerder belemmeren dan versterken. Daarnaast belemmeren rechtmatigheids- en juridische vraagstukken en de controle hierop maar al te vaak creatieve, op de maat van de burger toegesneden oplossingen. In de zorg bestaat het risico dat de professionele handelingsvrijheid beperkt wordt door protocollen en regels, vaak gestuurd door incidenten en calamiteiten.

Door de decentralisaties zien we steeds beter dat beleidskeuzes op het ene terrein onbedoelde gevolgen hebben op andere beleidsterreinen en uiteindelijk een kostenverhogend in plaats van kostenverlagend effect heeft. En waarbij het beoogde resultaat voor de burger juist wordt belemmerd in plaats van bevorderd.

We staan hier voor de opgave om deze belemmeringen in kaart te brengen en zo goed mogelijk weg te nemen in het belang van de burger. Een voorbeeld:

Dat schulden en schaarste invloed hebben op het functioneren in een gezin is voor zorgverleners geen verrassing. Het probleem is wel dat zorgverleners voor het oplossen van schulden afhankelijk zijn van de schuldhulpverlening. Bij schuldhulpverlening is motivatie een belangrijke voorwaarde voor toelating tot een schuldregeling. Die voorwaarde komt voort uit de ervaring dat mensen die niet gemotiveerd zijn het niet volhouden om drie jaar van een absoluut minimum te leven. Het toelaten van deze mensen tot een traject leidt tot meer mislukte trajecten, zodat schuldhulpverlening gebaat is bij selectie aan de poort. Dat dit elders tot problemen en maatschappelijke kosten leidt, speelt geen rol. Dat iemand niet gemotiveerd is, moet dan ook geen reden zijn om de zorg en ondersteuning te staken, maar om de inspanning te vergroten.

Dit is niet zomaar een voorbeeld: de ervaring van zowel CJG als Sociaal wijkteam is dat schuldenproblematiek bij 9 van de 10 huishoudens die zij begeleiden een reëel vraagstuk is. Het is een praktijkvoorbeeld waarbij de systeemwereld meer leidend is dan de leefwereld van de burger.

In de komende periode gaan we actief op zoek naar dergelijke voorbeelden. Dat doen we aan de hand van concrete casuïstiek die we ophalen bij het sociaal wijkteam, het CJG, zorgaanbieders, belangengroepen en andere betrokkenen. We richten hiervoor een structureel casuïstiekoverleg in. Op basis hiervan presenteren we een plan van aanpak. Een plan van aanpak kan betrekking hebben op zowel de (gemeentelijke) organisatie, verordeningen, werkwijzen en werkinstructies et cetera.

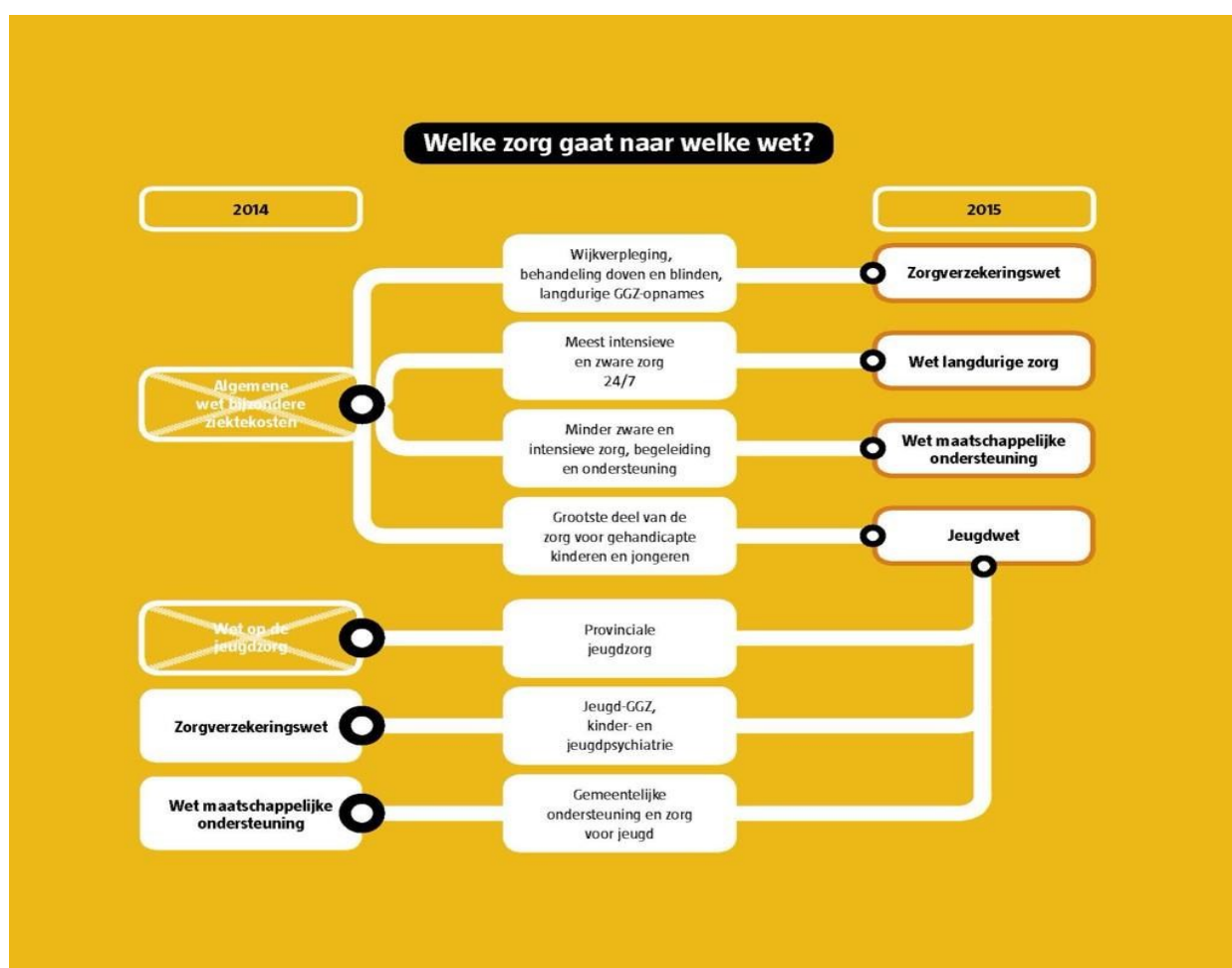
De sleutel voor het vinden van oplossingen aansluitend op de leefwereld van de klant in plaats van op de systeemwereld, ligt in de toegangsprocessen. De functionarissen die het onderzoek voor de Wmo-maatwerkvoorzieningen doen (sociaal wijkteam, zorgaanbieders, Wmo-consulenten) en de functionarissen die de toegang tot jeugdhulp bepalen (CJG, huisarts) zoeken met de klant naar de meest passende oplossingen voor het vraagstuk van de individuele klant. Zij moeten de professionele handelingsruimte krijgen om deze oplossingen met de klant te realiseren, ook al lopen zij daarbij tegen bureaucratische of andere belemmeringen aan. En als het nodig is moeten zij een escalatiemogelijkheid hebben om dergelijke belemmeringen op individueel niveau te kunnen doorbreken. Het uitgangspunt van 'één huishouden, één plan, één regisseur' sluit hier bij aan.

