



S t i p o
c o n s u l t
ruimtelijke productstrategie
en -ontwikkeling

Sterke schakels

Haarlemse visie op wonen welzijn en zorg



Maart 2004

Voorwoord

Een jong startersgezin met een dubbel gehandicapt kind in een (te) kleine woning in de Leidse buurt. Een ouder echtpaar dat graag samen met anderen een moderne variant van de Haarlemse Hofjes wil starten, een bijna blinde oudere dame die heel graag in haar eigen omgeving in Noord wil blijven wonen en een instelling die graag een project wil starten voor zelfstandig wonende mensen met een verstandelijke beperking in Schalkwijk.

Dit zijn zomaar wat voorbeelden van de vraag naar wonen, welzijn en zorg waar niet zo makkelijk een antwoord op gegeven kan worden. Daarnaast kent u ongetwijfeld voorbeelden vanuit uw familie, kennissenkring of misschien zelfs wel van uzelf. In de praktijk is er sprake van een woud aan voorzieningen en regels en zijn er veel knelpunten. Verder spelen maatschappelijke ontwikkelingen een rol: rijksbeleid dat er naar streeft dat zorg meer in de eigen vertrouwde omgeving moet plaatsvinden, de vergrijzing van de samenleving en ontgroening van de stad, individualisering draagt bij aan vereenzaming en eisen aan de woonkwaliteit worden hoger. Wat is hierop het antwoord van de gemeente en de partners?

De partners in het veld, zoals woningcorporaties, zorginstellingen en welzijnsorganisaties ontwikkelen op dit moment allerlei ideeën om antwoord te geven op de bovengenoemde problematiek. Niet alleen deze instellingen roeren zich, ook zorgvragers zelf, al dan niet ondersteund door belangenverenigingen laten steeds meer van zich horen. Belangrijk in al deze initiatieven is de rol die toebedacht wordt aan de overheid. De roep om regie en – vraaggerichte – sturing is luid en ligt ook voor de hand. De gemeente neemt deze vraag serieus en zal in de toekomst nadrukkelijker aanwezig zijn omdat er veel te winnen valt met het in kaart brengen van alle initiatieven en de noodzakelijke afstemming daartussen. Wel is zij zich bewust van het feit dat haar regierol zich beperkt tot datgene waar zij daadwerkelijk iets over te zeggen heeft.

In deze nota "Sterke Schakels" stelt het College daarom een aantal kaders om te komen tot wat in de praktijk genoemd wordt de gewenste zorg op de juiste plek op het juiste moment. Sterke Schakels bouwt overigens voort op de ideeën zoals die reeds door de partners in het veld zijn ontwikkeld. Uitgangspunt is dat mensen die zorg nodig hebben – in tegenstelling tot wat vroeger gebruikelijk was – net als andere burgers kansen krijgen om aan het maatschappelijk leven deel te (blijven) nemen en daarbij eigen keuzes maken. Ondanks het feit dat de huidige woningmarkt weinig ruimte laat, zullen er woningen moeten komen voor ouderen en mensen met een beperking, waarin zo lang mogelijk gewoond kan worden. Daarbij speelt bereikbaarheid van de woning, toegankelijkheid van de woning als wel de aanwezigheid van zorg- en welzijnsvoorzieningen in de directe omgeving een belangrijke rol.

Zoals gezegd de overheid speelt een belangrijke rol in dit proces. Helaas beschikt zij hier over te beperkte middelen. Daarom nodigen wij u allen uit om gezamenlijk met ons mee te denken en te bezien waar uw rol en onze rol elkaar kunnen aanvullen en versterken zodat invulling gegeven kan worden aan het streven om 'de gewenste zorg en welzijn in de juiste woonomgeving op het juiste moment' te bewerkstelligen. Daarmee wordt Haarlem voor een nog grotere groep bewoners aangenaam.

Deze visie ligt er dankzij de inbreng van vele partners in het veld (cliënten- en ouderenorganisaties, welzijnsinstellingen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, woningcorporaties, andere overheden en particuliere aanbieders) die wij zien als de 'co-makers' van "Sterke Schakels". Dankzij hun inbreng tijdens de conferentie, de bilaterale gesprekken die wij hebben gevoerd en de schriftelijke reacties die we hebben gekregen ligt er nu een aangescherpte en verdiepte visie. De vele organisaties die hebben bijgedragen staan vermeld in de colofon.

De partners in het veld hebben over het algemeen de visie positief ontvangen en gevraagd om een verdere uitwerking ervan. De sterke nadruk op welzijn voor preventie van zorg en de integrale benadering krijgen veel waardering, wel vraagt men om een invulling van het begrip 'welzijn'. De uitgangspunten uit de visie sluiten over het algemeen goed aan bij de richtingen die zij zelf inslaan. Zij tonen grote inzet met de vele initiatieven die al lopen en erkennen de noodzaak om hiervoor de handen verder ineen te slaan. De bereidheid om aan de uitvoering mee te werken is groot. Partners waarderen voorts de aanpak van het traject, en het feit dat de gemeente intern door de sectoren heen een duidelijk aanspreekbaar Themateteam voor wonen, welzijn en zorg heeft opgericht en benadruken dat deze werkwijze ook bij de uitvoering nodig blijft.

Wel hebben zij kanttekeningen geplaatst bij de haalbaarheid en betaalbaarheid van de ambities. Dit hebben wij in deze nieuwe versie van de visie verwerkt. We rekenen erop dat maatschappelijke partners en marktpartijen zich net als wij inzetten en middelen vrijmaken voor kansrijke initiatieven en beleid die een gefaseerde uitvoering van de visie ondersteunen.

Mimi Rietdijk
Wethouder Volkshuisvesting

Ruud Grondel
Wethouder Volksgezondheid
en Welzijn

Sterke schakels

Haarlemse visie op wonen welzijn en zorg

Maart 2004

Inhoud:

| | |
|--|----|
| 1. Een dringend vraagstuk | 4 |
| 2. De vraag centraal | 5 |
| 3. Van wonen eerst naar welzijn en dan pas naar zorg | 11 |
| 4. Visie op de stad in relatie met: voor wie willen we bouwen?..... | 15 |
| 5. Een rechtvaardige ruimteverdeling..... | 16 |
| 6. Naar wonen-welzijn-zorg milieus | 19 |
| 7. Visie = (ook) aanpak, aanzet regierol | 20 |
| | |
| Bijlage 1: kerngegevens | 25 |
| Bijlage 2: Wet- en regelgeving Welzijn en Zorg; huidige situatie en ontwikkelingen | 27 |
| Bijlage 3: Bronnenlijst | 30 |
| Colofon | 31 |

*Alle foto's in deze visie zijn ontleend aan 'Het beste van drie werelden, de architectuur van wonen en zorg',
Architectuur Lokaal, 2002*

1. Een dringend vraagstuk

Maatschappelijke veranderingen

Steeds meer mensen met lichamelijke, verstandelijke of psychische beperking gaan zelfstandig wonen; ouderen blijven langer zelfstandig wonen. De tijd dat mensen met een zorgbehoefte vooral in de zorginstellingen werden opgevangen, ligt achter ons. In de komende periode zullen instellingen de zorg steeds meer in de eigen woonomgeving verlenen. Die beweging, aangeduid met het begrip 'vermaatschappelijking van de zorg', is al enige tijd gaande en wordt in de komende jaren alleen maar sterker. Het gaat om mensen uit alle leeftijdsgroepen: jongeren, mensen van middelbare leeftijd en ouderen.

Naast vermaatschappelijking is individualisering een invloedrijk maatschappelijk proces bij het wonen, welzijn en zorg. Het leidt tot hogere kwaliteitseisen en per individu een omvangrijkere claim op de ruimte.



Mensen die zorg nodig hebben moeten net als andere burgers kansen krijgen om aan het maatschappelijke leven deel te nemen en daarbij eigen keuzes te maken. Nog te vaak zijn woningen, voorzieningen, verenigingen en buurten niet toegesneden op hun behoeften. Er vallen gaten in de keten van wonen naar welzijn en zorg. Wil het wonen in de wijk werkelijk een succes worden dan zullen mensen met een beperking en ouderen meer mogelijkheden moeten krijgen om in de eigen omgeving aan activiteiten deel te nemen en een sociaal

netwerk in stand te houden of op te bouwen. Niet alleen zijn er verschillende mensen, er zijn ook verschillende mogelijkheden. Wij willen dat mensen vanuit die eigen mogelijkheden bij kunnen dragen aan een zinvolle samenleving. Individuele cliënten moeten ondersteuning op maat krijgen om een zinvolle plaats in de samenleving in te nemen. Maar er ligt ook een opdracht voor de samenleving als geheel. Inspanningen van de gemeente, andere overheden, verenigingen, vrijwilligers en maatschappelijke organisaties en een goede samenwerking tussen al deze instellingen zijn hard nodig. Een goede relatie tussen wonen, welzijn en zorg is van belang.¹

Haarlem moet dit doen in de specifieke omstandigheden van een stad: er is gebrek aan ruimte en grond, de doorstroming op de woningmarkt is een groot probleem en zorgvragers met verschillende leefstijlen en culturele achtergronden moeten keuzemogelijkheden hebben.

'Sterke schakels'

Om die reden heeft de gemeente Haarlem deze visie uitgewerkt onder de noemer 'sterke schakels'. De keten van wonen naar welzijn en zorg kent nu nog te veel zwakke schakels. Deze visie is de basis om daarin met vele andere betrokken organisaties verandering in aan te brengen. Onze visie kent vijf essenties, die we in de volgende hoofdstukken uitwerken:

1. de vraag van individuele cliënten moet (meer) centraal staan
2. bewust hanteren we deze volgorde: van wonen eerst naar welzijn, en dan pas naar zorg
3. wonen, welzijn, zorg zijn onderdeel van de totale visie op de stad
4. we verdelen de schaarse ruimte in de stad zo rechtvaardig mogelijk; dit geldt ook voor wonen, welzijn en zorg dat we vanuit het totaal van alle ruimteclaims benaderen
5. de visie bevat niet alleen inhoudelijke doelstellingen, maar ook voorstellen voor een aanpak van het vraagstuk.

¹ Deze inleiding is grotendeels gebaseerd op: Voorbereidend document Kringbijeenkomst Wonen, welzijn en zorg; georganiseerd door het Kennisnetwerk X-S2, met inbreng van de GGD Kennemerland, Stichting De Hartekamp Groep, Stichting Radius, De Geestgronden, Pré Woondiensten, Stichting Haarlem Werkt en diverse medewerkers van de gemeente Haarlem; januari 2003

Initiatiefrijk middenveld en gemeentelijke regie

Het maatschappelijk middenveld in Haarlem pakt de opgave al in vele vormen aan, ontwikkelt nieuwe initiatieven en denkt concepten uit. Daarbij is er de roep om een gemeente die de regie in handen neemt tussen alles wat er loopt en gaat lopen. Met deze visie willen we een verbindend overzicht geven tussen de verschillende deelterreinen van wonen, welzijn en zorg, en daarmee als gemeente 'op tempo komen' met initiatieven uit het veld.

Het is de basis om allereerst de eigen gemeentelijke 'basistaken' goed te regelen en om ten tweede de regierol op te gaan pakken. Dit doen we vanuit het volle besef dat wij als gemeente verantwoordelijkheden delen met allerlei andere betrokken partijen en organisaties.

Wettelijke wijzigingen

Naast de genoemde maatschappelijke ontwikkelingen zijn allerlei wetswijzigingen van belang. Ook op dit gebied speelt er veel. De Wet Maatschappelijke Zorg haalt welzijn uit de AWBZ. Er gaan geluiden op om daar ook de wooncomponent uit te halen en die onder te brengen bij het ministerie van VROM, die daarvoor dan de corporaties een taak geeft. De AWBZ gaat hierdoor meer terug naar de oorspronkelijke bedoeling: de echt onverzekerbare zorg. En de Wet Maatschappelijke Zorg, waarin ook de WVG en de Welzijnswet samenkomen, biedt de gemeente de mogelijkheid voor een vangnet voor alle niet-medische en preventieve zaken. In bijlage 2 is een beknopt overzicht opgenomen van de wijzigingen.

Gelukkiger in een rijtjeshuis

Ellen de Visser in: De Volkskrant, 5 oktober 2002

Omdat in haar geboortedorp een psychiatrische instelling stond, dacht Conny van der Wal te weten wat zich daarbinnen afspeelde. [...] Jaren later werd ze er zelf opgenomen. Het personeel had nauwelijks tijd voor goede zorg. "Een verzamelplaats van leed", omschrijft ze die plek in de bossen. "Ik had er gekker uit kunnen komen dan ik erin ging".

Langdurig verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis is schadelijk voor de gezondheid, erkent Tom van Wel, psycholoog bij Altrecht, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in Utrecht. De eerste keer dat hij op een langverblijfafdeling kwam, was aan de koffie in de grote kannen de suiker en melk al toegevoegd. "Waarmee werd gesuggereerd: jullie kunnen toch niet kiezen, dat doen wij wel". Jarenlange opname, zegt hij, leidt tot lethargie: alles wordt immers geregeld.

Van Wel onderzocht het effect van de terugkeer naar een gewone woonomgeving op het activiteiten-niveau van psychiatrisch cliënten en hun deelname aan de samenleving. [...] Zeven jaar lang volgde hij 129 patiënten die na een langdurige opname in de Willem Arntz Hoeve in Den Dolder kleinschalig in een gewone wijk gingen wonen. Hun functioneren, concludeert hij, verbeterde sterk. Dat succes had vooral te maken met rehabilitatie, een nieuwe hulpverleningsvorm die opgang maakt in de psychiatrie.

[...] Zijn onderzoek steunt het ingezette beleid van vermaatschappelijking, zegt hij. Nog nooit eerder is aangetoond dat verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis zo slecht en rehabilitatie van cliënten zo succesvol kan zijn.

2. De vraag centraal

De **eerste** essentie van onze visie is: de vraag van onze inwoners bij wonen, welzijn en zorg moet centraal staan.

Vraaggerichtheid op gang brengen

Het lijkt voor de hand liggend, maar in de praktijk is dat het niet altijd. Er zijn zeer veel spelers actief op het gebied van wonen, welzijn en zorg. Ieder is bezig vernieuwingen door te voeren of een nieuw aanbod te creëren. Dat partijen vanuit hun aanbod met elkaar om de tafel gaat zitten, en daarover gaan uitwisselen is positief, maar nog niet voldoende. Wij zetten er ons als gemeente voor in om meer vraaggerichtheid in het veld van wonen, welzijn en zorg te brengen. Deze vraaggerichtheid willen we de komende jaren versterken. Verschillende ondersteuningsfuncties en het aanbod zijn al wel behoorlijk vraaggericht vormgegeven. Een groot deel van de diensten van stichting Haarlem Werkt is bijvoorbeeld ontstaan op basis van

signalen van klanten. Een voorbeeld daarvan is de thuisadministratie, die is ontstaan op basis van signalen die zijn opgepikt door het bureau Ouderenadviseurs.

