

2013

BELEIDSKADER TRANSITIE VAN AWBZ NAAR WMO

De visie en uitgangspunten voor de decentralisatie van de
AWBZ-taken naar de Wmo in de regio West-Friesland



Regio West-Friesland

Drechterland-Enkhuizen-Hoorn-

Koggenland-Medemblik-Opmeer-Stede

Broec

1-11-2013

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Inleiding	3
1 Wat gaat er veranderen?	5
1.1 Samenhang met de andere decentralisaties	6
2 Wie zijn onze cliënten en welke zorg krijgen zij nu?	8
2.1 Nieuwe doelgroepen	8
2.2 Begeleiding: wat is het en welke aantallen komen er naar ons toe?	8
2.2.1 Persoonlijke verzorging (PV): wat is het en welke aantallen komen er naar ons toe?	10
2.2.2 Overlap over te halen taken en huidige Wmo-clieënten	11
2.3 Ontwikkeling doelgroepen de komende jaren	11
3 Wat willen we bereiken?	13
3.1 Een gezamenlijke visie: Hoe ziet de gewenste toekomstsituatie er uit?	13
3.2 Ambitie: wat willen wij realiseren?	13
3.3 Doelstelling	14
3.4 Waar liggen voor de gemeenten de belangrijkste opgaven?	14
3.4.1 Organisatorische opgaven	14
3.4.2 Financiële opgaven	15
3.5 Voorwaarden voor uitvoering nieuwe taken	16
4 Hoe willen wij het organiseren?	17
4.1 De organisatie van de toegang	17
4.1.1 Invulling van de toegang door de zeven West-Friese gemeenten	18
4.1.2 Wat gebeurt lokaal?	19
4.2 Rol gemeenten	19
4.3 Inhoudelijke invulling van het ondersteuningsaanbod	20
5 Wie zijn onze partners bij deze transformatie?	22
5.1 Zorginstellingen	22
5.2 Verhouding nieuwe Wmo met andere deelgebieden en specialisaties in het sociaal domein	23
6 Financiering en sturing	26
6.1 Bekostiging: het budget	26
6.2 Sturing	27
6.3 Solidariteitsbeginsel	28
6.4 Overgangsregeling	28
6.5 Eigen bijdrage	29
6.6 Risico's	30
7 Kwaliteit en burgerparticipatie	31
7.1 Kwaliteitseisen	31
7.2 Bewaking kwaliteit	31
7.3 Verantwoording	32
7.4 Informatieverstrekking	33
7.5 Burgerparticipatie	33
Overzicht bijlagen	34
Bijlage 1: Pareltjes op gebied van zorg/ondersteuning in WF	35
Bijlage 2: Rapportage Wmo-kantoor (apart bijgevoegd)	38

Samenvatting

In dit beleidskader staat beschreven hoe de West-Friese gemeenten richting geven aan de (regionale) invulling van de transitie AWBZ. Het is een beleidskader op hoofdlijnen. De zeven gemeenten in West-Friesland zullen dit kader verder ontwikkelen en daarmee ook lokaal invulling geven aan de concrete uitvoering. Dit zal ook verder worden uitgewerkt in het nieuwe Wmo-beleid 2015 en de nieuwe Wmo-verordening. Er moet wel worden opgemerkt dat het wetgevingstraject en politieke besluitvorming op dit moment nog niet geheel is afgerond en misschien aanpassingen noodzakelijk maken.

Het beleidsplan past binnen de visie en uitgangspunten van het regionaal programmaplan Transformatie West-Friesland.

De rode draad in het beleidskader is de overtuiging dat de meeste mensen actief en zelfstandig mee willen en kunnen doen in de samenleving. Ondersteuning gaat daarom altijd in de eerste plaats uit wat mensen zelf kunnen, met hulp vanuit hun eigen sociale netwerk. Niet iedereen heeft dezelfde mogelijkheden. Wie ondersteuning nodig heeft, moet die ook krijgen. En de ondersteuning moet altijd vanuit de individuele situatie van inwoners worden vormgegeven.