Acties	Resultaat	Planning
Analyse: structurele casuïstiekgesprekken	Inzicht in contraproductieve bureaucratie en regelgeving	1 januari 2016
Opstellen plan van aanpak	Wegnemen van contraproductieve bureaucratie en regelgeving (beleid)	2016 en verder
Versterken professionele handelingsruimte in de toegangsprocessen	Wegnemen van contraproductieve bureaucratie en regelgeving (individueel klantniveau)	2016
Instellen klankbordgroep cliënten / betrokkenen bij de zorg	Een platform waarin de gemeente continu wordt gevoed met concrete ervaringen van de burger met de zorg	2016
Collegebesluit / raadsbesluit	Afhankelijk van resultaat plan van aanpak wegnemen van contraproductieve bureaucratie en regelgeving (beleid)	2016

7. Thema 2: Organiseren van samenhang en integraliteit

Waarom	Wij vinden dat samenhang en afstemming in aanpak cruciaal is zodat burgers snel en effectief de regie over hun leven terugkrijgen Wij vinden dat zorg en ondersteuning zo dicht mogelijk bij de burger moet worden georganiseerd
Hoe	We organiseren betere samenwerking en afstemming tussen de domeinen en met de verschillende stakeholders om ondersteuning zo effectief mogelijk te organiseren
Actie	We maken een gezamenlijke werkagenda met zorgverzekeraar en zorgkantoor We brengen meer samenhang in de verschillende vormen van dagbesteding We beschrijven zorgketens in de wijk en koppelen deze aan een concreet implementatieplan

De zorg is per 2015 veranderd. In het gemeentelijk domein is – naast de Participatiewet - de zorg voor jeugd ondergebracht, de Wmo is uitgebreid met de extramurale begeleiding en beschermd wonen uit de voormalige Awbz. De resterende intramurale zorgverlening is ondergebracht in de Wet langdurige zorg, die wordt uitgevoerd door het zorgkantoor. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de uitvoering van de verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet. Schematisch:¹⁵



¹⁵ Bron: 'Zó werkt de zorg in Nederland', de Argumentenfabriek, 2014

We staan niet alleen voor de uitdaging om nieuwe verbindingen te maken binnen het gemeentelijk domein, maar ook met het medisch en het zorgdomein.

In het zorgdomein is het van belang om in beeld te hebben hoe deze zich ook financieel onderling tot zich verhouden. Hoeveel geld is er in 2015 begroot voor de vier wetten in de zorg?

Zorgverzekeringswet	44,4 miljard
Wet langdurige zorg	19,5 miljard
Wet maatschappelijke ondersteuning	8,0 miljard
Jeugdwet	3,9 miljard

De Wmo en de Jeugdwet maken maar 15,5% uit van het totale zorgbudget. Dat betekent dat de gemeente voor de transformatieopgave maar voor een klein aandeel financieel kan sturen. De sturingskracht van de zorgverzekeraar / het zorgkantoor is op basis van dit budgettair kader groter. In algemene zin geldt voor zorgaanbieders dat (met name) de Wmo vaak een beperkt percentage is van hun totale bedrijfsvoering. Dat betekent dat ook de zorgaanbieders een groter belang hebben zich te richten op de strategische koers van de zorgverzekeraar / het zorgkantoor dan op die van gemeenten. Dit maakt dat een transformatie in het sociaal domein alleen succesvol kan zijn als alle betrokkenen hierin samenwerken.

7.1 Een gezamenlijke agenda met de zorgverzekeraar en het zorgkantoor

Gemeenten en zorgverzekeraars zijn de financiers van zorg en welzijn en daarmee belangrijke partijen bij het organiseren van de zorg, ondersteuning en preventie. Waar in de wetgeving scheidingen bestaan tussen zorg en welzijn en wie waarvoor verantwoordelijk is, is dit bij mensen met problemen niet zo simpel. Problemen van burgers houden zich immers niet aan stelselgrenzen. Voor mensen met problemen en hulpvragen in hun leven is het lang niet altijd duidelijk of het gaat om zorg- of welzijnsvragen. Vaak kent een probleem ook meerdere invalshoeken en aspecten. Daarbij moet voorkomen worden dat voor sociale problemen (bijvoorbeeld schuldenproblematiek) medische oplossingen worden gezocht. Ook is het niet de bedoeling dat medische oorzaken (bijvoorbeeld onbehandelde GGZ-problematiek) leiden tot maatschappelijke problemen zoals overlast.

Gemeenten en zorgverzekeraars hebben gezamenlijk belang bij het gezond houden van burgers en voorkomen van (zwaardere) zorg- en hulpvragen. Onnodige medicalisering en onnodige afhankelijkheid moeten voorkomen worden. Participatie moet bevorderd worden, juist op de domeinen zorg en welzijn. Door samen te investeren in preventie, het vroegtijdig signaleren van problemen, gezondheidsbevordering, sterke wijken en een goede verbinding tussen het sociale en het medische domein kan de inzet van dure vormen van zorg verminderd worden. Een goede samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars is vanuit maatschappelijk oogpunt zeer wenselijk.

Belang voor burgers	Betere samenwerking en afstemming tussen zorg en welzijn
Belang voor gemeente	- Verkrijgen kennis over inkoop van zorg - Vitale samenleving door gezonde burgers
Belang voor zorgverzekeraar	- Grotere zichtbaarheid in regio - Mogelijke besparingen zorguitgaven door preventie, vroegsignalering en voorkomen van onnodige medicalisering
Belang voor zorgverzekeraar én gemeente	- Op elkaar afgestemde zorg en ondersteuning voor verzekerden/burgers - Verbetering gezondheidstoestand van verzekerden/burgers - Uitwisseling gegevens en kennis over (ontwikkelingen in) wijken - Mogelijke verbetering van de doelmatigheid van zorg en ondersteuning

Hoewel er sprake is van gedeelde belangen, zien we ook dat een flink deel van de baten van de transformatie in het gemeentelijk domein, juist vallen in de Zvw en de Wlz, en daarmee bij het zorgkantoor/de zorgverzekeraar die hier uitvoering aangeeft. Wij streven naar een structurele inzet vanuit het zorgkantoor/de zorgverzekeraar in onze gemeente.

Op dit moment hebben wij gestructureerd overleg met onze regionale zorgverzekeraar. Wij streven echter naar een geformaliseerde samenwerking, bijvoorbeeld in de vorm van een convenant resulterend in een concrete werkagenda waarin afspraken staan opgenomen over kennisdeling en informatieverzameling, preventie, afstemming zorginkoop, gezamenlijke aanpak ten aanzien van het thema ‘langer zelfstandig wonen’, een gezamenlijke aanpak van het actuele vraagstuk verwarde mensen in de stad et cetera. Wij proberen dit nog voor het einde van het jaar met Achmea te realiseren.

Een voorbeeld: het kan zo zijn dat een aanbieder wel door de gemeente is gecontracteerd voor jeugdhulp, maar niet door de zorgverzekeraar voor volwassenenzorg. Dit speelt met name op het gebied van geestelijke gezondheidszorg. In dat geval is nauwe samenwerking met de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder nodig, om te kijken of de zorg toch nog voor enige tijd door kan worden gezet. Een complicerende factor voor de cliënt is dat bij de overgang naar de zorgverzekeringswet, vanaf 18 jaar het eigen risico gaat gelden. Zeker voor kwetsbare jongeren is dit vaak niet op te brengen, waardoor zij afhaken. Dit thema betrekken we bij het gestructureerd overleg met de zorgverzekeraar.