Doelgroepen voor wonen, welzijn en zorg



Iedereen is verschillend, maar voor beleidsontwikkeling is een indeling nodig om beter grip te krijgen op de vraag. We onderscheiden daarom voor wonen, welzijn en zorg verschillende doelgroepen. We houden hierbij voor ogen dat we uiteindelijk bij de uitvoering altijd naar het individu moeten kijken, niet naar het 'label'. Verschillende groepen ouderen, mensen met een beperking, cliënten van de geestelijke gezondheidszorg en revaliderenden. Deze vraagsoorten zetten we af tegen de gradaties van zelfstandigheid of afhankelijkheid.

Bij ouderen maken we gezien het aantal een onderscheid naar (in elk geval) inkomenssituatie, in de verwachting dat dit voor een groot deel bepalend is voor hun vraagpatroon.

Groepen die onder de openbare geestelijke gezondheidszorg vallen (dat zijn mensen die niet uit vrije wil behandeling krijgen) staan in deze visie meer op de achtergrond. Ten eerste omdat we hiervoor al het 'OGGZ-convenant' afsluiten met partners in de regio. Daarmee regelen we al veel wat we hier niet over doen. Ten tweede omdat het in deze visie meer gaat om doelgroepen die uit eigen beweging een vraag hebben of krijgen.

In de tabel hieronder zijn onze doelgroepen voor wonen, welzijn en zorg uitgebeeld. Ieder vakje in deze matrix staat voor een doelgroep:

| Soort woon-welzijn / woon-zorg vraag: | Gradatie van zelfredzaamheid / zelfstandigheid naar afhankelijkheid: | | | |
|--|---|---|--|---------------------|
| | Kan zelfstandig wonen, met enige begeleiding; <u>geen</u> aanpassing woning nodig | Kan zelfstandig wonen, met enige begeleiding; <u>wel</u> kleine aanpassing woning nodig | Woont geclusterd in kleine groep met begeleiding in de buurt / woongroep | 24-uurs begeleiding |
| 1. ouderen met / rond minimum inkomen | | | | |
| 2. ouderen met midden inkomen | | | | |
| 3. ouderen, welgesteld | | | | |
| 4. mensen met lichamelijke beperking (overlapt met ouderen) | | | | |
| 5. mensen met verstandelijke beperking (overlapt met ouderen) | | | | |
| 6. mensen met psychische beperkingen | | | | |
| 7. revaliderende mensen uit het ziekenhuis, met tijdelijke vraag | | | n.v.t. | n.v.t. |

Kerncijfers

Cijfers over de doelgroepen zijn – voor zover beschikbaar – opgenomen in bijlage 1. Daarin staan ook prognoses tot 2016 en een beeld per stadsdeel.

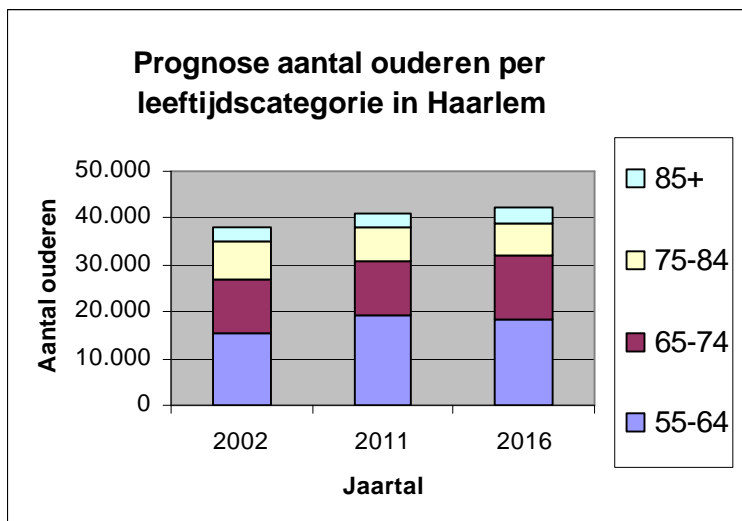
De cijfers die we hebben betreffen ouderen en helaas niet mensen met een verstandelijke en lichamelijke beperking. Over mensen met een psychische beperking is slechts bekend dat er in geheel Haarlem zo'n 90 wonen in geclusterde woonvormen met begeleiding. Uit de verder wel beschikbare cijfers zijn de volgende conclusies voor de vraagontwikkeling in Haarlem te trekken.

Prognose

Haarlem is in vergelijking met andere Nederlandse steden al behoorlijk vergrijsd. Het aantal 55-plussers neemt in de komende periode nog licht toe, van 38.056 in 2002 (26% van de bevolking) naar 42.176 in 2016 (29% van de bevolking). De groei komt vooral door de toename van ouderen in de categorie 55-64 jaar, en na 2011 ook 65-74.

Het totaal aantal 75-plussers, gemiddeld gezien de ouderen die het meest op de zorg zijn toegewezen, neemt in Haarlem als geheel licht af; de oudste ouderen van 85 jaar en ouder nemen

hierbinnen juist weer iets in aantal toe. Binnen Haarlem verschilt deze ontwikkeling wel per stadsdeel (zie hierna). Op grond van deze cijfers is in elk geval te verwachten dat de vraag naar diensten aan huis in Haarlem het meest zal toenemen.

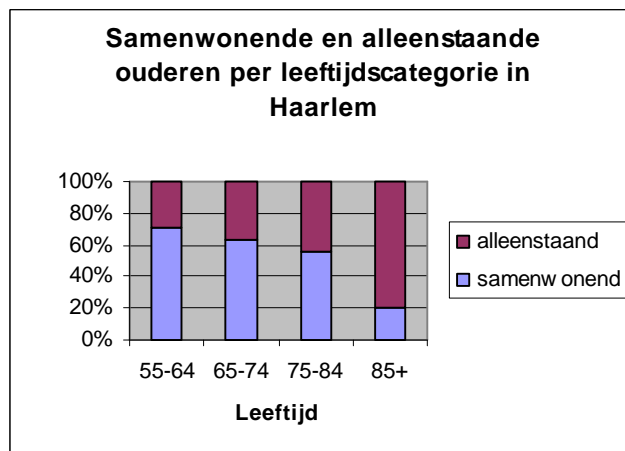


Aandeel allochtone ouderen

Het aandeel allochtone ouderen zal toenemen. Op dit moment is van de oudste ouderen (75+) 9% allochtoon. In de categorie 55-64 is 17% allochtoon.

Samenwonend of alleenstaand

De cijfers laten duidelijk zien dat naarmate ouderen ouder worden, het aandeel alleenstaanden onder hen groeit.



Verhuisbehoefte

Het Woning Behoefte Onderzoek (WBO) laat nog zien dat de meeste 55-plussers met een koopwoning in Haarlem daar ook gewoon willen blijven wonen. Van de ouderen met een koopwoning geeft 18% aan verhuisplannen te hebben. Daarvan wil ongeveer de helft naar een nieuwe koopwoning en de andere helft naar een huurwoning.

Ontwikkeling per stadsdeel

Over de ontwikkeling van de vraag (doelgroep ouderen, andere doelgroepen geen gegevens) per stadsdeel zijn op grond van demografische gegevens en prognoses de volgende conclusies te trekken:

- Stadsdeel Centrum is relatief het minst vergrijsde stadsdeel (17% 55-plussers), Schalkwijk het meest (29%), de andere stadsdelen zijn vergelijkbaar (rond de 26%).
- In alle stadsdelen neemt het aandeel 55-plussers toe.
- Uitzondering is stadsdeel Noord, dat juist 'vergroent': het aandeel 55plussers neemt af van 25% in 2002 naar 21% in 2016.
- Schalkwijk zal nog fors verder vergrijzen: het aandeel 55-plussers neemt toe van 29% in 2002 naar 36% in 2016; vooral het aandeel 75-plussers neemt hier fors toe. (Overigens

- wordt Schalkwijk nu al gezien als een topwijk wat voorzieningen voor ouderen en zelforganisaties van ouderen betreft.)
- Kijken we specifiek naar het aandeel 75-plussers (die gemiddeld gezien de meest zware zorg nodig hebben) dan is het beeld per stadsdeel:
 - o Blijvend laag in Centrum: 3%
 - o Forse toename in Schalkwijk: van 8% in 2002 naar 12% in 2016, de grootste stijging doet zich voor in de periode tot 2011
 - o Lichte afname in Oost, Zuid-West en Noord tot respectievelijk 6, 7 en 5% in 2016.

Zelfstandigheid

Volgens stichting Haarlem Werkt bestaat de doelgroep ouderen voor 45% uit 'selfsupporting ouderen' en voor 55% uit ouderen die een samenhangend advies nodig hebben. Hiervan heeft 6-7% met zwaardere problemen te kampen.

Toekomstgericht

We benaderen de vraag toekomstgericht. We kijken dus niet alleen naar het hier en nu, maar ook naar de vraag die er over tien tot vijftien jaar zal zijn, gelet op landelijke trends. Dat zijn twee lijnen die elkaar in de weg kunnen zitten en waarbij we steeds goed willen bezien hoe we aan de ene kant snel kunnen inspelen op de vraag op dit moment, en aan de andere kant duurzame keuzes kunnen maken door met maatregelen nu al zoveel mogelijk te anticiperen op de toekomstige vraag. In andere gemeenten is bijvoorbeeld te zien hoe de ouderen nu nog graag naar aanleunwoningen verhuizen, terwijl de komende generatie babyboomers vindt dat de voorzieningen naar hen moeten komen. Dit levert een dilemma op: op korte termijn investeren in aanleunwoningen bedient een vraag die er nu is, maar tegelijk is te voorzien dat dit weinig duurzaam is.

Aandachtspunten bij vraaggerichtheid

De vraag is niet statisch. De behoeften veranderen in de tijd, veranderen met de leeftijd en zijn afhankelijk van leefstijlen. Het aanbod moet dus net zo dynamisch zijn. Het is daardoor moeilijk om concrete vragersgroepen te benoemen, met bijbehorende wensenpatronen. Bijkomend gegeven is dat veel mensen pas echt willen nadenken over hun wensen op het gebied van zorg als er een cumulatie van problemen optreedt. Desondanks kunnen bepaalde dominante trends en behoeften benoemd worden, die wonen, welzijn en zorg in grote mate bepalen. De behoefte om zo lang mogelijk zelf regie te kunnen voeren over het eigen leven en zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen is daar een van, evenals de wens om te kunnen kiezen uit verschillende woonvormen en zorgproducten. Ook de behoefte aan garantie op acute onplanbare zorg is een belangrijke reden voor de keuze voor bepaalde woonzorgarrangementen.

Onze partners in het veld geven ook allen aan dat vraaggerichtheid niet mag betekenen 'mensen vragen wat ze willen en dat één op één uitvoeren', omdat dit vernieuwing in de weg staat. Als mensen niet op de hoogte zijn van nieuwe vormen dan vragen ze er niet om. Vraaggerichtheid lijkt meer te liggen in het uitproberen van experimenten voor uitnodigende en vraaggerichte woon- en servicevormen, waarvan er enkele proefondervindelijk succesvol zullen blijken. Voor een pluriform woonaanbod is wedden op meerdere paarden de te volgen strategie: als het ene aanbod mislukt zijn er alternatieven.

Enkele partners signaleren bij vraaggerichtheid wel dat het probleem is dat er structureel meer vraag dan aanbod is. De vraaggerichtheid richt zich daardoor nu niet zozeer op de kwaliteit, maar op 1) de tijdigheid en 2) de beschikbaarheid. Echte keus is er nog lang niet altijd. Dat roept discussie op over de wenselijkheid van concurrentie, omdat een monopoliesituatie gestuurd door de overheid volgens sommige partijen effectiever is. Zij geven aan dat marktwerking in de zorg bovendien beperkt mogelijk is omdat de AWBZ het opbouwen van reserves niet toestaat, wat het nemen van risico's onmogelijk maakt. De gemeente moet volgens hen kaders stellen, randvoorwaarden benoemen en een visie neerzetten.

Concurrentie die leidt tot een ruimere keuze van bewoners en cliënten achten wij positief, juist ook omdat vernieuwing nodig is. Wij realiseren ons dat de overheid hiervoor het overzicht ontbeert. Wel zien we voor onszelf een rol als marktmeester.

We willen tegengaan dat mensen buiten de boot vallen omdat organisaties in hun concurrentie langs elkaar heen werken. Bovendien moet in sommige gevallen, waar de individuele vragen gebundeld kunnen worden tot een collectief, het opdrachtgeverschap helder worden vastgesteld. De overheid zou hierin een rol kunnen vervullen. Eventueel moet er een niet vrijblijvende samenwerking tot stand komen en moet er bijvoorbeeld worden gewerkt met prestatiecontracten.

Specifieke Haarlemse vraag van ouderen

De gesprekken met partners in het veld hebben meer zicht gegeven op enkele specifieke aspecten van de vraag in Haarlem.

Met de meeste ouderen van de toekomst gaat het goed. Zij hebben over het algemeen goede pensioenen. Ouderen van nu (en over twintig jaar) organiseren zelf hun leven en sociale bezigheden, zijn zelfstandig en zijn tot op hoge leeftijd mobiel. De groep ouderen die voor sociale activiteiten naar het buurthuis gaat wordt kleiner. Ouderen in Haarlem zijn goed in staat hun agenda te vullen met activiteiten als theaterbezoek, rommelmarkten, beurzen en vrienden. Zij nemen daarvoor zelf initiatieven. Ouderen zijn minder op de eigen wijk of buurt gericht dan vroeger. Deze groep weet zelf steeds beter de regie te houden over het leven. Met 70 tot 80 procent van de ouderen gaat het nu en in de toekomst prima.

De andere 20 procent is zorgelijk. Deze groep blijft zeker nog wel 20 jaar bestaan. Ouderen zijn tot op zeer hoge leeftijd zeer vitaal. Meestal is de overgang naar een grote hulp-behoefendheid niet geleidelijk maar vrij plotseling, bijvoorbeeld door ziekte. De gemiddelde leeftijd voor het verzorgingshuis was vroeger 65, tegenwoordig 80.