In dit beleidsplan presenteren wij de volgende uitgangspunten:

Samenvatting van de belangrijkste uitgangspunten	
Uitgangspunt 1	De voorbereiding en uitvoering van de vier decentralisaties wordt op elkaar afgestemd om een optimale integrale aanpak mogelijk te maken.
Uitgangspunt 2	de indicatiestelling na 2015 wordt gedaan door het Wmo-loket (wijkteam) daar waar nodig wordt externe (medische) deskundigheid ingeroepen.
Uitgangspunt 3a	De ambtelijke organisatie van gemeenten is op 1 januari 2015 ingericht om alle nieuwe taken uit te voeren.
Uitgangspunt 3b	Sluitende financieringssystemen en beschikbare budget is leidend.
Uitgangspunt 4a	De West-Friese gemeenten richten hun lokale toegangspoorten volgens de principes van de Kanteling in en gaan uit van een zo integraal mogelijke toegangsvorm.
Uitgangspunt 4b	De gemeente kiest voor eens sterke regierol op het proces van decentralisaties.
Uitgangspunt 4c	Het ondersteuningsaanbod wordt inhoudelijk gekanteld zodat maatwerk kan worden geboden.
Uitgangspunt 5	De West-Friese gemeenten voeren (lokaal) de regie op de samenwerking met professionals in het veld.
Uitgangspunt 6a	De gemeenten voeren de regie en sturen op de financiële beheersbaarheid van de nieuwe taken op het gebied van ondersteuning en persoonlijke verzorging.
Uitgangspunt 6b	De West-Friese gemeenten vullen de overgangsregeling lokaal in.
Uitgangspunt 6c	Voor eenieder met een individuele voorziening wordt een

	inkomensafhankelijke bijdrage gevraagd.
Uitgangspunt 7	Borging van kwaliteit

Inleiding

Vanaf 2015 worden de gemeenten verantwoordelijk voor nieuwe taken op het gebied van werk, zorg en jeugd.

Op het gebied van zorg betekent de decentralisatie een overheveling van taken en budget vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wet maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Het gaat hier om de taken Begeleiding (BG) en Persoonlijke Verzorging (PV).

De decentralisaties zijn in eerste instantie ingezet om de toegang tot zorg voor de burgers beter en overzichtelijker te maken. Daarnaast wordt hiermee invulling gegeven aan een veranderende maatschappij; een verandering die een verschuiving inhoudt van een verzorgingsstaat naar meer een participatiemaatschappij. Door de taakstellende bezuinigingen vanuit het Rijk is er ook een sterke financiële noodzaak voor verandering.

De gemeenten in West-Friesland onderschrijven de beweging om steeds meer taken van het sociaal domein onder te brengen bij de gemeente. Juist door veel zaken dichterbij de burger te organiseren zijn er mogelijkheden om maatwerk te leveren en overbodige overlap in processen te voorkomen.

De omslag die eerder is geïnitieerd met “De Kanteling” wordt met de op handen zijnde decentralisaties verder doorgevoerd naar meerdere groepen. De uitgangspunten van de decentralisaties doen een groter beroep op de zelfredzaamheid en participatie van mensen aan de samenleving. ‘Meedoen naar vermogen’ is het uitgangspunt. Met “De Kanteling” wordt ook een sterker beroep gedaan op de eigen kracht en zelfredzaamheid, op ondersteuning vanuit het sociale persoonlijke netwerk en vanuit de buurt.

Door de regiogemeenten West-Friesland is deze ontwikkeling al eerder ingezet met ‘De Kanteling Wmo’¹ en ‘Welzijn Nieuwe Stijl’.

Deze ontwikkelingen zijn vergelijkbaar met de uitgangspunten van de andere drie transities (Jeugdzorg, Participatiewet en Passend Onderwijs):

1. *Van vangnet naar springplank;*
2. *Zorg Nabij;*
3. *Voorkomen in plaats van genezen (één regie en één budget).*

De samenhang in uitgangspunten en uitvoering van de aanstaande decentralisatie van de AWBZ met de overige transities, namelijk Jeugdzorg, Participatiewet en Passend Onderwijs, maakt het noodzakelijk om zoveel mogelijk samen te werken en op elkaar aan te sluiten.

Met de decentralisatie AWBZ komt de bestaande ordening van vraag en aanbod te vervallen en staan gemeenten voor de taak daar een nieuwe invulling aan te geven. De gemeenten in West-Friesland laten zich daarbij leiden door de uitgangspunten zoals deze in de huidige Wmo-visies en Wmo-beleidsplannen zijn geformuleerd en die het aanknopingspunt vormen met de nieuwe Wmo-beleidsplannen. Hiermee worden de gedecentraliseerde taken geheel conform de principes van de Kanteling en Welzijn Nieuwe Stijl vormgegeven.

Deze verandering is niet van vandaag op morgen gerealiseerd, dit kost tijd. Er moet een *transformatie* gaan plaatsvinden: een verandering in denken en gedrag.