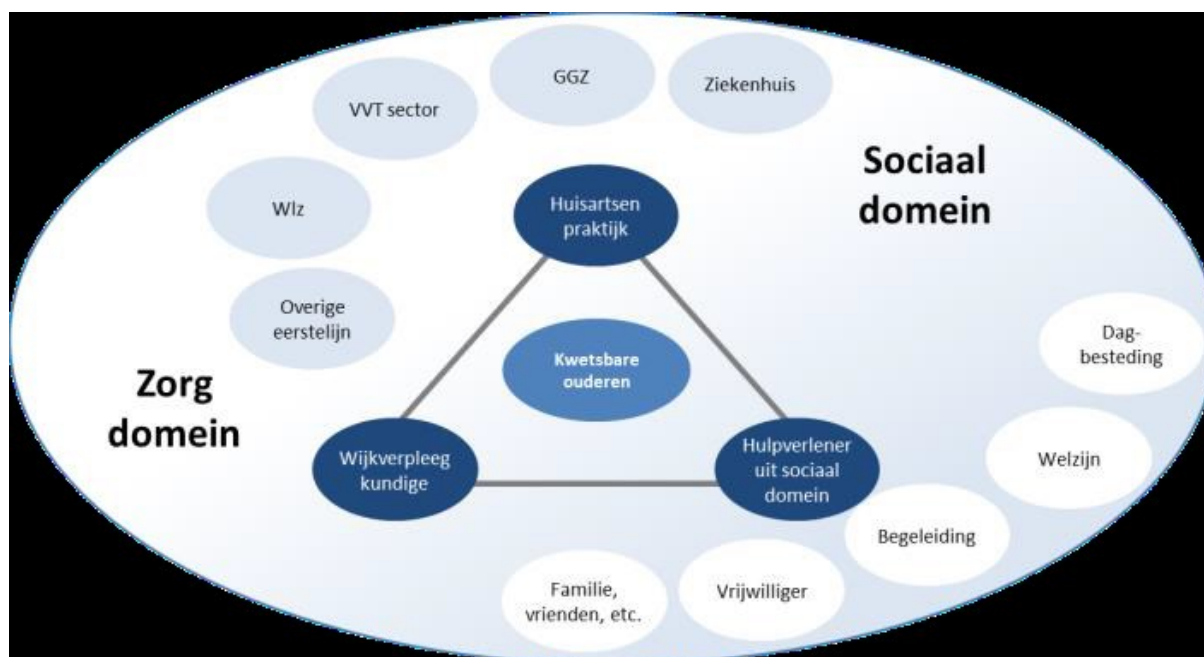
Acties	Resultaat	Planning
Structureel overleg met zorgverzekeraar/zorgkantoor	Gemeenschappelijke agenda en geformaliseerde samenwerkingsafspraken	Najaar 2015
Collegebesluit	Ondertekenen convenant zorgverzekeraar/zorgkantoor	Eind 2015

7.2 Wijkgerichte zorg

De kern van wijkgericht werken is: samenwerken om de gezondheid, zelfredzaamheid en participatie van bewoners in de wijk bevorderen. Samenwerkingspartners zijn gemeenten, organisaties op het gebied van welzijn, wonen en zorg en de eerstelijnsgezondheidszorg. Wijkgerichte zorg is meer dan alleen de huidige aanpak van de Sociaal Wijkteams. Het legt de verbinding tussen het sociale, medische en zorgdomein in de wijk. Het organiseert de zorg en ondersteuning vanuit cliëntperspectief en vanuit de eigen regie van de cliënt.

Samen met de zorgaanbieders geven we de komende jaren vorm aan wijkgerichte zorg voor kwetsbare groepen. De volgende doelstellingen worden nagestreefd:

- Het is vanuit cliëntperspectief van groot belang dat het sociaal domein goed aansluit op het zorg domein zodanig dat cliënten en mantelzorgers zich geen zorgen hoeven te maken over financiering van de geboden zorg en ondersteuning en continuïteit van zorg en ondersteuning ervaren (ongeacht de aanbieder).
- Vanuit cliëntperspectief is het leveren van de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plaats en door de juiste zorgverlener essentieel, het “matched care” principe. Wanneer het matched care principe correct geïmplementeerd is, kan dit leiden tot optimale inzet van middelen.
- De cliënt en de mantelzorger zijn zo min mogelijk belast met overdrachtsmomenten, deze zijn goed voorbereid en worden met persoonlijk contact ingevuld. Overdrachten zijn transparant en ter inzage voor alle betrokkenen. Daarnaast is het streven om het aantal (tegelijkertijd) betrokken zorgverleners te minimaliseren.



Voor het ontwikkelen en herinrichten van wijkgerichte zorg kiest het *Regionaal overleg Basiszorg Specialistische Zorg (RBS)* voor het op wijkniveau organiseren van de zorg voor in aanvang vijf doelgroepen: kwetsbare ouderen, mensen met chronische zorgvragen, mensen met palliatieve zorgvragen, mensen met een verstandelijke beperking en mensen met psychische zorgvragen. Voor de doelgroep kwetsbare ouderen is de eerste ketenbeschrijving beschreven en start een implementatietraject.

Deze inrichting van de zorg op wijkniveau wordt ingegeven vanuit het medisch domein en mede gestuurd vanuit een wijzigende strategische koers van de zorgverzekeraar / het zorgkantoor. Dat neemt niet weg dat er bij de uitwerking ervan het gemeentelijk domein nadrukkelijk in beeld komt. Zowel in de sfeer van het organiseren van preventie, als in de samenhang of overdracht van het medisch domein naar het gemeentelijk domein (Wmo, Jeugd of Participatiewet).

De gemeente wil dan ook graag bij deze ontwikkeling aansluiten omdat wij dit als een belangrijke kans zien om de verbinding tussen het gemeentelijk domein en het verzekerd domein met de zorgaanbieders op wijkniveau concreet in te richten.

Acties	Resultaat	Planning
Aansluiten bij RBS	Inrichting (delen) van de zorg op wijkniveau	2016

7.3 Samenhang in (arbeidsmatige) dagbesteding

Met de overkomst van de begeleidingsfuncties, inloop en beschermd wonen uit de AWBZ is de gemeente ook verantwoordelijk geworden voor de dagbesteding van kwetsbare doelgroepen binnen de nieuwe Wmo. Dit biedt een kans om de verbinding te leggen tussen deze functies en de activiteiten die al door de gemeente werden georganiseerd: van dagbesteding tot en met re-integratie. Het totale palet bestaat momenteel uit:

- re-integratie in het kader van de Participatiewet;

- garantiebannen in het kader van de Participatiewet;¹⁶
- beschut werk in het kader van de Participatiewet;¹⁷
- (arbeidsmatige) dagbesteding in het kader van de Wmo;
- inloopvoorzieningen in het kader van de Wmo;
- dagbesteding in het kader van beschermd wonen;
- dagbesteding in het kader van het Regionaal Kompas;
- dagbesteding in de basisinfrastructuur;
- social return on investment;
- passend onderwijs.

Er ligt een kans om meer samenhang te brengen in het palet van dagbesteding tot werk. Het uitvoeringsprogramma voor de Participatiewet¹⁸ geeft hiervoor al verschillende aanzetten. Zo start een pilot combinatie beschut werk en arbeidsmatige dagbesteding, waarmee een verbinding wordt gelegd tussen Participatiewet en Wmo. Daarnaast start een pilot schoolverlaters speciaal onderwijs en praktijkonderwijs, waarmee een verbinding wordt gelegd tussen de Participatiewet en het jeugddomein.

Daarnaast maken we een nieuwe inventarisatie waarin we aanbod, doelgroep, doelstelling en financieringswijze in kaart brengen.

Het ligt voor de hand om vergelijkbare begeleidingsactiviteiten onder één noemer en zo mogelijk onder één financieringswijze onder te brengen, en dus niet per domein Jeugd, Wmo, Beschermd Wonen et cetera. Ontschotting wil ook zeggen dat specifieke dagbestedingslocaties voor meerdere doelgroepen beschikbaar moeten komen, zodat voorzieningen efficiënter kunnen worden gebruikt. Dit vraagt wel om een zorgvuldig proces met oog voor de betrokken cliënten. En we realiseren ons dat niet alle doelgroepen bij elkaar passen.

We zorgen voor een grotere beweging richting arbeidsmatige dagbesteding en zetten in op het (beter) benutten van verdien capaciteit. We zien daarnaast arbeidsmatige dagbesteding als een nieuwe vorm van beschut werken. We nemen in overweging om arbeidsmatige dagbesteding onder te brengen bij organisaties die het benutten van verdien capaciteit als kerntaak hebben.