Er komt ook een generatie allochtone ouderen aan die veelal afhankelijk is van de AOW, op een vroegere leeftijd dan autochtone ouderen zorg nodig heeft en met name steunt op mantelzorgers. Aangezien veel van hen de Nederlandse taal niet goed beheersen, zijn vaste intermediairs tussen ouderen en zorgvoorzieningen nodig die de taal spreken, actief de vraag kunnen onderzoeken en goed bekend zijn met de persoonlijke situatie van de zorgvrager. Het persoonsgebonden budget (PGB) is zeer waardevol voor allochtone ouderen: veel van hen hebben hun zorg met mantelzorg georganiseerd waardoor het PGB een bruikbaar middel is voor hen. Ze verwachten meer van hun eigen familie dan van professionele instellingen.

Welzijnsinstelling Centrum Zuid ontwikkelt met de Hogeschool Utrecht manieren om enerzijds de (allochtone) mantelzorger te ontlasten en anderzijds de oudere zorgvrager een goede dienst te verlenen waardoor zijn/haar welzijn toeneemt. Er zijn in Haarlem op korte termijn o.a. veel Indische ouderen die bij elkaar willen wonen.

Een specifieke probleemgroep in de stad zijn de dementerende ouderen; in kleinere gemeenschappen worden zij gemakkelijker opgevangen door hun omgeving dan in de stad. Hiervoor zijn al enkele vernieuwende projecten gerealiseerd in Haarlem, zoals het Draagnet.

Hoe zie ik mijn oude dag?

Uit: Sturen op samenhang in wonen, welzijn en zorg in Noord-Holland, Denktank wonen en zorg, 2003

Mevrouw Jansen woont alleen in een ruime woning met royaal dakterras. Sinds een val van de fiets zes jaar geleden is haar heup beschadigd en is een afstand van 150 meter het maximale dat ze zich te voet kan verplaatsen. Maar met haar scootmobiel kan ze zelf de boodschappen blijven doen en als ze voor haar hobby naar het veilinghuis in de stad wil, neemt ze de taxi en wordt ze voor de deur afgezet.

De staaroperatie van vorig jaar is niet goed gegaan en heeft haar blind gemaakt aan haar rechteroog. De krant lezen op internet kan ze nog zelf met het instellen van de lettergrootte, maar een boek lezen op deze manier zint haar niet. Sinds kort heeft ze hiervoor de dochter van de hulp ingeschakeld die haar dagelijks na schooltijd een uurtje komt voorlezen.

Samen met de andere bewoners van het appartementenblok is een schoonmaakploeg ingehuurd die de wekelijkse schoonmaak doet in alle 40 appartementen.

Nee, in fysieke zin heeft mevrouw Jansen niet te klagen. Maar waar ze wel tegen aanloopt is dat de vriendenkring zo dunnetjes wordt. Veel vrienden wonen verder weg; dat was nooit een probleem zolang iedereen de auto kon nemen. Maar nu zij zelf niet meer kan rijden en veel vrienden niet meer durven te rijden, wordt het contact wel erg spaarzaam.

Keuzevrijheid optimaliseren

Vraaggerichtheid betekent enerzijds: meer zicht krijgen op de vraagketens. Anderzijds betekent het: het optimaliseren van de keuzevrijheid. Wij hebben hier als gemeente vooral een taak voor het wonen en het welzijn (maar ook hier zijn anderen verantwoordelijk: corporaties, ontwikkelaars, vrijwilligers, huurders en woningeigenaren zelf). Het wil niet zeggen dat elke keuze zonder meer is te honoreren. Het wil wel zeggen dat wij er met vele andere partners aan werken de keuzemogelijkheden te vergroten. Uiteraard zijn wij er ons daarbij van bewust dat de variatie aan keuzes bepaald wordt door maatschappelijke grenzen.

Keuzevrijheid betekent in onze ogen dan ook:

- ~ niet *hoeven* verhuizen als je zorg nodig krijgt; we moeten hiervoor mensen individueel in staat stellen langer thuis te blijven wonen
- ~ maar wel *kunnen* verhuizen naar een goed alternatief als je dat wil; zo lang mogelijk in dezelfde woning blijven wonen is niet per definitie de beste oplossing.

Voorzieningen naar de mensen (in plaats van andersom)

Een belangrijk gevolg hiervan is dat de voorzieningen en diensten meer naar de mensen toe moeten en niet de mensen naar de voorzieningen. Wie zorg moet gaan ontvangen moet niet om die reden per definitie hoeven verhuizen. De woonsituatie komt meer centraal te staan. Dit vraagt veranderingen in hoe het welzijn en de zorg zijn georganiseerd: minder in grote instellingen, meer in de wijken en aan huis.



Dit is ook de achterliggende gedachte bij de *extramuralisering*, waarbij inwoners van grote zorginstellingen weer in de woonwijken komen te wonen. Dit mag er in onze ogen nooit toe leiden dat mensen 'over de schutting worden gegoid'. Mensen verdienen hierin een goede begeleiding.

Niet altijd zal het mogelijk zijn diensten of voorzieningen individueel aan te bieden. Soms zal het ook uit kwaliteits- of effectiviteitsredenen niet wenselijk zijn. In die gevallen is het toch te voorkomen dat mensen omdat ze zorg nodig hebben tegen hun wens

naar een voorziening moeten verhuizen, als het vervoer goed is geregeld. Dit betekent dat wij in de keten van wonen naar welzijn naar zorg steeds ook goed met de vervoer- en de andere partners willen kijken naar de rol die het vervoer kan en moet spelen.

Extramuralisering

Op lange termijn is het streven dat mensen die om welke reden dan ook zorg nodig krijgen, dat zoveel mogelijk in hun huissituatie kunnen ontvangen. Hiervoor zijn geschikte woningen en service nodig. Op korte termijn komt daar een extra opgave bij om mensen die nu in verzorgingstehuizen wonen de mogelijkheid te bieden om zelfstandig te gaan wonen. Dit pakt voor verschillende groepen verschillend uit. Om de grootte van deze extramuralisering te kunnen inschatten is het belangrijk om bij de groep die nu in een verzorgingstehuis woont (intramuraal) een onderscheid te maken tussen ouderen en mensen met een lichamelijke, verstandelijke of psychische beperking:

- Voor de ouderen nemen de zorgaanbieders als uitgangspunt dat 10% extramuraal gaat wonen en de overige 90% van de huidige bewoners intramuraal blijft wonen. Het afbouwen van de intramurale voorzieningen vindt bij deze groep plaats door de instroom te beperken.
- Mensen met verstandelijke, lichamelijke of psychische beperking die nu intramuraal wonen komen wel grotendeels extramuraal te wonen. Daarvoor zijn naast aangepaste woningen waar zelfstandig kan worden gewoond, ook kleinschalige beschermde woonvormen in de wijken nodig. Er zijn nu wachtlijsten om in zo'n beschermde woonvorm terecht te komen. Om dit gerealiseerd te krijgen willen wij bij lopende en nieuwe initiatieven goed kijken welke mogelijkheden er zijn om dit soort woonvormen onder te brengen. De afstemming hiervan vindt plaats in regionaal verband.

In de komende 3 jaar wordt in Haarlem en omstreken een uitbreiding verwacht van minimaal 25 plaatsen beschermd wonen en een verdere groei van begeleid zelfstandig wonen.

De welzijnsinstellingen constateren dat zij door de extramuralisering steeds vaker vragers met een al geëscaleerde zorgvraag langs krijgt, waar hun organisatie niet op is ingericht. Tijdige signalering en doorverwijzing naar het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) is van belang.

Intramurale zorg

Er blijft ook altijd nog een deel intramurale zorg nodig als respijt voor schrijnende gevallen en voor zeer intensieve vormen van zorg.

Veel klanten van de geestelijke gezondheidszorg hebben sterk opvallend gedrag waardoor de samenleving ze niet tolereert of ze vallen zelf niet op maar voelen zich enorm bedreigd door de samenleving. Een soort aanleunwoningen is nodig om klanten de veiligheid van het terrein te bieden en de mogelijkheden van de wereld daarbuiten. De behoefte aan intramurale capaciteit voor deze groep zou wel eens kunnen gaan groeien de komende jaren. De tolerantie neemt af in de maatschappij, de zorg per persoon neemt af en er komt meer vraag naar opname.

Verzorgingstehuizen ontwikkelen zich daardoor naar beschermde woonvormen.

Verzorgingstehuizen worden specialistische behandelcentra waar continue 24-uurszorg wordt verstrekt. Door de professionalisering in de thuiszorg zijn we medisch gezien in staat mensen heel lang thuis te houden, zelfs wanneer ze 24-uurs begeleiding nodig hebben. Dat kan op zich tegenwoordig ook met thuiszorg maar je moet je ernstig afvragen of dat effectief en verstandig en houdbaar is.

Het verzorgingstehuis was altijd de voorziening tussen wonen en het verpleeghuis. Dat is nu steeds minder het geval, de verzorgingstehuizen gaan meer op verpleeghuizen lijken.

We willen de mogelijkheden voor zelfstandig wonen zoveel mogelijk uitbreiden, daarvoor zijn meer aangepaste woningen nodig, (welzijns)diensten aan huis en in de wijken en de mogelijkheid voor het leveren van onplanbare acute zorg. Tegelijkertijd willen we ook ruimte bieden voor kleinschalige voorzieningen voor verpleging en zorg en beschermde woonvoorzieningen.

3. Van wonen eerst naar welzijn en dan pas naar zorg

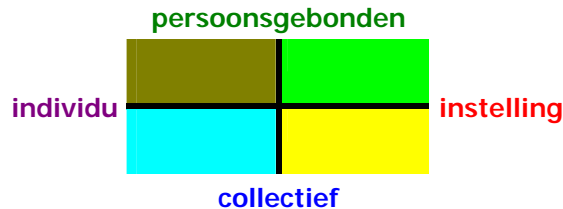
De **tweede** essentie van onze visie is dat we heel bewust spreken over de volgorde: van wonen, naar welzijn, en dan pas naar zorg.

Breuk van wonen naar zorg verzachten

In dit hoofdstuk is een onderscheid tussen ouderen en andere zorgvragers van belang. Bij mensen die een beperking krijgen ontstaat over het algemeen in één keer een zorgbehoefte. Welzijnsdiensten aan huis dragen er voor hen aan bij dat ze gemakkelijker kunnen functioneren. Bij ouderen ontstaat de zorgbehoefte over het algemeen heel geleidelijk. Bij hen is in heel Nederland nu te zien dat ze vaak zo lang mogelijk in hun huis blijven wonen, tot het moment dat het echt niet meer kan. Ze komen dan in één keer in de zorg terecht, in de zin dat ze dan echt intensieve thuiszorg moeten krijgen of naar een tehuis moeten verhuizen. De gemiddelde leeftijdsgrens waarop dit gebeurt ligt rond de 75 jaar. Vaak wordt deze vrij harde 'breuk' in de levensloop veroorzaakt door relatief kleine gebeurtenissen, waarbij het wegvalLEN van het vertrouwen nog langer zelfstandig te kunnen wonen belangrijk is. Recent onderzoek laat zien dat juist in deze fase kleine welzijnsmaatregelen de zelfstandige woonduur kunnen verlengen. Als we de omgevingsfactoren van mensen beter regelen, zoals alarmering, vervoer, boodschappen, onderhoudsdiensten, traplift etc, verlengen we het vertrouwen om zelfstandig te wonen.

Daarom willen we voor deze doelgroepen vanuit de woonsituatie éérs actief kijken naar mogelijke welzijnsmaatregelen, in de zin van kleinschalige diensten aan huis. Zorg wordt bij hen meer het sluitstuk. We stellen ze in staat langer thuis te wonen en verlichten hiermee de druk op de zorg. Welzijn vervult hiermee zijn preventieve functie.

Dit betekent dat we actief moeten gaan werken aan het sluitend krijgen van de keten van wonen naar welzijn naar zorg. Bijvoorbeeld bij ouderen die nog thuis wonen maar steeds meer problemen krijgen goed in kaart brengen wie wanneer over de vloer komt, op tijd signaleren wanneer iemand naar de dokter moet, rekeningen betalen, bijhouden van sociale contacten stimuleren, etc. Ook hierbij is de rol van vervoer belangrijk om goed naar te kijken. Als denkschema is hierbij te hanteren:



In alle vier de kwadranten moet een aanbod zijn. Op dit moment heeft vooral de rechterhelft van dit schema de volle aandacht. In de linkerhelft moet een aanbod nog grotendeels worden georganiseerd. We willen dat wel zò doen dat we niet de rol van mantelzorg overnemen; de gemeentelijke activiteiten mogen er niet toe leiden dat particulieren initiatiefarm worden.

Wij realiseren ons dat de werkelijkheid complexer in elkaar zit dan een simpele fasering van wonen naar welzijn naar zorg. Activiteiten voor welzijn en zorg lopen door elkaar heen. In de praktijk is maatwerk nodig met allerlei combinaties. Maar het gaat ons er wel om dit type denken in Haarlem meer op gang te krijgen.

Verandering van de woningvoorraad

De opgave voor wonen, welzijn en zorg begint bij de woningvoorraad. Ouderen in Haarlem willen boven alles redelijke woonruimte op maat. Het gaat om kleine tot grote (gelijkvloerse) appartementen, afhankelijk van de vraag. Sommigen vinden drie kamers genoeg, anderen willen meer, bijvoorbeeld omdat de (klein)kinderen dan kunnen logeren. Voor mensen met een beperking zijn ook kleinschalige beschermde woonvormen in de wijken nodig. Bij nieuwbouw stimuleren we aanpasbaar en levensloopbestendig bouwen. Ook de corporaties doen dit. We bezien structureel bij elke binnenstedelijke (her)ontwikkeling en herstructureringsproject in hoeverre realisering van woningen voor zorgvragers mogelijk is, waarbij we steeds in acht nemen dat dit één van de vele ruimtevragen betreft. Een voorbeeld van zo'n ontwikkeling is het Spaarnerrein. Het Spaarneziekenhuis vertrekt naar Hoofddorp. Verzorgingstehuis Spaar en Hout blijft en wil in de directe omgeving integrale woonvormen voor mensen met een functiebeperking (geestelijk en lichamelijk) creëren. De grootste opgave ligt in Haarlem echter niet in de nieuwe, maar in de bestaande voorraad, aangezien relatief weinig plekken voor nieuwbouw in aanmerking komen. We kijken daarbij goed naar de WVG voor het onderdeel van woningaanpassingen. De uitvoering van de WVG verschilt per gemeente. Er zijn verschillen in het verstrektingsbeleid. We willen regionaal kijken hoe we daar logischer afspraken over kunnen maken. Wel beschikt Haarlem over een goed georganiseerde korte procedure voor eenvoudige WVG voorzieningen, die efficiënt en klantvriendelijk is.

Stevige ambitie voor welzijn

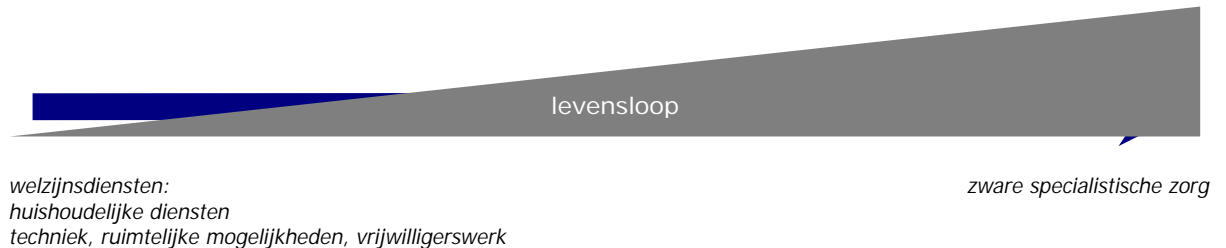
Welzijn benaderen we hierbij vanuit een brede opvatting: het gaat om het welzijn van mensen, een deelname aan het maatschappelijk leven, het hebben van activiteiten, van mogelijkheden voor ontmoeting, ontspanning en ontplooiing. Welzijn staat hier dus niet één op één gelijk aan het huidige welzijnswerk en de buurthuizen; het grootste gedeelte van dit type welzijn is juist daarbuiten te vinden, in de vorm van individuele diensten zoals maaltijden, vervoer, klussen aan huis, administratieve hulp, vrijwilligerswerk, informatie en advies etc.

Als we deze diensten actiever willen kunnen bieden vanuit het gemeentelijke welzijnsaanbod, dan is ten opzichte van het huidige aanbod een forse verandering nodig. Willen we echt met welzijnsdiensten de zelfstandige woonduur kunnen verlengen, dan moeten de diversiteit en de mogelijkheden van individuele diensten omhoog, zodanig dat die voor uiteenlopende doelgroepen aantrekkelijk wordt. Er moet een aanbod zijn waar mensen zo graag gebruik van

maken dat ze erop afkomen, en dat dus niet alleen hen bedient die er nu eenmaal toe veroordeeld zijn. Dat aanbod willen we ook meer in de wijken en deels aan huis organiseren. De mate waarin de verschillende groepen ergens gebruik van maken bepaalt wat ons betreft wat kwaliteit is.

Wat verstaan wij in dit verband onder 'welzijn'

Bij het plaatsen van 'welzijn' tussen wonen en zorg is onze definitie van welzijn belangrijk. Dat is niet analoog aan de in de wet aangebrachte scheiding tussen welzijn en zorg. Het onderscheid tussen welzijn en zorg wordt in de praktijk diffuser. Het onderstaande schema dient om hier meer duidelijkheid in te verschaffen. In de levensloop van ouderen begint de zorgvraag meestal met kleinschalige individuele diensten aan huis en eindigt hij in de echt zware zorg.



De zorgvraag van verstandelijk, lichamelijk gehandicapten mensen met een psychische handicap kent een vergelijkbaar schematisch verloop met dien te verstaan dat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen een chronische handicap die vaak al vroeg in een levensloop optreedt en een handicap wat zich in een latere levensfase voordoet. De "vraag" aan bijvoorbeeld het welzijnswerk bij het zelfstandig wonen komt dan overeen met die van ouderen met een specifieke hulpvraag. Naarmate de levensloop vordert zal ook de zorgvraag voor deze doelgroepen toenemen.

Door in de punt meer te organiseren, neemt de druk op de zware zorg af. Doordat een goed aanbod hier vaak nog ontbreekt is te zien dat mensen lang zelfstandig wonen, een kritische levensgebeurtenis plaatsvindt zoals een partner die overlijdt of een medisch voorval, en ze dan in één keer in de zorg terecht komen. Het vertrouwen zelfstandig thuis te kunnen wonen, zich voldoende veilig en sociaal in een netwerk voelen en de mogelijkheid om de regie over het eigen leven te kunnen blijven voeren zijn belangrijk om dit te voorkomen. Het overgrote deel van bewoners van verzorgings- en verpleegtehuizen (naar schatting zo'n 70%) is daar beland om sociale redenen, niet om medische, die te maken hebben met dit vertrouwen, zekerheid en veiligheid. Nu is te zien dat ze, zolang ze thuis wonen, vaak de deur niet meer uit gaan, in een sociaal isolement terecht komen, in de war raken en dat dat de reden is om naar een tehuis te gaan. Deze groep zou thuis kunnen wonen. Daarvoor is een sociaal en medisch vangnet nodig. Kleinschalige diensten aan huis en vrijwilligerswerk kunnen hierbij een belangrijke preventieve werking hebben, evenals de juiste ruimtelijke mogelijkheden om zelfstandig te wonen (bijvoorbeeld badkamer, toilet en slaapkamer op begane grond) en de juiste techniek.

Nadrukkelijk noemen we ook dit laatste, omdat diensten aan huis vanwege de betaalbaarheid niet voor alles de oplossing kunnen zijn. Zoals één van onze partners in het veld aangaf: "De beste uitvindingen voor de zorg van de afgelopen decennia zijn de magnetron en de afstandsbediening, omdat die mensen in staat stellen langer thuis te blijven wonen." De voorbeelden van vernieuwende toepassingen in Haarlem zijn er: Draagnet is een netwerk waarmee demente ouderen via de televisie en webcams met de verzorgers in contact staan. De SHDH regelt de betaling voor alle interne dienstverlening via de chipknip, ondersteund door opladers in alle huizen, omdat ouderen niet meer in de bank kunnen pinnen en dat buiten onveilig vinden.

Ook het 'reguliere collectieve welzijnswerk' blijft van belang, dat er is voor mensen die niet het geld, het netwerk, de mobiliteit en de actieradius hebben. Mensen die *tegen de samenleving aankijken* in plaats van er zelf aan deel te nemen. Welzijnsinstellingen als Stichting Radius

werken met deze mensen op basis van solidariteit en vrijwilligheid. Ter indicatie: Radius heeft voor deze groepen activiteiten zoals huiskamer groepen, vrijwillige dienstverlening zoals boodschappen doen, vervoer-tot-achter-de-deur (wat verder gaat dan de taxi) en klussen in de tuin. Het rendement van deze diensten is heel hoog. Voor €15.000,- verleent een groep van ongeveer 100 vrijwilligers per jaar ongeveer 5.000 diensten.

Voor het organiseren van de 'punt van de zorg' moet vooral een inhaalslag worden gemaakt met de individuele diensten. Voorbeelden van individuele basisdiensten die Haarlem Werkt en de Thuiszorg nu al leveren zijn kleine klussen, woningaanpassingen, boodschappenservice, vervoer, thuisadministratie; alles op het gebied van individuele gemaksdiensten en welzijnsdiensten waar vraag naar is en wat wonen- of intramurale zorgaanbieders niet leveren.

Kort-cyclisch vrijwilligerswerk faciliteren

Naast een kwaliteitsslag van het welzijnswerk is ook een andere organisatie van het vrijwilligerswerk nodig. Vrijwilligers verzetten al sinds lange tijd enorm belangrijk werk op allerlei gebied, ook dat van wonen, welzijn en zorg. Omgekeerd is het doen van vrijwilligerswerk ook voor veel mensen belangrijk om actief te blijven. Het karakter ervan is echter wel aan het veranderen. Mensen zijn nog altijd bereid om zich als vrijwilliger in te zetten, maar vooral kort-cyclisch en minder uitvoerend. De bereidheid om zich voor langere periode aan een vaste taak te binden neemt af. De vrijwilliger verbindt zich niet meer voor het leven. Bij organisaties die alleen op giften steunen neemt het aantal giften gestaag af. Mensen doen steeds vaker vrijwilligerswerk vanuit hun bedrijf of professie. Zo doen bijvoorbeeld veel fysiotherapeuten en stewardessen in opleiding regelmatig vrijwilligerswerk. Bedrijven bieden vaker vrijwilligers aan en werken samen met vrijwilligersorganisaties.

Dat het vrijwilligerswerk anders wordt, wil niet per definitie zeggen dat het slechter wordt, maar vraagt wel om een andere vorm van ondersteuning. We willen als gemeente kijken hoe we het kort-cyclische karakter van vrijwilligerswerk meer kunnen faciliteren. Dit komt in de plaats van het bestaande beleid ('nieuw voor oud').

Laat onverlet dat voor de komende periode, waarbij we nog zo'n vijf jaar vooruit denken te kunnen kijken, het algemene vrijwilligerswerk willen blijven stimuleren en faciliteren door te zorgen voor meer afstemming tussen – en informatie over - de verschillende bestaande vrijwilligers organisaties.

Voorbeeld: het Meldpunt Vrijwilligershulp

Het meldpunt vrijwilligershulp wordt voor de helft door de gemeente Haarlem en voor de andere helft door het zorgkantoor gefinancierd. De aanvragen bestaan voor 60 tot 70% uit gezelschap, klussen of vervoer. Voor 30 tot 40% is er een unieke of specialistische vraag. Het varieert van oppas tot dierenverzorging. Spoedeisende of regelmatige hulp of zorg kan daarom meestal niet door vrijwilligers worden geleverd. Vrijwilligersbemiddeling kent vanwege die aard van het werk ook een wachttijd. Mantelzorg en vrijwilligerswerk is de eerste schakel in de keten. Professionele zorg zou in het ideale geval aanvullend moeten zijn.

Dergelijke initiatieven op het gebied van vrijwilligerswerk en het aanbieden van individuele welzijnsdiensten willen we in de toekomst nadrukkelijker stimuleren. Met name de nieuwe Wet maatschappelijke zorg biedt daarvoor op termijn een structurele basis.

Dubbele financieringsstructuur

Het organiseren van welzijnsdiensten aan huis of in de woonomgeving met hoge kwaliteit vraagt om een inhoudelijke uitwerking: wat gaan we aanbieden, wat is er meer nodig en met welke kwaliteit. Het vraagt ook om een nieuwe werkwijze en vaardigheden van welzijns werkers. Maar er zit ook een belangrijk organisatorisch vraagstuk aan vast: welke structuren zijn nodig en hoe maken we onze ambities financieel haalbaar?

Voor dit laatste willen we bij het welzijn inzetten op een dubbele financieringsstructuur. We gaan onze welzijnssubsidies echt alleen inzetten voor hen die het nodig hebben, degenen die het zich kunnen veroorloven gaan ervoor betalen. Dat lukt alleen als de genoemde kwaliteit hiertegenover staat. We staan in feite voor de keuze om of met deze financieringsstructuur hogere kwaliteit aan alle groepen te bieden, of welzijn met lagere kwaliteit alleen gesubsidieerd aan te bieden aan de minder draagkrachtige groepen. We kiezen voor het eerste.

We denken dat de HaarlemPas een geschikt instrument is om de dubbele financieringsstructuur in te voeren. Dan is wel nodig dat deze weer alleen beschikbaar wordt aan hen die het vanwege hun inkomen echt nodig hebben en niet meer standaard aan alle 65-plussers.

Onze partners in het veld verwachten een bredere opkomst van een dergelijke dubbele financiering, waarbij het basisaanbod voor minder draagkrachtigen deels wordt gefinancierd door het aanbieden van commerciële diensten. Een persoonsgebonden budget zonder eigen geld dekt de kostprijs van zorg niet. Mensen zonder eigen geld hebben geen keus en krijgen zorg in natura. Voor hen zal verevening van belang zijn.

De HaarlemPas zien de samenwerkingspartners als een goede mogelijkheid om het vereveningsdoel te bereiken. Bij de uitwerking van een dergelijke systematiek vragen de aanbieders aandacht voor een meer gedifferentieerde financieringsstructuur, waardoor mensen met een inkomen net boven het minimum niet de dupe worden van het nieuwe beleid.

We willen hierbij wel vermijden dat de dienst waarmee geld wordt verdiend de meeste aandacht krijgt of zelfs de andere dienst wegdrukt. Concurrentie tussen aanbieders mag de niet-winstgevende activiteiten, waar het eigenlijk om gaat, niet verdringen.

Uitgaande van deze aandachtspunten willen we bij gemeentelijk beleid en initiatieven in de toekomst rekening houden met de dubbele financieringsstructuur, beginnend met een verandering van de inzet van de HaarlemPas.

Funciestelsel en zorgkantoren

Verder willen we onderzoeken in hoeverre de recente verandering in het funciestelsel voor indicaties aan het ontwikkelen van deze nieuwe vormen van welzijnsdiensten kan bijdragen. Het lijkt erop dat met het persoonsgebonden budget mensen met een indicatie ruimere mogelijkheden krijgen om welzijnsdiensten af te nemen.

Daarnaast verlichten welzijnsdiensten aan huis of in de woonomgeving ook de druk op de zorg. We zien hier een gezamenlijke (financiële) verantwoordelijkheid met primair de zorgkantoren en secundair de zorgleveranciers.

Sociale ruimtevraag

Een andere welzijnsstructuur heeft ook ruimtelijke consequenties. Wellicht zullen meer ruimtes in de wijken nodig zijn. We willen actief naar de bijbehorende ruimtevraag van welzijnsactiviteiten in de wijken kijken (zie ook volgende hoofdstuk).

4. Visie op de stad in relatie met: voor wie willen we bouwen?

De **derde** essentie van onze visie is dat we een relatie leggen tussen wonen, welzijn, zorg en de visie op onze stad als onderdeel van de omgeving.

Haarlem is complementair

Haarlem is onderdeel van de Noordvleugel van de Randstad. Het is een zelfstandige stad met eigen cultuur, wortels en voorzieningen, maar heeft tegelijkertijd veel relaties met Amsterdam en de regio. De kracht van Haarlem ligt in de historie, de recreatieve potentie en het woonklimaat.



Haarlem wil en kan niet een complete stad zijn, in de zin dat alle groepen in de stad moeten wonen. Nog afgezien van de vraag wat 'compleet' zou inhouden, is het een realiteit dat steden complementair zijn ten opzichte van hun omgeving en elkaar. De woningmarkt is regionaal open, er liggen relaties met de hele Noordvleugel en er loopt samenwerking in de regio om tot een programmatisch akkoord te komen. Bij dit alles is er het besef dat Haarlem

als stad niet alles zelf kan oplossen, en de stad daarom niet alles in huis moet willen hebben. Dit geldt ook voor wonen, welzijn en zorg. Daarom hechten wij dan ook aan goede dwarsverbanden tussen deze visie en de regionale samenwerking voor wonen, welzijn en zorg.