Acties	Resultaat	Planning
Inventarisatie	Inzicht in participatiemogelijkheden per doelgroep, doel en financiën.	Najaar 2015
Uitvoeren pilots uitvoeringsprogramma participatiewet	Inzicht in succesvolle interventies voor zittend bestand en nieuwe doelgroepen participatiewet	Start: najaar 2015
Herijking contractafspraken	Efficiency en besparing, zo mogelijk al implementatie met behoud van voldoende voorzieningen	1 januari 2017

7.4 Samenhang in doelgroepenvervoer

Ook op het gebied van doelgroepenvervoer is er winst te behalen. Op dit moment wordt het vervoer van verschillende doelgroepen los van elkaar uitgevoerd. Het ontschotten van vervoersregelingen en

¹⁶ Het Kabinet heeft met werknemers- en werkgeversorganisaties afgesproken in de komende jaren 125.000 extra banen te creëren voor mensen met een beperking: garantiebannen.

¹⁷ Beschut werk is voor mensen die alleen in een 'beschutte' omgeving onder aangepaste omstandigheden kunnen werken. Zij zijn in dienst van de gemeente of een reguliere werkgever en krijgen salaris.

¹⁸ Nota 'Participeren naar vermogen, uitvoeringsprogramma Participatiewet juni 2015-juni 2015 Haarlem en Zandvoort'

een integrale benadering van mobiliteitsvragen biedt mogelijkheden om het vervoeraanbod beter aan te sluiten op de vraag van de reiziger en tegelijkertijd vervoer efficiënter en doelmatiger te organiseren. We moeten toe naar een integrale benadering, waarbij eerst wordt gekeken naar voorliggende voorzieningen en het zelfoplossend vermogen van mensen, daarna naar oplossingen die de (lokale) gemeenschap zelf kan organiseren en uiteindelijk als het nodig is professionele oplossingen, gericht op individuele behoeften.

Eind 2012 zijn de gemeenten van de regio's Zuid-Kennemerland, Haarlemmermeer, IJmond en Amsteland-Meerlanden met het project Doelgroepenvervoer gestart. De gemeenten hebben inzicht gekregen in de aard en omvang van het doelgroepenvervoer en in 2014 hebben de colleges van Zuid-Kennemerland, IJmond en Haarlemmermeer besloten samen een visie te ontwikkelen op het doelgroepenvervoer. Er zijn twee centrale ambities benoemd:

- Minder doelgroepenvervoer door kanteling;
- Efficiëntere organisatie van het overblijvende doelgroepenvervoer.

Dit visiedocument is inmiddels uitgewerkt in een collegebesluit dat voor de zomer is besproken in de commissie Samenleving. Hierin is besloten per 2017 het doelgroepenvervoer te organiseren volgens een regiemodel, waarbij een scheiding plaatsvindt tussen de regiefunctie (de vervoers-centrale) en de uitvoering (het rijden). Inmiddels wordt het organisatiemodel verder uitgewerkt, evenals een program van eisen voor de verwerving van het doelgroepenvervoer conform het nieuwe model. Ook hier geldt dat er sprake moet zijn van een zorgvuldig proces met ook voor de betrokken cliënten.

Acties	Resultaat	Planning
Opstellen program van eisen en samenwerkingsovereenkomst	Verwervingsdocument voor aanbesteding	Oktober 2015
Uitvoeren aanbestedingstraject	Geselecteerde aanbieders	April 2017
Uitvoering	Volledige implementatie regiemodel doelgroepenvervoer	1 januari 2017
Collegebesluit	(1) Besluit Program van eisen inkoop Jeugd en Wmo (2) Besluit Gunning inkoop Jeugd en Wmo	Maart 2017 September 2017
Collegebesluit	(1) Besluit Program van eisen regiemodel doelgroepenvervoer (2) Besluit Gunning regiemodel doelgroepenvervoer	Oktober 2015 Mei 2016

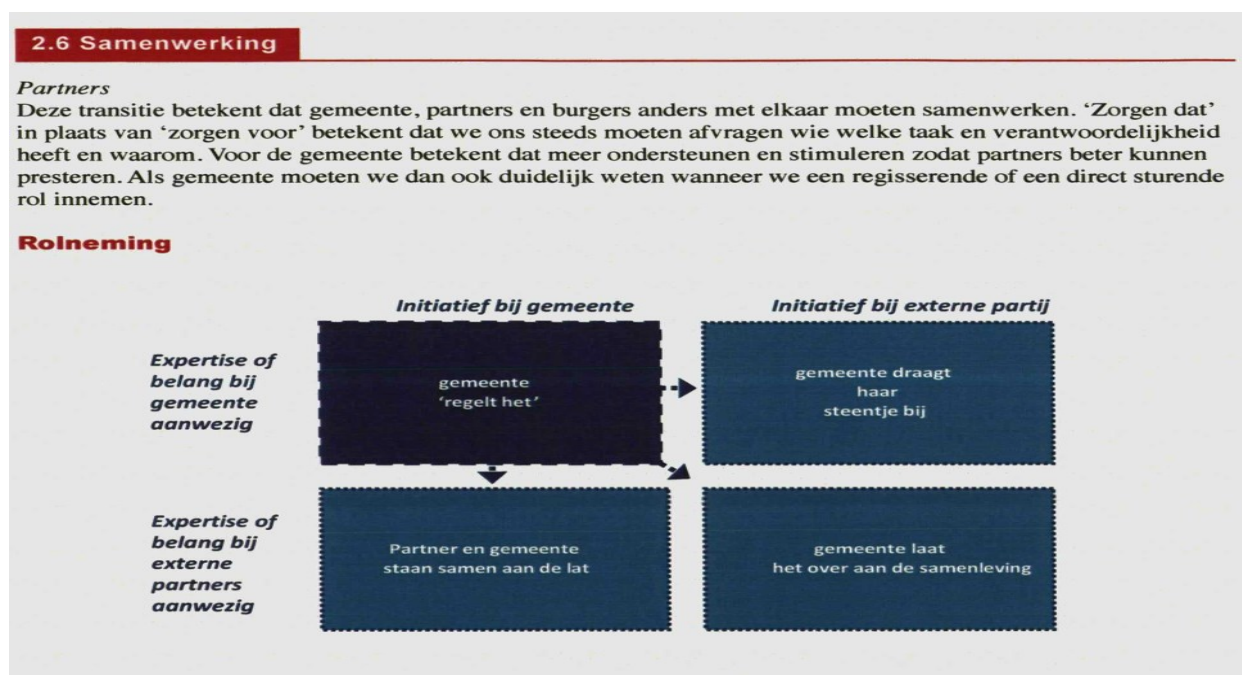
8. Thema 3: Innoveren en ontzorgen

Waarom	Wij willen innovatie en ontzorgen stimuleren bij burgers en zorgaanbieders onder andere door middel van onze rol als opdrachtgever
Hoe	We stimuleren en faciliteren actieve burgers We sturen op de transformatieagenda van de zorgaanbieders We onderzoeken kantelingsmogelijkheden van specialistische ondersteuning naar basisinfrastructuur We werken aan transformatie in de verwerving en bekostiging
Actie	We vragen zorgaanbieders ons te laten zien hoe zij de transformatie vormgeven We werken toe naar een nieuwe bekostigingssystematiek op basis van resultaat

De transformatie vraagt om een andere manier van het organiseren van de zorg en om een andere manier van dienstverlening. We willen initiatieven vanuit burgers of vanuit de wijk bevorderen. De zorgaanbieders werken aan een eigen transformatieagenda, als onderdeel van onze contractafspraken. We onderzoeken de mogelijkheid om specialistische ondersteuning verder te 'kantelen' naar de algemene voorzieningen in de basisinfrastructuur. We werken aan nieuwe bekostigingsmodellen die innovatie bevorderen en 'perverse prikkels' wegnemen. Ook staan we voor de opgave om de zorg anders te organiseren en de dienstverlening te veranderen: minder hospitaliseren, minder medicaliseren, eerder zorg afschalen waar dat kan, eerder de weg terug vinden naar basisinfrastructuur en eigen kracht. Kortom: ontzorgen en innoveren.

8.1 Burgerinitiatieven stimuleren en faciliteren

In het coalitieprogramma is de ambitie geformuleerd om meer ruimte te geven aan buurtgerichte bewonersinitiatieven. De gemeente moet zich hiervoor flexibel en open opstellen, en zijn rol bepalen.