Stedelijkheid: voorzieningen en aangezicht

Onze opvatting van stedelijkheid is dat er voor de verschillende groepen inwoners van Haarlem van alles te doen en te ondernemen moet zijn. De voorzieningen, en de mogelijkheden die deze voorzieningen bieden voor allerlei ontmoetingen, maken de stad. Daarnaast wordt stedelijkheid bepaald door het aangezicht van de stad. Haarlem heeft een traditie van beeldkwaliteit, zorgvuldige stedenbouw en architectuur, en een sterke leefbaarheid. Dit is wat ons betreft ook nadrukkelijk van toepassing op initiatieven voor wonen, welzijn en zorg.

Gevarieerde bevolking

De stadsbevolking bestaat uit allerlei groepen door elkaar heen: jong en oud, rijk en arm. Dit zien we als kracht en willen we ook voor de toekomst graag zo houden. Haarlem heeft hierbinnen wel het beleid ingezet om in de verhouding van koop-huur een verschuiving naar meer koop te krijgen (OntwikkelingsPlan Haarlem). Voor groepen die zijn aangewezen op sociale voorraad moet er wel een aanbod zijn. De 'kernvoorraad' (de zeer betaalbare woningen) is in Haarlem groter dan nodig is om de doelgroep te huisvesten. Die moet kleiner ten opzichte van het geheel, maar niet ten opzichte van de mensen die hem echt nodig hebben. Ook wonen, welzijn en zorg benaderen we vanuit deze brede, gevarieerde bevolkingsopbouw (en dus niet alleen vanuit de sociale huurmarkt).

Meer doorstroming

Een belangrijke doelstelling in al ons beleid is meer doorstroming op de woningmarkt op gang krijgen. Haarlem is een van de meest geliefde woonsteden van Nederland. Dat heeft er helaas ook toe geleid dat de woningmarkt zeer verstopt is, en dat de jeugd hier moeilijk nog aan een woning komt. In onze ogen levert een goede aanpak van wonen-welzijn-zorg hieraan een belangrijke bijdrage, want juist veel ouderen die nu 'vast' zitten in een naar hun eigen zin te grote woning hebben nu nauwelijks alternatief. Belangrijke opgave voor de komende jaren is om meer alternatief aanbod te creëren en verhuizing actiever en anticiperender te begeleiden. We onderzoeken in ons woonbeleid in hoeverre we dit verder kunnen stimuleren door te gaan verhuren op basis van inkomen of vermogen.

Het beleid om de mogelijkheden voor ouderen om langer zelfstandig te wonen te vergroten kan juist een verdere beperking van de doorstroming tot gevolg hebben. Veel ouderen die in een grote eengezinswoning wonen zouden misschien best willen verhuizen, maar als zij niet het juiste alternatief voor de juiste prijs vinden, blijven ze met het nieuwe beleid juist langer in hun huis wonen.

Wij willen daarom bij nieuwbouw stimuleren dat er levensloopbestendig wordt gebouwd en dat nieuwe woonconcepten met een goede service worden ontwikkeld. We willen de corporaties ondersteunen bij hun ideeën voor een stimuleringsbeleid.

Verder willen we onderzoeken met welke partijen we een verbeterplan voor de particuliere woningen kunnen opzetten. Goede voorlichting aan en bewustwording van inwoners is hiervan belangrijk onderdeel, om ze op tijd te wijzen op de mogelijkheden om zelf aanpassingen door te voeren.

Tot slot is een fundamenteel uitgangspunt dat we streven naar een rechtvaardige verdeling van de ruimte. Hierover gaat het volgende hoofdstuk.

5. Een rechtvaardige ruimteverdeling

De **vierde** essentie van onze visie is dat we de schaarse ruimte in de stad zo rechtvaardig mogelijk willen verdelen. Dit geldt ook voor wonen, welzijn en zorg.

Afweging op totaal ruimtevragen

Wonen welzijn zorg is een belangrijk vraagstuk, maar het is niet het enige dat ruimte vraagt. Het moet geen doel op zich worden waar al het andere voor wijkt. We maken steeds afwegingen vanuit het totaal van alle ruimtevragen. De ruimteschaarste in Haarlem speelt hierin een belangrijke rol.

Gemeentelijke verantwoordelijkheid sociale ruimtevraag

We willen bij die steeds schaarsere ruimte voorkomen dat kapitaalkrachtige functies de zwakkere functies verdringen. Het kan niet zo zijn dat de grootste schreeuwer het beste plekje krijgt. Onze keuze voor verstedelijking in ruimtelijke plannen is onlosmakelijk verbonden met verantwoordelijkheid om ruimte te houden voor sociale en culturele functies in de stad: de Sociale Ruimtevrage.

Die willen en moeten we structureler in kaart gaan brengen. Het ontwerp structuurplan zet hiervoor een aantal belangrijke eerste stappen, maar een verdere uitwerking is nodig. Welke vierkante meters moeten we waar claimen, wat zijn eisen aan de omgeving, hoe organiseren en financieren we dat op wijkniveau, met welke partners? Ook dit doen we toekomstgericht, door ons steeds af te vragen wat over 10 jaar op dit gebied nodig zal zijn.

Daarbij zijn twee aspecten belangrijk:

1. flexibiliteit in ruimtelijke planning krijgen omdat het werkveld van de sociale pijler zeer veranderlijk is
2. doelstellingen van de sociale pijler niet alleen in het structuurplan opschrijven maar ook daadwerkelijk in de uitvoering voor elkaar krijgen (daar gaat het nu nog te vaak mis).

Beide vragen om het op gang brengen van een intensievere samenwerking tussen de sociale en de ruimtelijke denk- en werkwelden, zowel bij de partners in het veld als binnen onze eigen gemeentelijke organisatie. Onderliggend aan deze wens ligt de wens om de sociale ruimtevrage beter in kaart te gaan brengen. Géén nieuwe en grootschalige onderzoeken, maar bundelen van bestaande kennis uit de diverse kennisgebieden.

Twee schaalbewegingen bedienen

Bij de sociale ruimtevrage speelt de schaal waarop we voorzieningen willen organiseren een belangrijke rol. In deze schaaldiscussie zien we twee bewegingen:

- 1) concentratie + kwaliteit,
- 2) nabijheid + kleinschaligheid.

Er is een beweging naar bundeling en daardoor vergroting van de efficiëntie. Tegelijkertijd is er een beweging naar kleinschalige contactennetwerken met klanten. In onze visie hoeven deze twee niet strijdig te zijn. We willen ervoor zorgen dat we ze combineren. Dit is te realiseren door grootschalig organiseren en kleinschalig uitvoeren. Het frontoffice, dat het contact met de klanten verzorgt, moet altijd op klein schaalniveau zijn georganiseerd.

Sociale bedrijfsverzamelgebouwen onderzoeken

In de bestaande wijken is het de vraag hoe we voor allerlei voorzieningen voor wonen, welzijn en zorg ruimte kunnen creëren. Daarbij speelt dat wijken voortdurend van bevolkingssamenstelling veranderen, de economische positie van inwoners verschuift, wensen- en mobiliteitspatronen wijzigen, de ruimtelijke omgeving van karakter verandert, etc. Door de tijd manifesteren steeds andere wensen voor voorzieningen. Het beleid voor verschillende soorten voorzieningen wordt op verschillende plaatsen gemaakt. De financiering is vaak sterk versnipperd geregeld. Dit belemmert het logisch in elkaar overvloeien van ruimtegebruik door de tijd heen (bijvoorbeeld: kinderopvang wordt ouderenzorg als de wijk vergrijs).

Om dit te ondervangen willen we onderzoeken of we in elk van de wijken in Haarlem naar *sociale bedrijfsverzamelgebouwen* kunnen gaan, als concept om duurzaam door de tijd heen wisselende voorzieningenbehoefte onderdak te kunnen bieden. Dit koppelen we aan de discussie over de schaal: niet te grootschalig, maar op welke schaal dan wel? De voorzieningen die voor wonen, welzijn en zorg nodig zijn geven aan deze discussie een belangrijke impuls. Wij willen als gemeente zoveel mogelijk kijken waar we initiatieven en wensen van zorgleveranciers kunnen bundelen, ook ruimtelijk, zodat we een geschikt aanbod in de wijken

kunnen houden. (Dit is een stedelijke variant van het Kulturhus-concept waarmee landelijke gemeenten door bundeling voorzieningen voor cultuur, welzijn, zorg en/of onderwijs overeind willen houden). Corporaties tonen bereidheid te investeren in voorzieningen in de wijken. Zo ontwikkelt Pré Wonen een plan voor een multifunctioneel centrum in de Slachthuisbuurt. Ook willen we kijken hoe we conceptontwikkelaars voor het midden en hoge segment kunnen betrekken bij het organiseren van diensten aan huis vanuit servicepunten in de wijk. De zorgaanbieders tonen zich eveneens bereid om over dit concept mee te denken. Tenslotte moeten we kijken naar reeds bestaande voorzieningen in de wijken of buurten die met niet al te grote ingrepen voor deze wijze van bundeling geschikt gemaakt kunnen worden.

Geen 'gated communities'

Rechtvaardige ruimteverdeling houdt ook in dat de mooie gedeeltes van Haarlem niet worden geprivatiseerd ('gated communities') of alleen voor de rijkere inwoners bedoeld zijn. Iedereen moet mogen wonen in de omgeving van zijn of haar keuze. Dit wil absoluut niet zeggen dat collectieve initiatieven, zoals groepswonen, van deze visie zijn uitgesloten. We verwachten dat hiermee juist prima vormen mogelijk zijn van vertrouwd zelfstandig wonen voor mensen die zorg nodig hebben. Vanuit onze rol van verdeler van de schaarse ruimte zien we er wel op toe dat deze initiatieven zó worden opgezet dat het geen omheinde, naar binnen gekeerde gemeenschappen worden.

Bijzonder voor algemeen, algemeen voor bijzonder

Een belangrijk principe hierbij is 'bijzonder voor algemeen, algemeen voor bijzonder', dat als concept voor IJburg werd uitgedacht en in Haarlem ook al door zorgaanbieders wordt toegepast bij bijvoorbeeld fitnessruimtes: algemene voorzieningen worden opengesteld voor mensen die zorg nodig hebben, maar omgekeerd worden ook voorzieningen voor mensen die zorg nodig hebben in het algemeen voor de buurt opengesteld. Bepaalde buurtvoorzieningen in groepscomplexen kunnen ook prima dienst doen voor andere buurtbewoners. Op deze manier komt een dubbele integratie tot stand: mensen die zorg nodig hebben wonen in de woonwijken, andere groepen inwoners komen bij hun voorzieningen over de vloer. Voorwaarde voor de dubbele integratie is wel dat een voorziening niet te zeer door één groep wordt gedomineerd.

Goed voorbeeld van dit principe is het werk van welzijnsinstelling Centrum Zuid, die al vijf jaar met partners in de zorg en begeleid wonen projecten organiseert om welzijnsaanbod te brengen vanuit de visie dat de bewoners in een zorgcentrum en in de wijk elkaar kunnen ontmoeten. Dit gebeurt met gemeenschappelijke maaltijden, activiteiten en een internet-corner. Ook in andere delen van het stadsdeel worden dergelijke samenwerkingsprojecten gestalte gegeven. Het ontstaan van dergelijke vormen van 'sociale bedrijfsverzamelgebouwen' willen we ook in de toekomst stimuleren.

Woonruimteverdeling

Bij rechtvaardige ruimteverdeling is ook het systeem van woonruimteverdeling belangrijk. Met onze buurgemeenten hebben we hiervoor een regionaal goed werkend systeem opgezet. Wel zijn we momenteel in de regio aan het bezien hoe het aanbod van en de vraag naar aanpasbare en aangepaste woningen meer bijeen zijn te brengen. Woningen die geschikt zijn voor ouderen komen in het huidige systeem niet per definitie aan bod voor ouderen alleen.

Verevening ook bij wonen, welzijn en zorg toepassen

De Nederlandse ruimtelijke ordening kent een lange traditie van het financieren van projecten voor minder draagkrachtigen uit de opbrengst van projecten voor draagkrachtigen. Dit vereveningsprincipe willen we, ondanks de beperkte toepasbaarheid van dit principe ook toepassen op initiatieven voor wonen, welzijn en zorg. Dit zal de ene keer binnen een project zelf kunnen gebeuren (zoals de initiatieven die Humanitas bouwt), de andere keer zal het meer op stadsniveau gebeuren.

6. Naar wonen-welzijn-zorg milieus

De **vijfde** essentie van onze visie is dat we binnen Haarlem naar verschillende wonen-welzijn-zorgmilieus streven.

Enkele bezwaren bij woon-zorg-zone

De laatste jaren is na het woon-zorg-complex de woon-zorg-zone erg in opkomst in het denken. Hoe goed ook de intenties, er zijn enkele belangrijke bezwaren tegenin te brengen. Het eerste bezwaar is dat over het algemeen wordt uitgegaan van 'het' concept voor 'de' woon-zorg-zone. Wij willen geen eenheid, maar gaan er juist van uit dat er meerdere doelgroepen bestaan met verschillende vraag. Daarom kunnen we in onze visie ook niet uitgaan van één concept. Daarnaast willen we het beleid voor wonen, welzijn en zorg niet alleen richten op de mensen die financiële ondersteuning nodig hebben; het maatschappelijke vraagstuk is breder en juist door het breed te benaderen denken we meer doelstellingen te kunnen bereiken. De woon-zorg-zone impliceert daarbij dat er nog steeds een zone bestaat waar iemand heen moet verhuizen als zorg nodig wordt, terwijl dat niet de bedoeling is. En bij ons beeld van stedelijkheid past tenslotte niet dat er al te grote 'zorgconcentraties' in de stad komen. We willen dat wonen, welzijn en zorg overal een onderdeel van de stad als geheel is.

Differentiatie in milieus

Een belangrijk uitgangspunt voor het woonbeleid en voor het ruimtelijk beleid (structuurplan) is dat we uitgaan van differentiatie in de vraag en differentiatie in het aanbod. We spreken daarom over *woonmilieus* (woning+woonomgeving), elk met een eigen karakter en onderscheidend en aanvullend ten opzichte van elkaar. Er zijn binnen Haarlem als het ware verschillende 'stadslandschappen' te herkennen, die elk hun eigen sfeer hebben en hun eigen publiek trekken. De vraag van kopers en huurders van woningen staat bij het woonmilieudenken centraal.

Het zou in onze ogen vreemd zijn te veronderstellen dat de verschillen in de vraag opeens ophouden als iemand zorg nodig krijgt. Daarom willen we – in plaats van woonzorgzones – aansluiten op de woonmilieugedachte. We willen toe naar verschillende woon-welzijn-zorgmilieus, elk met hun eigen identiteit en hun eigen publiek.