Voor het bepalen van die rol is over de breedte van de hele gemeente een traject gestart: Leren door Doen. We hebben inmiddels een vijftal initiatieven omarmd en we zoeken gezamenlijk naar nieuwe effectieve manieren van (samen) denken en doen en naar bijbehorende methoden en instrumenten die een veranderende overheid (van regulerende naar faciliterende en nog sterker dienende organisatie) nodig heeft.

Er zijn daarnaast ook al enkele aansprekende voorbeelden in de stad aanwezig. Denk bijvoorbeeld aan Burenhulp Bosch en Vaart dat de Participatieprijs heeft gewonnen en nu ook in de Leidsebuurt wordt opgezet.

Daarnaast heeft het college besloten om de innovatieregeling 2015 ook open te stellen voor initiatieven vanuit de burger of de wijk. Met een subsidie via deze regeling kunnen initiatieven mogelijk gemaakt worden (eenmalige startsubsidie) of kunnen nieuwe ideeën worden uitgetest. Bij gebleken succes wordt gekeken of implementatie in het reguliere aanbod mogelijk is (nieuw voor oud). Op deze wijze ontstaat er vernieuwing, zowel in aanbod als aanbieders.

In de Wmo 2015 is 'right to challenge' opgenomen. Dit betekent dat inwoners de gemeente kunnen uitdagen om (een deel van) de zorg van de Wmo beter uit te voeren dan de gemeente dat doet. De gedachte hierachter is dat inwoners hun buurt kennen en weten wat er speelt. Daardoor verlenen zij mogelijk beter zorg in hun buurt dan de gemeente.

Aan 'right to challenge' zijn wel voorwaarden verbonden. Er moet bijvoorbeeld voldaan worden aan de kwaliteitscriteria die ook gelden voor andere aanbieders. In een plan wordt beschreven welke resultaten beoogd worden, op welke wijze de zorgcontinuïteit gegarandeerd is en er wordt gezocht naar verbinding met bestaande aanbieders.

Sinds enige tijd wordt de gemeente benaderd door inwoners die de zorg voor zichzelf of hun kinderen in eigen hand willen nemen en die geen gebruik willen maken van door de gemeente ingekochte zorg. Het is echter niet zonder meer nodig en mogelijk dat de gemeente alle initiatieven rondom zorg faciliteert. We hebben zorg ingekocht bij aanbieders vanuit een bepaald budget. Er is weinig tot geen financiële ruimte daarnaast nog andere zorg te financieren. Eventuele initiatieven kunnen we dan ook alleen tegemoet komen door binnen de bestaande verdeling van middelen te komen tot een herschikking, of door het inzetten van gecontracteerde zorg.

Acties	Resultaat	Planning
Rolbepaling gemeente	Open staan voor burgerinitiatieven	2015 en verder
Uitvoeren innovatieregeling 2015	Innovatieve projecten op het snijvlak van basisinfrastructuur en specialistische voorzieningen.	2015 en 2016

8.2 Innoveren door zorgaanbieders

Een belangrijk deel van de transformatie ligt bij de zorgaanbieders. Niet voor niets hebben we bij de inkoop van zorg alle zorgaanbieders verplicht een eigen transformatie-agenda op te stellen; van alle contractpartners wordt een transformatie verwacht. Het betreft een beschrijving van de wijze waarop de zorgaanbieder zich heeft voorbereid op deze transformatie en welke maatregelen zorgaanbieders van plan zijn nog te nemen. De decentralisaties vragen immers een andere wijze van organiseren en een andere vorm van dienstverlening. Het transformatieplan van de zorgaanbieders moest in ieder geval een beschrijving bevatten van de volgende minimale resultaten:

- ondersteuning dicht bij de burger organiseren;
- optimaliseren van de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers;

- versterken van het sociale netwerk van cliënten;
- kanteling naar lichtere vormen van ondersteuning.

De jeugdhulpaanbieders hebben daarnaast de volgende uitgangspunten genomen voor hun transformatie-opgave:

- Minder en kortere inzet specialistische zorg;
- Snellere inzet van de juiste specialistische zorg (minder schakels en 'niet passende inzet');
- Ombouwen van residentiële zorg naar ambulante zorg en deeltijd varianten;
- Een efficiënt gebruik van dagbehandeling;
- Plaatsen van jeugdigen in pleeggezinnen en gezinsvarianten;
- Integrale crisiszorg;
- Verschuiving dwang naar drang.

In onze gesprekken met de zorgaanbieders merken wij dat zij in de eerste maanden van het jaar veel inzet hebben moeten geven aan het inregelen van de nieuwe werkwijze en administratieve processen. Toch zien we dat verschillende aanbieders al concrete voortgang boeken of deze voorbereiden door plannen op te stellen en contacten te leggen met samenwerkingspartners. Enkele voorbeelden zijn: het wijk- en buurtgericht werken in teams, individuele begeleiding aanbieden in groepsverband, beeldbellen en het efficiënter omgaan met locaties voor dagbesteding. Daarnaast geven aanbieders ook aan tegen grenzen aan te lopen, bijvoorbeeld bij het inzetten van vrijwilligers voor specifieke groepen met zwaardere problematiek.

Acties	Resultaat	Planning
Sturen op voortgang transformatieagenda zorgaanbieders	Zorgvernieuwing en ontzorging op basis van uitgangspunten sociaal domein	2015 - 2016

8.3 Kanteling

In 2015 hebben we al gekozen voor een extra investering in de basisinfrastructuur ten laste van het decentralisatiebudget Wmo.¹⁹ Het betrof extra inzet voor het bevorderen van vrijwillige inzet inclusief BUUV, het bevorderen van mantelzorgondersteuning en het versterken van dagbesteding voor kwetsbare doelgroepen in de basisinfrastructuur. We hebben minder dagbesteding ingekocht bij zorgaanbieders omdat we dagbesteding - waar het kan - in de basisinfrastructuur organiseren. Welzijnsorganisaties leveren collectieve voorzieningen en zorgen ervoor dat mensen initiatief kunnen nemen om activiteiten te organiseren met anderen. De kwetsbare Haarlemmers die nu gebruik maken van dagbesteding begeleid door zorgmedewerkers en veelal op een afgezonderde (zorg)locatie, kunnen baat hebben bij de aanpak die welzijn eigen is. Zij doen mee in de buurt, met de buurt en praten mee over wat zij interessant vinden en willen ondernemen.

Zoals in de vorige paragraaf beschreven, voeren de zorgaanbieders een eigen transformatieagenda uit. De resultaten hiervan leveren aanknopingspunten op voor een verdere kanteling van specialistische ondersteuning naar de basisinfrastructuur. Dat geldt niet alleen voor dagbesteding maar ook voor individuele begeleiding of nazorg. We onderzoeken of een grotere kanteling van specialistische begeleidingsactiviteiten naar basisinfrastructuur mogelijk is. Een grotere investering in de basisinfrastructuur ligt voor de hand, als dit per saldo leidt tot een grotere besparing in de specialistische ondersteuning.

Acties	Resultaat	Planning
Beoordelen transformatieagenda	Kanteling van specialistische voorzieningen	2015

¹⁹ Nota 'Uitvoeringsbesluiten transitie sociaal domein (december 2014)', 2014/462684

zorgaanbieders op kantelings-mogelijkheden	naar algemene voorzieningen in de basisinfrastructuur	
Bepalen investeringsagenda basisinfrastructuur	Besparing op specialistische ondersteuning	2016

8.4 Verwerving en bekostiging

Begin 2014 hebben we een regionale verwervingsstrategie voor de korte en de lange termijn vastgesteld. Voor de korte termijn hebben we destijds – mede in het belang van zorgcontinuïteit voor de klant - gekozen voor contracteren op de ‘oude’ manier. De contracten bieden daarmee te weinig ruimte en financiële prikkels voor echte innovaties en voor ontzorgen. En de contracten sturen op productie in plaats van resultaten. De overeenkomsten die wij hebben gesloten met zorgaanbieders hebben een looptijd van twee jaar en een optie tot verlenging van twee keer een jaar.