Daarbinnen streven we naar differentiatie per buurt, in de zin dat we voortbouwen op ons beleid dat de mooie plekken van de stad niet alleen voor degenen zijn die dat kunnen betalen. Een vraag om verder uit te diepen is: tot hoever willen inwoners zelf gaan met differentiatie?



Is het niet juist tot op zekere hoogte plezierig om onder gelijkgestemde te wonen? Segregatie is onwenselijk, maar hoeft niet per definitie tot de conclusie te leiden dat het andere uiterste, menging tot op pandniveau, dan het ideaalbeeld is. Haarlem staat bijvoorbeeld bekend als hofjesstad. Een uitdagende vraag is hoe we dit op moderne leest voor wonen, welzijn en zorg kunnen vormgeven, zodanig dat de stad als geheel er iets aan heeft.

Woonmilieu = woning + omgeving

Een essentie van het woonmilieu denken is dat we niet alleen kijken naar de woning, maar ook naar de woonomgeving. Het gaat dan om de sfeer en bouwstijl waarbij een huurder of koper zich thuis voelt, maar ook om de openbare ruimte. Bij het uitwerken van woon-welzijn-zorg milieus leggen we deze relatie nadrukkelijk, waarbij we ook goed kijken naar nieuwe eisen aan de inrichting van de openbare ruimte (bereikbaar, toegankelijk en bruikbaar). Hier ligt bij uitstek een taak voor de gemeente.

Kortere vs. langere termijn doelstellingen

Onze lange termijn ambitie is dat iedereen die zorg nodig heeft dat zolang hij/zij wil in eigen huis kan ontvangen. Wij realiseren ons dat dit een hoge ambitie is, die in elk geval op kortere termijn op grenzen van haalbaarheid en betaalbaarheid kan stuiten, zeker tegen het licht van de huidige bezuinigingen. Of zoals één van onze partners in het veld aangeeft: "wat we willen is spikkelzorg, wat we kunnen is klontzorg".

Woonzorgzones passen op lange termijn niet in onze visie als ze inhouden dat mensen daar nog altijd naar toe moeten verhuizen om zorg te kunnen ontvangen en er in de stad al te grote concentraties van zorgvragers gaan ontstaan. Een drietal kernbegrippen passen in het denken over de woontoeekomst van zorgvragers; toegankelijke zorg aan huis, woningaanpassing en toegankelijkheid van de openbare ruimte van de stad. Op wijk en buurtniveau willen we de komende jaren deze begrippen van meer inhoud gaan voorzien.

7. Visie = (ook) aanpak, aanzet regierol

De **zesde** essentie van onze visie is dat we die niet alleen zien als de verwoording van onze inhoudelijke doelstellingen, maar ook als aanpak: de werkwijze die we gaan hanteren.

Gemeentelijke drietrapsraket

Het gaat niet alleen om de inhoudelijke benadering van het vraagstuk, maar ook de manier waarop we het vraagstuk benaderen. Belangrijk is daarbij allereerst hoe wij onze gemeentelijke rol willen oppakken. We zien hierbij een drietrapsraket voor ons:

- 1) 'Basistaak' is dat wij als gemeente voor onze eigen verantwoordelijkheden voor wonen, welzijn en zorg op hetzelfde tempo komen als de partners in het veld. Daarvoor is op korte termijn een forse inzet nodig: bij het uitwerken van de ambities op de afzonderlijke beleidsvelden (integraal werken begint bij de eigen kracht van de afzonderlijke onderdelen), en bij het aanbrengen van logische uitwisselingen daartussen. Daarnaast kunnen we ook zelf initiatiefnemer zijn, en hebben we een rol als subsidieverstrekker.
- 2) Onze extra ambitie ligt vooral in het willen regisseren op vraaggerichtheid, zoals dat in hoofdstuk 3 staat beschreven. De gemeente moet dit in de komende jaren op gang brengen. Dit vraagt om een tijdelijke investering van de gemeente.
- 3) Onze extra ambitie ligt daarnaast in het vervullen van de rol van 'marktmeester'. Het veld 'wonen, welzijn, zorg' is te zien als een marktplein waarop vele partijen hun marktkraam opzetten of ingrijpend aan het verbouwen zijn. Ze doen dit elk vanuit hun eigen aanbod en belang. Hun initiatieven zijn de komende tijd hard nodig, maar er moet wel één partij zijn die het geheel overziet en kan corrigeren waar er gaten vallen in de keten van wonen naar welzijn en zorg. De marktmeester is in de positie om dit aan de kaak stellen om vervolgens de verantwoordelijkheid (ook) bij anderen neer te leggen (de gemeente is niet per definitie zelf probleemeigenaar). De marktmeester ziet er ook op toe dat het proces eerlijk verloopt en heeft een belangrijke taak bij het goed informeren over het aanbod. Dit zien we als een meer structurele rol voor de gemeente.

We organiseren met deze 'drietrapsraket' samenvatting op het gebied van wonen, welzijn en zorg door:

- ~ verantwoordelijkheden scherp te krijgen
- ~ ketens in kaart te brengen
- ~ knelpunten / schaarste te signaleren
- ~ waar nodig daar maatregelen bij te treffen
- ~ de kennis in stad te bundelen
- ~ mogelijkheden tot verevening te gebruiken.

Bij dit alles willen we meer anticiperen, en minder reageren. Om dat te kunnen doen is een beter beeld van de toekomstige vraag nodig en een actieve aanpak in het blijvend mobiliseren daarvan.

Knelpunten in de ketens

Tijdens de gesprekken zijn ons veel 'zwakke schakels' aangereikt waarop de gemeente zich in zijn rol als marktmeester zou kunnen richten. De volgorde hieronder geeft nog geen prioriteiten aan, maar de zwakke schakels geven wel een reëel beeld van de opgave waar Haarlem (alle betrokken partijen) voor staat:

- **Dubbelingen in het aanbod**
Er is al veel, er zijn amper gaten in het aanbod. Er zijn eerder dubbelingen, zoals tussen maatschappelijke voorzieningen en sociale zaken. Het schort vooral aan samenwerking en het aanbod is onvoldoende bekend bij de doelgroepen. Het aanbod moet veel beter vermarkt worden. Daarvoor moeten de informatie- en adviesfunctie en de samenwerking tussen organisaties worden uitgebouwd. Het zorgloket werkt goed, neem dat als voorbeeld voor nieuwe initiatieven, dat geldt ook voor de reeds ontwikkelde sterke infrastructures in Schalkwijk. Een voorbeeld voor goed georganiseerde en samenhangende diensten is de ontmoetingsplek voor dementerende ouderen en hun mantelzorgers. De toegankelijkheid van het aanbod is slecht. Aanbieders kennen elkaar niet, sturen niet door. Organisaties worden zomaar opgericht en weten niet wat er verder op de markt gebeurt.
- **Versnipperd aanbod**
Achter het totaal aan initiatieven en projecten op het gebied van wonen, welzijn en zorg zit nog geen koers. Veel aanbod is versnipperd en wordt ad hoc aangeboden. De ketens kunnen sluitender.
- **Bemiddelaars**
Mensen kunnen in Haarlem aan alle zorg en welzijnsdiensten komen die ze willen hebben, met geld of zonder geld. Maar op één of andere manier bereiken klant en aanbieder elkaar niet. Voor de mondige klant zijn er mogelijkheden, maar voor de niet-mondige klant ligt dat anders. Veel mensen realiseren zich niet dat ziekte of een beperking een afhankelijkheid met zich mee brengen en kiezen minder makkelijk maakt. Zorgvragers met een mondige mantelzorger kunnen zich meestal wel redden, maar niet iedereen heeft dat.
Er ontstaan steeds meer intermediairfuncties zoals zorgbemiddelaars, woonconsulenten, ouderenadviseurs etc. We moeten oppassen dat daar niet ook een nieuwe 'jungle' ontstaat.
- **Uitbouwen signaleringsfuncties**
De signaleringsfunctie van de verschillende organisaties, onder andere van Haarlem Werkt, worden nog te weinig benut. Er zijn geen structuren waarmee signalen uit de praktijk makkelijk vertaald kunnen worden naar beleid. "Bouw de 'vindplekken' van de vraag en de daaraan verbonden signaleringsfunctie uit. Dat biedt belangrijke input voor vraaggericht werken en voor het vernieuwen van beleid."
- **Toegankelijke gebouwen**
Aanpasbaar bouwen kan niet worden afgedwongen, er zou meer druk uitgeoefend moeten worden om openbare gebouwen en woongebouwen toegankelijker te maken voor rolstoelgebruikers, zodat zij gewoon op visite kunnen gaan bij vrienden en kennissen.
- **Verbetering van de keten**
Er is overlap en er vallen gaten tussen WVG (gemeente), AWBZ (zorgkantoor) en ziekenfonds (zorgverzekeraars). De overgang van de ene naar de andere situatie is vaak voor de klant niet goed geregeld. Iemand die in de thuissituatie een rolstoel gebruikt moet bijvoorbeeld een beroep doen op de WVG. Gaat hij naar een verzorgingstehuis dan moet de rolstoel terug naar de gemeente en moet er via de AWBZ een nieuwe komen. Daar valt vaak een gat tussen in de tijd, en bovendien begrijpt de klant niet waarom het nodig is om de oude rolstoel in te leveren. De oplossing zou moeten zijn dat gewoon dezelfde rolstoel tegen boekwaarde wordt overgenomen.

- Relatie met veiligheidsbeleid
Er moet een relatie tussen wonen, welzijn en zorg en veiligheidsbeleid. Cliënten blijven langer zelfstandig wonen als zij zich veilig voelen. Maar ook voelen sommige medewerkers zich bij het verlenen van zorg in sommige wijken na zonsondergang niet meer veilig. Er zal meer samenwerking tussen de gemeente (politie/parkeerbeleid) en de thuiszorg moeten komen, zodat de zorgverlening niet gestagneerd gaat worden.

Het plan van aanpak voor het ThemaTeam 2004 benoemt bij deze knelpunten de concrete prioriteiten die de gemeente als eerste zal oppakken.

Regisseren betekent samenwerken vanuit verantwoordelijkheden

Regisseren betekent niet: de gemeente regelt het allemaal. Dat zou geen recht doen aan verantwoordelijkheden van betrokken organisaties, instellingen en individuen. Bovendien heeft de gemeente er niet de capaciteit voor om alles alleen te regelen. Misschien wel het belangrijkste is dat het de broodnodige creativiteit van anderen zou doden. We staan aan de vooravond van een maatschappelijke verschuiving en niemand weet nog precies wat er voor het huidige in de plaats komt. Vernieuwing is nodig op grote schaal, en dat kunnen en willen wij niet alleen. Van vele actieve particulieren en organisaties moet de kracht komen om nieuwe concepten te ontwikkelen. Wij willen dat eigen initiatief stimuleren en daarvoor ruimte bieden. Wel vragen wij initiatiefnemers een bredere verantwoordelijkheid op zich te nemen dan alleen die voor hun eigen concept.

Nieuw particulier initiatief: voorbeeld Palisium

Palisium biedt een concept aan voor de particuliere woningmarkt, het midden en hoge segment, bewust, omdat in het lagere segment al veel corporaties actief zijn, maar voor deze markt nog relatief weinig wordt ontwikkeld. De conceptontwikkelaar bouwt zelf niet, maar koppelt zijn concept aan bouwprojecten. Doelgroep zijn de ouderen die nog één keer willen verhuizen, maar dan ook goed. Een belangrijke rol in het concept spelen de zekerheid van zorg, comfort en gemak ('vijf sterren gevoel') en preventie. De complexen worden voorzien van domotica, een grand café met faciliteiten en een caremanager met een hostess instelling. Wie zorg nodig heeft regelt dat via de caremanager, die contracten heeft met lokale en regionale aanbieders, maar geen gedwongen winkelnering.

De gemeente is niet de enige probleemeigenaar. We zullen afhankelijk van de situatie de probleemeigenaren definiëren:

- ~ woningcorporaties
- ~ zorginstellingen
- ~ welzijn- en zorgvragers zelf
- ~ banken, winkels, onderwijs als maatschappelijk ondernemers.

Gemeentelijke verantwoordelijkheden

De gemeentelijke verantwoordelijkheden liggen op de volgende gebieden:

- ~ Welzijn, flankerend ouderenbeleid, uitvoering Wet Voorzieningen Gehandicaptten
- ~ Verdeler van de schaarse ruimte, juridisch-planologisch maar ook als grondeigenaar
- ~ Wonen – eisen woningbouw; levensloopbestendige nieuwbouw, treffen en stimuleren van maatregelen in de bestaande woningvoorraad
- ~ Beheerder en inrichter van de openbare ruimte
- ~ Sociale ruimtevraag in kaart brengen en aanpakken. Subvragen: vierkante meters in de wijken, nieuwe eisen woonomgeving, ruimtevraag AWBZ-instellingen.
- ~ Rol van centrumgemeente in de regio.
- ~ Opdrachtgever van het Regionaal Indicatie Orgaan en verantwoordelijk voor de kwaliteit
- ~ Opdrachtgever (via aanbesteding) van het openbaar vervoer en WVG-vervoer
- ~ Relatie rijk en provincie.

Waar de gemeente in elk geval niet op wil sturen is:

- ~ De inhoud van de zorg.
- ~ Het zelf ontwikkelen van concepten.

Wat verwachten wij van particuliere initiatiefnemers?

We willen voorkomen dat nu al lopende initiatieven moeten wachten totdat wij in samenspraak met onze maatschappelijke partners deze visie verder hebben uitgewerkt. Om op korte termijn al tegemoet te kunnen komen aan (semi-)particuliere initiatieven hebben we de onderstaande randvoorwaarden geformuleerd, op grond waarvan wij medewerking willen verlenen.

Deze randvoorwaarden zijn vooral dan aan de orde wanneer initiatiefnemers bij de gemeente aankloppen voor ruimte en ons aanspreken als distributeur van schaarse ruimte. Niet zijn ze aan de orde als initiatiefnemers op 'eigen grond' hun concept realiseren doordat ze hun eigen al bestaande woningen als uitgangspunt nemen, met andere woorden een vorm van particulier opdrachtgeverschap binnen de bestaande voorraad. Deze brengen immers geen nieuwe ruimteclaim binnen Haarlem met zich mee. In dit laatste geval geldt uiteraard wel de 'gewone' regelgeving. Wel willen wij dan stimuleren dat innovatieve serviceconcepten worden gekoppeld aan voor zorgvragers geschikt gemaakte woningbouw.