Voor de middellange termijn hebben we ambities vastgelegd die meer aansluiten bij de transformatie. Deze zijn gericht op een optimale integratie van basisinfrastructuur, sociaal wijkteam en specialistische ondersteuning, bekostiging op basis van resultaat en monitoring en benchmarking.

Uit de literatuur blijkt dat bekostigingsmodellen op basis van resultaat een betere basis vormen voor het stimuleren van innovaties en ontzorgen. Uit literatuur blijkt eveneens dat het ontwikkelen hiervan veel tijd en inzicht vergt. Deze ervaring hebben wij zelf ook met de resultaatgerichte afspraken rondom hulp bij het huishouden.

Alle gemeenten doen pas recent echt ervaring op met de nieuwe doelgroepen, de kwaliteit van de dienstverlening van de zorgaanbieders, de verschillende producten, de eventuele leemtes. Er bestaat een brede wens om te komen tot een andere bekostigingssystematiek op basis van resultaatsafspraken. Het is dan ook eenvoudigweg te vroeg om per 2017 – het moment waarop de contracten aflopen – een nieuwe verwervingsronde te doen op basis van nieuwe bekostigingsmodellen.

We overwegen gebruik te maken van de mogelijkheid om de overeenkomsten met een jaar te verlengen, op voorwaarde dat de gemeenten en de cliënten tevreden zijn over de kwaliteit van dienstverlening. Is dit niet het geval, dan wordt de overeenkomst ook niet verlengd. Daarnaast verwachten we een aantal overeenkomsten te kunnen beëindigen omdat er niet of nauwelijks meer gebruik van wordt gemaakt. Hiermee creëren we een mogelijkheid voor eventuele innovatieve nieuwe aanbieders.

Verlengen betekent niet dat alles een jaar bij het oude blijft. Binnen de bestaande mogelijkheden zoeken we naar innovaties, zoals nieuwe productcombinaties. Ook de budgettaire ruimte wijzigt de komende jaren en zal van invloed zijn op de omvang van de overeenkomsten.

Daarnaast starten we in het najaar van 2015 met het ontwikkelen van resultaatafspraken in goed overleg met de zorgaanbieders.²⁰ Alleen samen met hen kunnen we resultaatomschrijvingen maken en bovendien kunnen we gebruik maken van de ervaringen die sommige zorgaanbieders al hebben met vormen van resultaatbekostiging. En we willen gebruik maken van de ervaringen die het Zorgkantoor op dit terrein al heeft opgedaan. We koersen op het starten van pilots in 2017, vooruitlopend op een nieuwe verwerving voor de periode na 2018.

Acties	Resultaat	Planning
Ontwikkelen bekostigingsmodellen	Bekostigingsmodel op basis van resultaat	2015 en 2016
Start pilots bekostigingsmodellen	Inzicht in succes- en faalfactoren	2017

²⁰ Overigens zal niet elke dienstverlening vertaald kunnen worden in een bekostigingsmodel gericht op resultaatsfinanciering.

	bekostigingsmodellen	
Start verwervingstraject	Beschikbaarheid van integrale voorzieningen sociaal domein	Begin 2017
Collegebesluit	Besluit over verwervingsstrategie en bekostigingsmodellen voor de periode vanaf 1 januari 2018	Maart 2017

9. Thema 4: Preventie

Waarom	Wij vinden dat (escalatie van) problemen van burgers voorkomen kan worden door preventief en tijdig te interveniëren
Hoe	We versterken de preventieve kracht van de basisinfrastructuur en we betrekken stakeholders die een gedeeld belang bij preventie hebben.
Actie	We gaan in gesprek met mensen 'uit de praktijk' om te zoeken naar concrete aangrijpingspunten We maken afspraken met stakeholders over gezamenlijke preventieve aanpakken en shared savings

Een belangrijke functie van de basisinfrastructuur is preventie. De voorzieningen in de basisinfrastructuur staan dicht bij de burger, in de wijk. Zij kunnen vroegtijdig signaleren waardoor tijdig interventies kunnen worden ingezet om escalatie van problemen te voorkomen. Hierdoor kan een beroep op specialistische ondersteuning worden vertraagd of voorkomen.

We gaan op zoek naar concrete aangrijpingspunten om de preventieve kracht van de basisinfrastructuur te versterken. Hiervoor gaan we met een aantal zorgaanbieders op uitvoeringsniveau, maar ook het sociaal wijkteam en het CJG in gesprek. Deze mensen 'uit de praktijk' kennen genoeg casuïstiek waarbij achteraf kan worden vastgesteld dat eerder ingrijpen of andere interventies escalatie van problemen had kunnen voorkomen of eerder kon worden afgeschaald.

Wij organiseren dit gesprek in het najaar van 2015 voor de domeinen werk en inkomen, jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning. De resultaten hiervan betrekken we bij de meerjarige subsidieafspraken die we maken met de organisaties in de basisinfrastructuur. Het kan echter ook goed zijn dat op basis van deze inventarisatie andere interventies nodig zijn, bijvoorbeeld het aanpassen van verordeningen of afspraken met derden om belemmeringen die eenvoudige en relatief goedkope oplossingen in de weg staan, weg te nemen.

Naast het zoeken van concrete aangrijpingspunten voor preventie, zijn er ook andere vormen van interventies waarvan het preventieve effect pas op de langere termijn zichtbaar wordt. Dat geldt bijvoorbeeld voor gezondheidspreventie, financiële zelfredzaamheid en preventie van schulden. Ten aanzien van de laatste twee: in het najaar wordt een nieuw beleidsplan schulddienstverlening met aandacht voor preventie en nazorg voorgelegd, evenals het geactualiseerde minimabeleid. Het kan daarbij helpen om preventie op een positieve manier te benaderen. We moeten niet alleen kijken naar wat er mis gaat en op basis daarvan interveniëren. We moeten keuzes van burgers niet veroordelen maar zoeken naar de succesfactoren voor gedragsveranderingen. Preventie is niet alleen 'hoe voorkomen we dat mensen ondersteuning nodig hebben', maar vooral 'hoe zorgen we ervoor dat mensen zelfredzaam zijn?'

In plaats van 'ziekte en zorg', zetten we 'gezondheid en gedrag' centraal. Dit impliceert een bepaalde visie op gezondheid. Het gaat niet meer om 'compleet welbevinden' (de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie), maar om de veerkracht om te gaan met psychische of fysieke tegenslagen. Deze veerkracht moeten we versterken en daar moeten we al op jonge leeftijd mee beginnen. Als we al vroeg werken aan de veerkracht van kinderen, zullen ze op latere leeftijd beter om kunnen gaan met tegenslag.²¹

²¹ Dit is een vrije vertaling van de visie van dr. Machteld Huber, arts-onderzoeker aan de Universiteit van Maastricht.

Deze omslag in denken komt onder andere tot uiting in de GG-visie. Deze visie gaat uit van gezondheid en gedrag (GG) in plaats van ziekte en zorg (ZZ). We onderzoeken de praktische toepasbaarheid van deze visie en nodigen een aantal betrokken partners in de stad uit om dit met ons te doen.

Preventie vergt dus een investering, en misschien ook wel meer dan de basisinfrastructuur nu aankan. We gaan ook het gesprek aan met andere stakeholders die belang hebben bij preventie, zoals het zorgkantoor en de zorgverzekeraar. Er is een gezamenlijk belang de kracht van preventie te versterken. Daarnaast is het van belang om de baten van preventie met elkaar te delen (shared savings). Preventieve aanpakken in het gemeentelijk domein leiden immers ook tot besparingen en het verzekerd domein.