Als er sprake is van een ruimteclaim verlenen we in principe medewerking aan initiatieven, mits de initiatiefnemers meer bieden, dan alleen het realiseren van hun eigen concept. We vragen ze in elk geval:

- ~ Vraaggerichtheid in de aanpak van hun project/conceptontwikkeling op te nemen (bijvoorbeeld door klantenpanels in te stellen, de vraag uit de omgeving te mobiliseren, in samenspraak met buurtbewoners beelden te ontwikkelen van de toekomstige vraag)
- ~ Concepten / projecten als onderdeel van de gehele stad te ontwikkelen, niet alleen als doel op zich (dus geen 'gated communities' maar een ruimte en activiteiten waar ook de omgeving bij gebaat is, bijvoorbeeld door toepassing van het eerder beschreven principe 'bijzonder voor algemeen')
- ~ Mee te werken aan verevening: initiatieven voor draagkrachtigen dragen bij aan initiatieven voor minder draagkrachtigen, direct danwel indirect. Verevening kan ook betekenen dat we tot 'ruimteruil' overgaan: wat laten de initiatiefnemers elders in Haarlem achter waar de gemeente dan nieuwe ontwikkelingen kan inzetten.
- ~ Bij te dragen aan een sterkere beeldkwaliteit, het aanzien van de stad Haarlem. Dit is een beleidsuitgangspunt voor alle ruimtelijke ontwikkelingen, dus ook voor initiatieven van wonen, welzijn en zorg.
- ~ In de aard van het concept een relatie te leggen met de versterking van de identiteit van het woonmilieu waarin het initiatief wordt gerealiseerd. De bestaande ruimtelijke en sociale karakteristieken zijn daarbij het uitgangspunt.
- ~ Bij te dragen aan de bevordering van de doorstroming op de woningmarkt.
- ~ Bij te dragen aan de kwaliteit en het beheer van de openbare ruimte.



Tot slot

Wij realiseren ons dat deze visie nieuwe eisen stelt aan onze eigen organisatie de manier waarop ons bestuur werkt. De gevolgen voor het proces van samenwerking met partners in het veld, maar ook voor samenwerken binnen bestuur en organisatie werken we apart uit. Uitgangspunt is dat we de samenwerking tussen betrokken beleidsvelden als themagericht werkproces opzetten en dat we dit doen vanuit het idee van de lerende organisatie. Om de ambities te operationaliseren zullen we op grond van deze visie in 2004, samen met cliënten, consumenten en andere partners in het veld, aan de volgende vier opgaven werken:

1. actief invulling geven aan onze rol als marktmeester en regisseur
2. waar zich kansen voordoen daarop inspringen om:
 - a. de ambities voor welzijn te operationaliseren
 - b. de ambities voor wonen te operationaliseren
 - c. sociale bedrijfsverzamelgebouwen te organiseren.

Het plan van aanpak ThemaTeam 2004 geeft voor het komende jaar de prioriteiten aan waar de gemeente zich actief en concreet op zal richten.

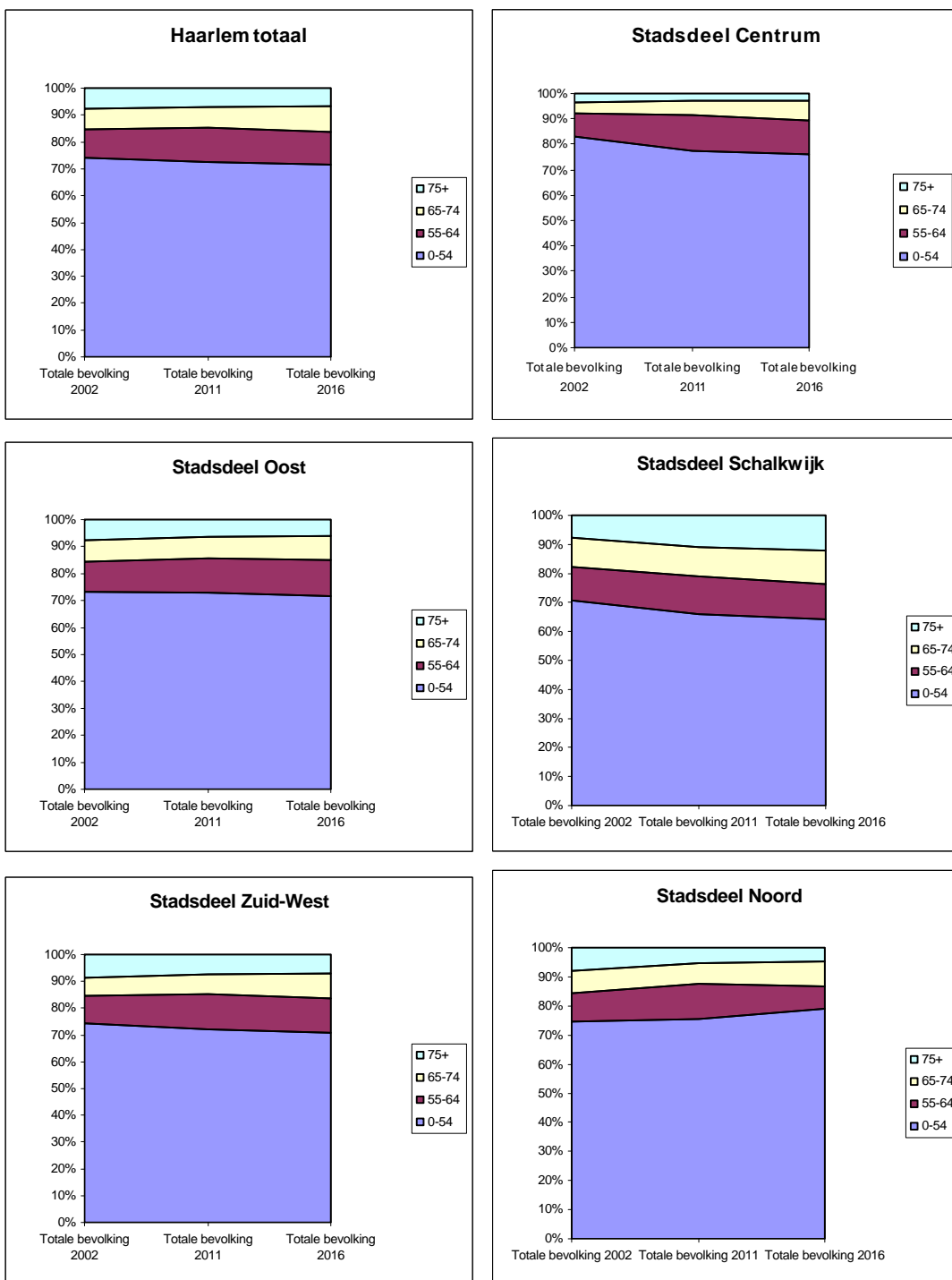
Bij het werken aan deze opgaven besteden we tevens aandacht aan financiële consequenties en haalbaarheid.

Bijlage 1: kerngegevens

| | Haarlem totaal | Stadsdeel centrum | Stadsdeel oost | Stadsdeel Schalkwijk | Stadsdeel zuid-west | Stadsdeel Noord |
|---|-------------------|----------------------|-------------------|-------------------------|------------------------|--------------------|
| Cijfers totale bevolking | | | | | | |
| Totaal aantal inwoners 2002 | 147.837 | 12.252 | 20.866 | 32.259 | 31.836 | 50.624 |
| - w.v. % laag inkomen (2000) | 17% | 15% | 20% | 18% | 15% | 18% |
| - w.v. % midden inkomen (2000) | 63% | 61% | 69% | 66% | 58% | 63% |
| - w.v. % hoog inkomen (2000) | 20% | 24% | 11% | 16% | 27% | 19% |
| - w.v. % allochtoon (2000) | 22% | 22% | 25% | 33% | 17% | 16% |
| - w.v. % alleenstaand (2000) | 32% | 57% | 28% | 31% | 32% | 27% |
| - w.v. % samenwonend (2000) | 68% | 43% | 72% | 69% | 68% | 73% |
| Totaal aantal inwoners 2011 | 149.709 | 12.415 | 21.469 | 31.940 | 32.636 | 51.283 |
| Totaal aantal inwoners 2016 | 147.920 | 12.457 | 21.929 | 31.276 | 32.347 | 49.959 |
| Zorg- en welzijn-doelgroepen | | | | | | |
| Aantal ouderen 55-64 2002 | 15.363 | 1.165 | 2.304 | 3.778 | 3.225 | 4.891 |
| - w.v. % allochtoon (2000) | 17% | 17% | 17% | 22% | 15% | 15% |
| - w.v. % alleenstaand (2000) | 29% | 47% | 31% | 29% | 29% | 25% |
| - w.v. % samenwonend (2000) | 71% | 53% | 69% | 71% | 71% | 75% |
| Aantal ouderen 55-64 2011 | 19.137 | 1.790 | 2.716 | 4.131 | 4.302 | 6.198 |
| Aantal ouderen 55-64 2016 | 18.274 | 1.641 | 2.953 | 3.789 | 4.133 | 3.758 |
| Mensen met lichamelijke beperking | aantal onbekend | | | | | |
| Mensen met verstandelijke beperking | aantal onbekend | | | | | |
| Mensen met psychische beperkingen in geclusterde woningen met begeleiding | ±90 ² | 5 | | 36 | 20 | 38 |
| Ingezoomd op ouderen, naar leeftijdsklasse | | | | | | |
| Aantal ouderen 65-74 2002 | 11.544 | 548 | 1.670 | 3.160 | 2.179 | 3.987 |
| - w.v. % allochtoon (2000) | 14% | 16% | 13% | 17% | 15% | 11% |
| - w.v. % alleenstaand (2000) | 37% | 52% | 38% | 38% | 39% | 33% |
| - w.v. % samenwonend (2000) | 63% | 48% | 62% | 62% | 61% | 67% |
| Aantal ouderen 65-74 2011 | 11.542 | 637 | 1.720 | 3.224 | 2.380 | 3.581 |
| Aantal ouderen 65-74 2016 | 13.884 | 943 | 1.995 | 3.659 | 3.011 | 4.276 |
| Aantal ouderen 75-84 2002 | 8.327 | 301 | 1.211 | 1.851 | 1.916 | 3.048 |
| - w.v. % allochtoon (2000) | 8% | 12% | 6% | 12% | 9% | 8% |
| - w.v. % alleenstaand (2000) | 56% | 67% | 54% | 61% | 56% | 52% |
| - w.v. % samenwonend (2000) | 44% | 33% | 46% | 39% | 44% | 48% |
| Aantal ouderen 75-84 2011 | 7.203 | 250 | 991 | 2.306 | 1.565 | 2.091 |
| Aantal ouderen 75-84 2016 | 6.918 | 258 | 975 | 2.353 | 1.535 | 1.796 |
| Aantal ouderen 85+ 2002 | 2.822 | 93 | 390 | 670 | 815 | 914 |
| - w.v. % allochtoon (2000) | 9% | 12% | 7% | 12% | 12% | 9% |
| - w.v. % alleenstaand (2000) | 80% | 90% | 74% | 86% | 81% | 77% |
| - w.v. % samenwonend (2000) | 20% | 10% | 26% | 14% | 19% | 23% |
| Aantal ouderen 85+ 2011 | 3.227 | 119 | 364 | 1.222 | 839 | 683 |
| Aantal ouderen 85+ 2016 | 3.100 | 115 | 325 | 1.416 | 729 | 563 |

² exclusief woonachtigen bij Geestgronden en in pensions

Cijfers per stadsdeel en voor Haarlem totaal



Bijlage 2: Wet- en regelgeving Welzijn en Zorg; huidige situatie en ontwikkelingen

Deze tekst is vrijwel letterlijk overgenomen van: MO-groep Ineke Alsem, Project!impuls (januari 2003). Er is voor het vraagstuk van Wonen, welzijn en zorg meer te zeggen over (verschuivingen in de) regelgeving, bijvoorbeeld op het gebied van huursubsidie en woonruimteverdeling. De onderstaande tekst zoomt in op de veranderingen bij welzijn en zorg.

In bijgaand schema zijn de belangrijkste ontwikkelingen weergegeven van de AWBZ en van de financiering en regeling van (welzijns)diensten aan burgers die thuis wonen en (nog) niet onder een AWBZ-indicatie vallen maar wel kwetsbaar en/of hulpbehoevend zijn. Het schema en de toelichting geven een overzicht van de huidige wet- en regelgeving voor welzijn en zorg met daarbij de toekomstige ontwikkelingen.

De eigen bijdrage regelingen voor burgers zijn niet in het schema opgenomen.

Welzijnswet

De welzijnswet stamt uit 1994 en heeft tot doel

1. de ontplooiingsmogelijkheden van mensen te vergroten en hun zelfredzaamheid en deelname aan de samenleving te stimuleren mede om te voorkomen dat mensen in een achterstandspositie geraken;
 2. de personen die in een achterstandspositie zijn geraakt mogelijkheden te bieden hun positie te verbeteren;
 3. het welbevinden van personen in de samenleving op andere wijze te bevorderen.
- (uit artikel 1 welzijnswet)

De welzijnswet heeft het karakter van een raamwet, waarin globaal de lijnen voor beleid worden aangegeven. Het is geen wet met een taakstellend karakter voor de inhoud, de omvang en financiering. De wijze van uitvoering en invulling van het welzijnsbeleid wisselt per gemeente.

VNG stimuleert gemeenten tot beleid op de terreinen wonen, welzijn en zorg ten behoeve van ouderen (Igló) en mensen met een verstandelijke, lichamelijke, zintuiglijke en psychische beperking (Igló+). In deze projecten zijn o.a. suggesties ontwikkeld voor basispakketten voor zorgbehoevende burgers.

Wet Gelijke Behandeling

Het is de bedoeling dat de Wet Gelijke Behandeling uitgebreid wordt met een wetsvoorstel waarin de toegankelijkheid en de bereikbaarheid van de samenleving voor mensen met een beperking geregeld wordt, in het bijzonder op de terreinen vervoer, publieke ruimten, publieke dienstverlening en wonen. Dit zal vergaande gevolgen hebben voor de aanpassing van de infrastructuur van wonen, vervoer, zorg en welzijn. Bij een infrastructuur die is aangepast voor mensen met een beperking zullen de aanvullende pakketten uit de WVG, Wet Maatschappelijke Zorg en dergelijke kunnen worden verkleind.