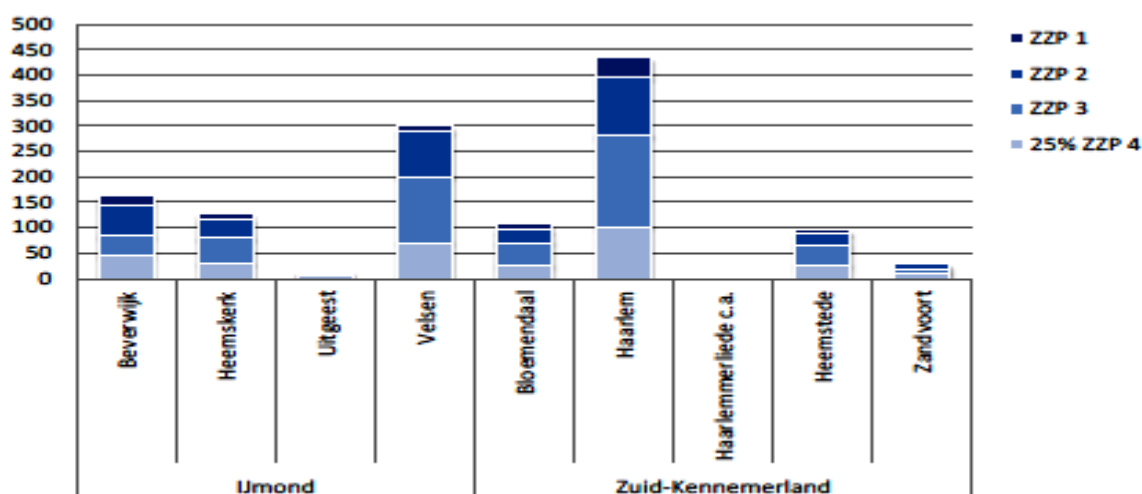
Acties	Resultaat	Planning
Werksessies met uitvoerders en stakeholders	Inzicht in mogelijke preventieve maatregelen, implementatie via subsidieverlening basisinfrastructuur.	Najaar 2015
Opstellen plan van aanpak	Implementatie preventiemaatregelen, bijvoorbeeld via subsidieafspraken basisinfrastructuur	2016 en verder
Onderzoek nieuwe preventieve methodieken (GG-visie)	Inzicht in nut en draagvlak bij partners in de stad voor het implementeren van deze visie	September 2015
Gesprek met zorgverzekeraar	Geformaliseerde samenwerkingsafspraken	Najaar 2015
Collegebesluit	Ondertekenen convenant zorgverzekeraar/zorgkantoor	Eind 2015
Collegebesluit	Geactualiseerd beleidsplan schulddienstverlening	Najaar 2015
Collegebesluit	Geactualiseerd minimabeleid	Najaar 2015

10. Thema 5: Langer zelfstandig wonen

Waarom	Wij willen dat burgers zo lang mogelijk zo zelfstandig mogelijk in hun eigen omgeving willen blijven wonen
Hoe	We organiseren nieuwe verbindingen tussen sociaal, wonen en leefomgeving
Actie	We verbinden partijen in een plan van aanpak 'Langer zelfstandig wonen'

10.1 Langer zelfstandig wonen

De hervorming van de langdurige zorg leidt ertoe dat mensen *langer* zelfstandig thuis blijven wonen of *weer* zelfstandig gaan wonen. Dit geldt voor alle doelgroepen van zorg: kwetsbare ouderen, mensen met een verstandelijke beperking, een psychische problematiek of een lichamelijke beperking. Opname in een instelling ligt steeds minder voor de hand. Door RIGO Research en Advies is onderzoek verricht naar de effecten van het gewijzigde Rijksbeleid in de regio's Zuid Kennemerland en IJmond. Dit heeft geleid tot de in juni 2015 opgeleverde rapportage 'Wonen met zorg in IJmond en Zuid Kennemerland'. Figuur 1 geeft een beeld van de toename van de zelfstandig wonende personen met een zorg- of begeleidingsbehoefte in Zuid Kennemerland en IJmond in de periode 2014-2025²².



Voor de groepen met lichte beperkingen (ZZP 1 en 2, in totaal 740 personen) is het de verwachting dat zij over het algemeen in hun huidige woning zullen blijven wonen, uiteraard onder de voorwaarde van ondersteuning en mogelijk met enige aanpassingen aan de woning. Voor de groep met beperkingen die voorheen leidde tot een ZZP 3 of 4 (810 personen) geldt dat in bepaalde gevallen verhuizing naar een beschermde/beschutte woonvorm wenselijk is.

Voor ouderen die reeds in een instelling verblijven geldt dat zij, ook met een lage ZZP, intramuraal kunnen blijven wonen. Voor ouderen met een recente indicatie of een toekomstige zorgbehoefte geldt dat het merendeel zelfstandig zal blijven wonen, al dan niet met ondersteuning. In de regio's Zuid Kennemerland en IJmond samen zullen in de periode 2014-2025 – naar verwachting– 1.280 ouderen te maken krijgen met beperkingen. Beperkingen die tot voor kort konden leiden tot een

²² Bron: Aantal indicaties 2014: CIZ: Prognose: RIGO op basis van Pearl-prognose en instroomgegevens van de Nationale Zorgautoriteit (in RIGO-rapport)

opname in een verzorgings- of verpleeghuis. Een deel van deze kwetsbare ouderen zal behoefte hebben aan een beschermde woonomgeving met begeleiding.

Ook inwoners die verblijven in GGZ-instellingen en inwoners met een licht verstandelijke beperking zullen meer zelfstandig gaan wonen. Op landelijk niveau worden naar verwachting 30% minder cliënten toegelaten tot de intramurale zorg. Voor het aantal nu intramuraal verblijvende cliënten in de VG, LG/ZG, GGZ in de regio's Zuid Kennemerland en IJmond is geprognostiseerd dat 1.310 mensen moeten uitstromen naar een woning met extramurale begeleiding. Een deel van hen zal eveneens behoefte hebben aan een meer beschermde woonomgeving met begeleiding.²³ Onderstaande tabel toont het aantal per 1-7-2014 verleende indicaties voor verblijf per te extramuraliseren doelgroep naar de gemeente.

		Beverwijk	Heemskerk	Uitgeest	Velsen	IJmond	Bloemendaal	Haarlem	Haarlemmerliede c.a.	Heemstede	Zandvoort	Zuid-Kennemerland	totaal
VG	1 & 2 (per 2013)	20	20	5	40	85	0	85	0	0	0	85	170
	50% van 3 (per 2015)	23	18	3	45	88	8	78	0	18	0	103	190
LG/ZG	LG 1 en 3 (per 2016)	5	0	0	5	10	0	25	0	10	0	35	45
	ZG 1 (per 2016)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GGZ	GGZ 1 en 2 (per 2013)	5	5	0	10	20	0	30	0	0	5	35	55
	C pakketten (per 2015 naar CG)	80	15	0	95	190	40	365	0	25	55	485	675
	B naar ZVW	0	0	0	5	5	155	15	0	0	0	170	175
totaal		133	58	8	200	398	203	598	0	53	60	913	1.310

Bron: CIZ (in RIGO rapport)

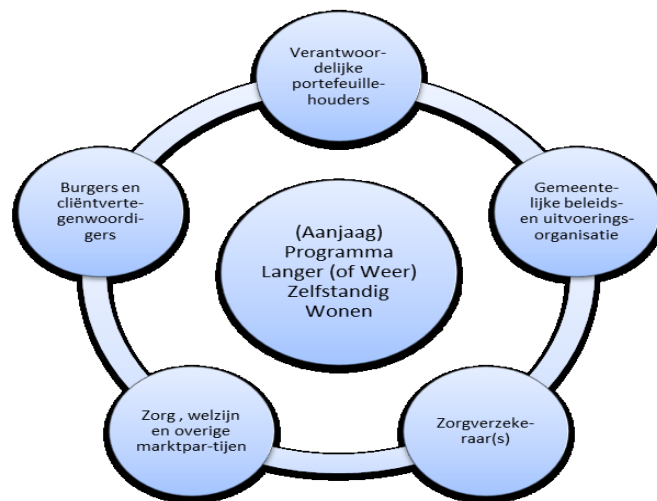
Voor kwetsbare ouderen en inwoners met een beperking zijn de volgende aspecten, en onlosmakelijk met elkaar verbonden, essentieel bij het langer zelfstandig wonen:

1. De woning moet geschikt zijn;
2. De woonomgeving moet veilig en toegankelijk zijn;
3. Voorzieningen, benodigde ondersteuning en/of zorg moeten bereikbaar of beschikbaar zijn.