Wet voorzieningen Gehandicapten (WVG)

Het algemene uitgangspunt van de Wet voorzieningen gehandicapten is dat mensen met een beperking zo zelfstandig mogelijk aan het maatschappelijk verkeer kunnen deelnemen. Gemeenten voeren de wet uit. Individuele burgers kunnen een beroep doen op deze wet en in aanmerking komen voor voorzieningen bij het wonen (aanpassingen), vervoer en mobiliteit (rollators, rolstoelen). De minister van SZW heeft een protocol opgesteld dat een zekere normering beoogt voor de uitvoering van de WVG en 'verantwoorde voorzieningen'. Het protocol heeft de status van advies aan gemeenten.

Mede met het oog op afstemming met de Wet Maatschappelijke Zorg is de WVG inmiddels overgeheveld van het Ministerie Sociale Zaken naar het Ministerie van VWS.

RIO

Het Regionaal Indicatie Orgaan is een onafhankelijk orgaan dat de toegang van burgers tot de AWBZ-aanspraken (functies) en WVG-voorzieningen regelt.

Subsidieregeling Extramurale Dienstverlening

Een regeling die tot doel heeft het 'gat' te vullen dat ontstaat nu de AWBZ (april 2003) de hotel- en welzijnsdiensten voor zorgbehoevende burgers die zelfstandig wonen, niet meer financiert. Deze diensten worden nu gefinancierd uit de reikwijdtemiddelend. Deze regeling zal opgaan in de subsidieregeling extramurale diensten, ingaande april 2003. Of de regeling aangevuld zal worden met extra middelen zal in 2004 duidelijk worden. Doelgroep: thuiswonende burgers die zonder deze diensten in aanmerking zouden komen voor een intramurale vorm van verzorging.

Uitvoering regeling: zorgkantoor, in aansluiting op gemeentelijk beleid en financiering.

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten verzekert iedere burger die recht heeft op (onverzekerbare) zorg. Dit recht wordt verkregen via een indicatie door het Regionaal Indicatie Orgaan. Per 1 april 2003 indiceert het RIO voor een of meer van de zeven aanspraken (zie schema). Het zorgkantoor levert zorgopmaat aan de burger en gaat daartoe contracten aan met aanbieders. Financiering van de eerste vijf aanspraken kunnen gaan via Persoonsgebonden Budget (PGB) of Zorg In Natura (ZIN). De aanspraken Behandeling en Verblijf zijn uitsluitend verkrijgbaar via ZIN.

Wet maatschappelijke zorg

De politieke discussie rond de contouren van de nieuwe wet maatschappelijke zorg is nog niet afgerond. Het idee is dat de wet maatschappelijke zorg er een wettelijke grondslag wordt voor een stelsel, waarin de huidige gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de WVG en de Welzijnswet alsmede de verantwoordelijkheid voor een vangnet voor de niet medisch georiënteerde zaken samenkomen.

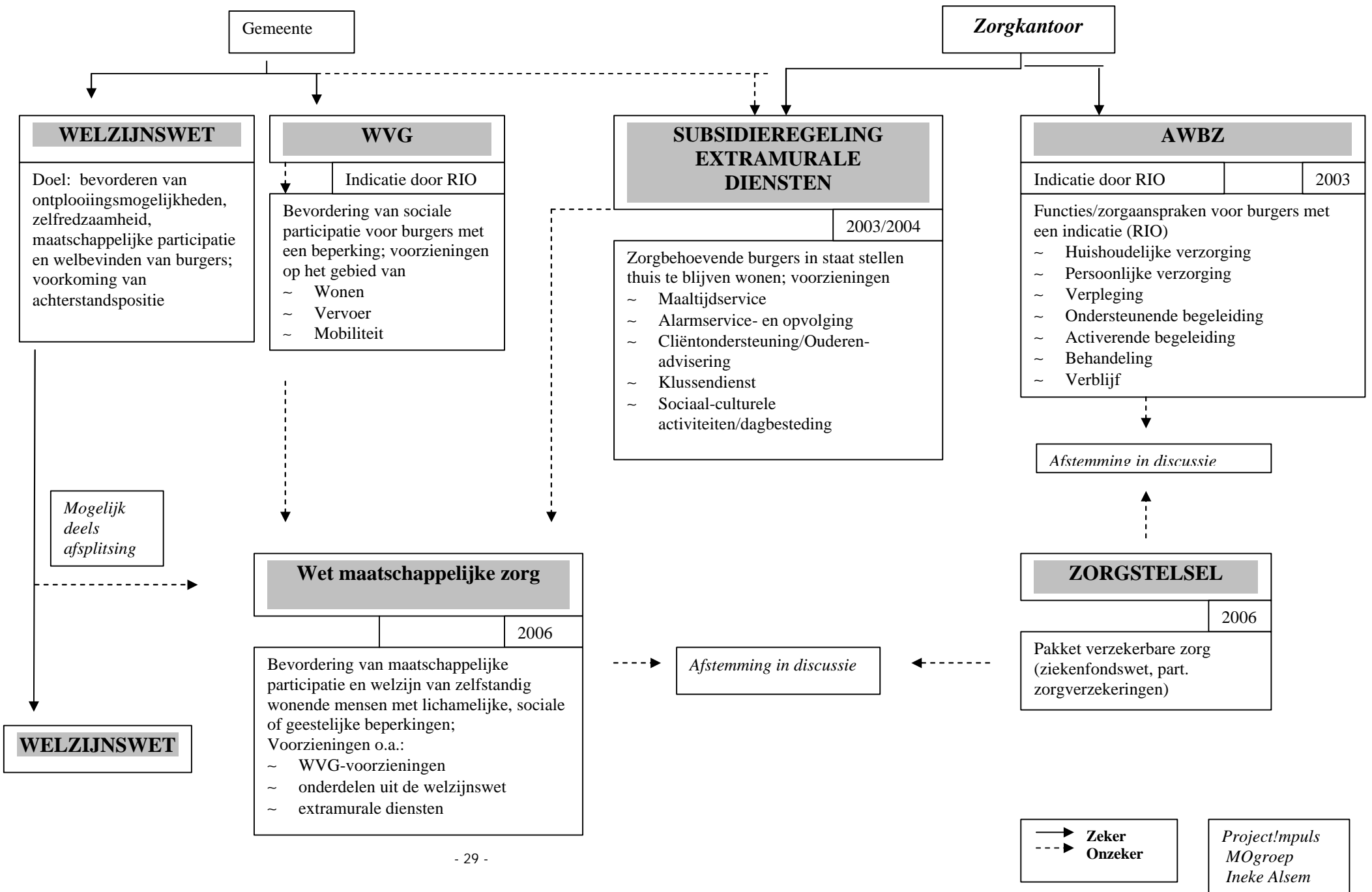
Het tijdpad van de Wet maatschappelijke zorg ziet er als volgt uit:

- In maart 2004 komt het kabinet met concrete voorstellen over de nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling van de AWBZ en de contouren van de wet op de maatschappelijke zorg
- Najaar 2004 komt het ontwerp van de Wet op de maatschappelijke zorg gereed.
- Invoering van de Wet op de Maatschappelijke Zorg is voorzien in 2006.

Zorgstelsel

De compartimenten voor verzekerbare zorg (particuliere verzekeringen en ziekenfonds) zullen opgaan in een nieuw zorgstelsel. Ook hiervoor geldt dat de politieke discussie en besluitvorming nog niet zijn afgerond.

Planning: 2006



Bijlage 3: Bronnenlijst

- ABF Research i.o.v. ministerie VWS, 2002
Regionale analyse Kennemerland wonen
welzijn en zorg
- Aedes-Arcades, Kenniscentrum Wonen-zorg,
2002
Het servicecentrum, de kern van de
woonzorgzone
- Bergvelt, Van Rossum en Oosterbaan, 2002:
Het beste van drie werelden, de
architectuur van wonen en zorg
- Denktank Wonen en zorg Noord-Holland, 2003:
Sturen op samenhang in wonen, welzijn en
zorg in Noord-Holland
- Gemeente Amsterdam, 2001
Dit hebben de ouderen in Amsterdam
nodig, basispakket voor alle thuiswonende
ouderen
- Gemeente Haarlem, 2000
Ontwikkelingsprogramma Haarlem
- Gemeente Haarlem, onderzoek & statistiek,
2001
Bevolkingsprognose Gemeente Haarlem
2001-2016
- Gemeente Haarlem, onderzoek & statistiek,
2002
De 75-plusser in Haarlem
- Gemeente Haarlem, onderzoek & statistiek,
2003
Jaarstatistiek 2002
- Gemeente Haarlem, 2003
Concept voorontwerp Structuurplan
Haarlem
- Gemeente Leeuwarden, 2003:
Ouderenzorg naar Scandinavische Snit
- GGD Kennemerland. 2002
OGGZ-convenant
- Karssenberg en Jansen (Stipo Consult) in:
Tijdschrift voor de Volkshuisvesting, 2003
Stadslandschappen, een creatieve
benadering voor woonmilieus in de
bestaande stad
- MO-groep Ineke Aalsem, ProjectImpuls, 2003:
Wet- en regelgeving Welzijn en Zorg;
huidige situatie en ontwikkelingen
- Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn /
NIZW, 2003
Een kwestie van toeval, Nieuwe kansen
voor zorg/ en opvangvoorzieningen bij
herstructurering
- Noordketen Wonen, welzijn en zorg in Haarlem-
Noord, 2003
Intentieverklaring (concept)
- Projectbureau IJburg en Bestuurlijk Tripartite
Overleg Zorg, 1999
IJburg, een wijk zonder scheidslijnen,
nieuw land, nieuwe structuren van wonen,
zorg en welzijn
- Provincie Noord-Holland
Handboek Wijksteunpunten Plus
- Provincie Noord-Holland, 2001
Regiovisies Ouderenbeleid, Zorg en
Geestelijke gezondheidszorg Kennemerland
- Stipo Consult, 2002:
Sociale Ruimte vraag Amsterdam
Oost/Watergraafsmeer
- Stipo Consult, 2003:
Lang Leve(n)! Visie op wonen, welzijn en
zorg van gemeente Binnenmaas
- Vandijk advies en interim management 2002
Zelfstandig wonen in Schalkwijk
Plan van aanpak voor woonzorgzones in
Schalkwijk
- X-S2, 2003
Voorbereidend document en Verslag
Kringbijeenkomst Wonen, Welzijn en Zorg
te Haarlem

Colofon

Deze visie tot stand gekomen dankzij gesprekken met betrokken partijen uit het veld, bestuurders, management en medewerkers van de gemeente Haarlem:

Partijen uit het veld die aan deze visie hebben bijgedragen:

Co-makers (mondeling)

- Woningcorporatie Pré Wonen (dhr J. Schuil)
- Conceptontwikkelaar Palisium (dhr K. Voorham)
- Zorgaanbieder SHDH (mw Keesmaat, dhr A. van Zuijlen, mw G. Krijger)
- Zorgaanbieder Zorg Balans Groep (dhr A. van de Nes)
- Welzijnsinstelling Stichting Radius (dhr A. de Graaf en mw K. Poelemeijer)
- Welzijnsinstelling Haarlem Werkt (mw M. Breed)
- Cliëntenorganisatie Samenwerkende Ouderen Bonden (dhr C. van de Ploeg)
- Cliëntenorganisatie Meldpunt vrijwilligers hulp (mw L. Tel)
- Cliëntenorganisatie Participatieraad ouderenwerk en cliëntenraad thuiszorg (dhr J. van der Putte)
- Zorgaanbieder Stichting MEE Noordwest-Holland (dhr C. Huisman en dhr J. van den Oord)
- Zorgkantoor (dhr W. Schokker)
- Zorgaanbieder Geestgronden (dhr W. van Ewijk, mw A. Bakwel, mw A. Kinsbergen, dhr R. Schaffels)
- IZW: Innovatieprogramma Wonen en Zorg van NIZW/SEV (dhr T. Mandemaker)

Co-makers (schriftelijk)

- Commissie LG en GGZ (R.R. Bouwmeester)
- GGD Kennemerland (mw A. Grotenhuis)
- Dhr J. Sutterland (werkt bij Thuiszorg ZKL, gereageerd op persoonlijke titel)
- Loket ouderen en gehandicapten Schalkwijk (dhr H. Boon)
- Philadelphia Kennemerland (mw A.H. Kolk)
- RIBW K/AM (mw H. van de Beek, mw L. Nederstigt)
- 't WEB (dhr A.M.L.D. Hoenderdos)
- Verpleeghuis St. Jacob (dhr J.L. Garcia Hoogendonk)
- Welzijnswerk Centrum Zuid (mw V. de Kwant)

Reacties tijdens conferentie:

St. Haarlem Werkt (mw M. Breed), dhr R. Bouwmeester, Loket Schalkwijk (dhr H. Boon), Stichting Sint Jacob (dhr J. Garcia, dhr D. Veenstra, dhr G. Mulder, dhr J. Peters), SIG (J.P.C. Kroft), KBO (dhr. C. van de Ploeg), Stichting Maatschappelijke Dienstverlening (A.J. Lohmann), Projectgroep WoonZorgZones Schalkwijk (dhr A. de Graaf), Molenburg (dhr A. van Zuijlen), Pré Wonen (dhr F. ten Dam), Elan Wonen (mw I. Oteman), Kennemer Thuiszorg (dhr J. Sutterland), Woonmaatschappij (dhr T. Sniijders), SHDH (mw Keesmaat), Stichting 't Web (dhr F. Hoenderdos), SHDH (mw G. Krijger), RIO (dhr H.J. Jaspers), ANBO (mw Van de Linden), Participatieraad ouderenwerk en cliëntenraad thuiszorg

Verantwoordelijk portefeuillehouders:

- Ruud Grondel
- Mimi Rietdijk

Ambtelijke opdrachtgevers:

- Carol Korringa
- Leon Veth

Ambtelijk begeleid door de opdrachtgevers en door:

- Majella Korthouwer
- Simon Sijm
- Co Heemsker

Betrokken directeuren:

- Jan de Kramer
- Joost van Eijdsden
- Nelleke Maan
- Ariëtte Skolnik

Betrokken medewerkers:

- José van den Berg
- Herman Breed
- Kees Jansen
- Adeline Koster
- Joeri Stork
- Éva Tuboly
- Marijke Schouten
- Koen Siegrest
- Mariëlle Spruyt
- Fenny Traksel.

Advisering en tekst:

- Hans Karssenbergh, Birgit Oelkers en Michiel Bouwens, Stipo Consult, Amsterdam



Gemeente Haarlem
Postbus 511
2003 PB Haarlem
tel 023 – 511 5115

info@haarlem.nl
www.haarlem.nl

S t i p o
c o n s u l t

ruimtelijke productstrategie
en -ontwikkeling

Stipo Consult
Antillenstraat 43
1058 GZ Amsterdam
tel 020 – 4233 690

contact@stipo.nl
www.stipo.nl