De specifieke eisen waar een woning of woonomgeving aan moeten voldoen en de benodigde ondersteuning varieert per doelgroep. Voor een adequate beleidsvoering ten behoeve van het zelfstandig wonen van de verschillende doelgroepen is een goed beeld van de (ontwikkeling van de) vraag- en aanbodfactoren essentieel. De verdere ontwikkeling van de WonenZorgWelzijn-monitor, waar vraag en aanbod ook gekoppeld worden aan demografische en sociaal economische trends, is daarom een belangrijke factor in het ondersteunen van het langer zelfstandig wonen.

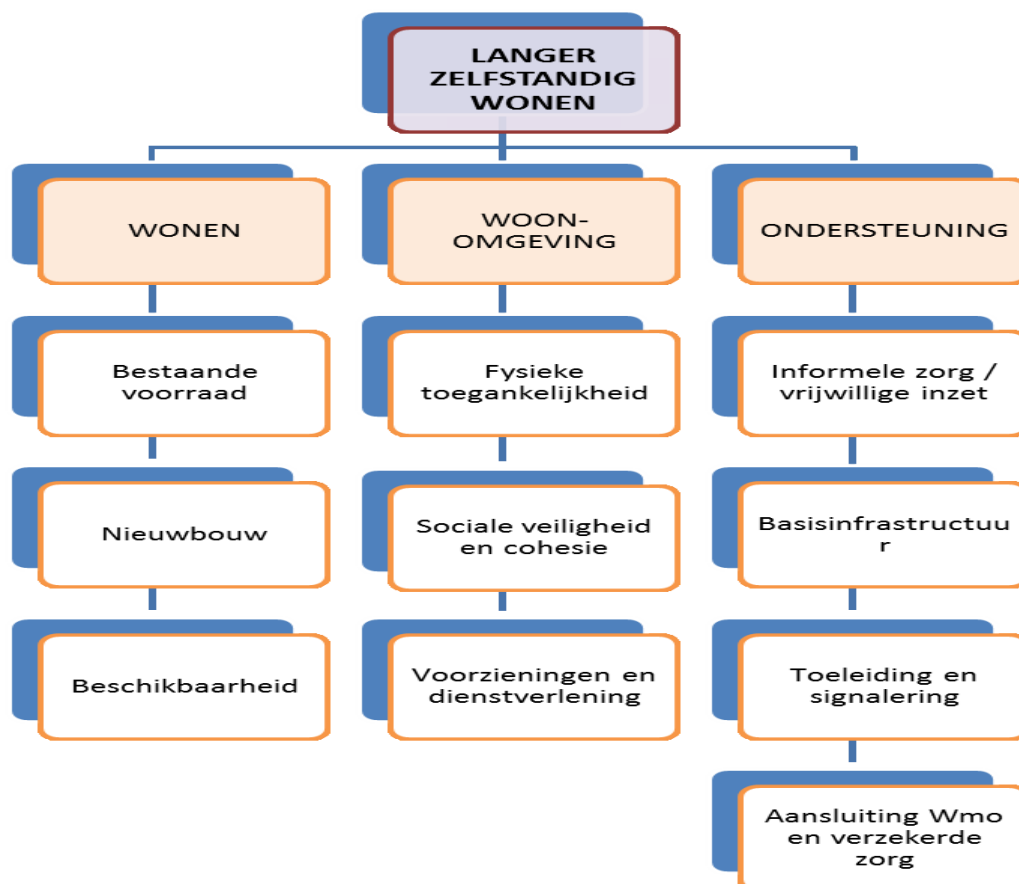
Het programma Langer Zelfstandig Wonen is een stimuleringsprogramma. Het vervult een padbereidersrol in het (vernieuwend) verbinden en afstemmen van partijen met als doel: het creëren van goede randvoorwaarden voor 'langer zelfstandig wonen'. Binnen de gemeente betreft het een (hoofd)afdelingsoverstijgend programma, extern is het gehele veld van wonen, welzijn en zorg betrokken (Zie Figuur 2).

²³ VG: Verstandelijk Gehandicaptenzorg, LG/ZG: Lichamelijk/Zintuigelijk gehandicaptten, GGZ: Geestelijke Gezondheidszorg.



In het het programma Langer Zelfstandig Wonen worden knel- of verbeterpunten thema's op het vlak van wonen, woonomgeving en ondersteuning (en de hiervoor relevante informatievoorziening) in relatie tot het ingezette extramuraliseringsbeleid aangepakt. Het programma richt zich primair op:

- 1) de beschikbaarheid van geschikte woningen en woonconcepten, zowel lokaal (voor bijv. kwetsbare ouderen) als in de regio (bijv. uitstroom Maatschappelijke Opvang) en
- 2) de ontwikkeling van een sterke wijkinfrastructuur.



10.2 (Weer) zelfstandig wonen

Er is sprake van toenemende schaarste op de sociale woningmarkt, terwijl de vraag naar betaalbare huurwoningen alleen maar toeneemt. Naast de wettelijke huisvestingstaakstellingen die de gemeente kent, stikt de uitstroom uit voorzieningen voor beschermd wonen of de maatschappelijke opvang, waardoor mensen onnodig lang in een dure voorziening verblijven. Dit vraagstuk wordt alleen maar groter nu in Haarlem een aantal nieuwe opvangvoorzieningen start voor specifieke doelgroepen.

Voor de verschillende opvangvoorzieningen worden op dit moment met de betrokken ketenpartners samenwerkingsafspraken vastgelegd. Voor beschermd wonen wordt in 2016 een regionaal beleidsplan voorbereid. Uitstroom naar zelfstandig wonen zal in beide terugkomen.

Acties	Resultaat	Planning
Opstellen plan van aanpak	Concreet plan van aanpak met acties, beoogde resultaten en planning	Najaar 2015
Collegebesluit	Regionaal beleidsplan beschermd wonen	1 ^e kwartaal 2016

11. Regionale samenwerking

In het sociaal domein werken we nauw samen met de gemeenten in Zuid en Midden Kennemerland. Op onderdelen geldt dat ook voor de gemeente Haarlemmermeer. Daarnaast is de gemeente Haarlem voor een aantal taken centrumgemeente: beschermd wonen, maatschappelijke en vrouwenopvang.

We willen de regionale samenwerking voortzetten daar waar er sprake is van een gezamenlijk belang. Dat geldt in ieder geval de samenwerking met het zorgkantoor/de zorgverzekeraar, verwerving en bekostiging (inclusief nieuwe arrangementen, arbeidsmatige dagbesteding, doelgroepenvervoer) en het thema langer zelfstandig wonen.

12. Participatie

Bij het opstellen van de transformatieprogramma hebben verschillende organisaties een bijdrage geleverd:

- Bureau Vereniging Bedrijfstak Zorg: A. de Jong (programmamanager wonen welzijn zorg)
- Bestuur vereniging Bedrijfstak Zorg: A. Schouten (bestuurder Zorgbalans), J. Bauer (bestuurder Hartekampgroep), I. ter Haar (bestuurder RIBW)
- GGD: H. Berkhout (Programmamanager)
- CJG
- Participatieraad Haarlem
- Adviesraad Zandvoort
- Dock: D. Jansen (Directeur)
- Haarlem Effect: V. de Kwant (Directeur)
- Kontext: M. Huisman (Directeur)
- Pluspunt: A. Rechterschot (Directeur)
- Discussieronde met vertegenwoordigers van zes kerkelijke organisaties
- Discussieronde met twintig organisaties aangesloten bij Netwerk Vrijwilligershulp Zuid Kennemerland