¹ De Kanteling bevat de beweging van aanbodgericht werken naar vraaggericht werken.

Binnen de regio West-Friesland werken de zeven gemeenten (Drechterland, Enkhuizen, Hoorn, Koggenland, Medemblik, Opmeer en Stede Broec) samen om deze transformatie te realiseren. Elke gemeente heeft zijn eigen lokale beleid, maar daar waar mogelijk wordt een aantal taken regionaal opgepakt.

Om de risico's te beperken voor gemeenten en de inwoners moet er concreet en helder gekeken worden naar wat de gemeente moet en kan in het kader van de nieuwe Wmo. Op dit moment is er een aantal onderwerpen waarop geanticipeerd kan worden en waarvan men kan verwachten dat het hierin gezamenlijk optrekken voordeel kan hebben. Niet alleen financieel, maar ook qua kennis en kunde. Bijvoorbeeld op het gebied van inkoop, subsidiering, aanbesteding, vervoer, controle, de Wmo-verordening en afspraken met zorgleveranciers.

De politieke besluitvorming rond de decentralisatie van de AWBZ-taken naar de Wmo is nog niet afgerond. Er moeten nog een aantal wetsvoorstellen worden behandeld in het parlement, maar het kabinet zelf heeft ook nog niet alle besluitvorming (zowel inhoudelijk als financieel) afgerond. Ondanks deze onzekerheden heeft de regio West-Friesland besloten om een beleidskader voor de AWBZ op te stellen om onze (maatschappelijke) partners en onze inwoners te laten weten welke weg wij met zijn allen inslaan. Vooruitlopend op het definitieve wetsvoorstel en de wettekst willen wij anticiperen op de decentralisatie van de AWBZ taken door regionaal een aantal onderwerpen te onderzoeken en te kijken hoe de uitvoering hiervan moet zijn.

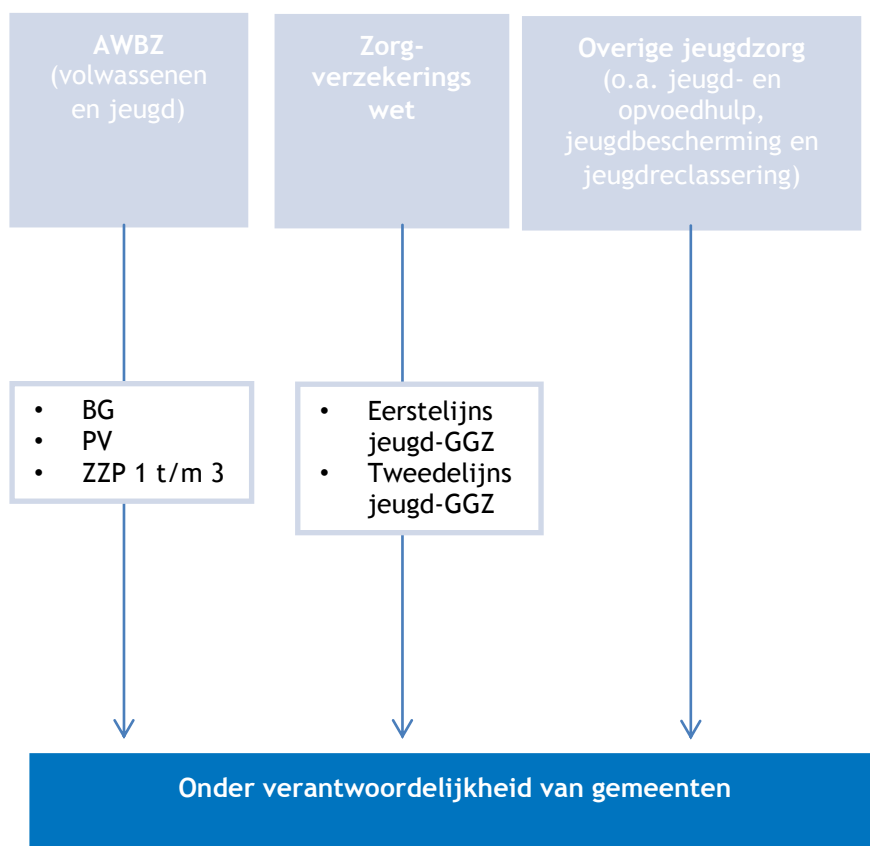
In hoofdstuk één wordt toegelicht met welke veranderingen de gemeenten de komende jaren te maken krijgen. In hoofdstuk twee wordt een beschrijving gegeven van de taken die overkomen en de doelgroepen die hierbij betrokken zijn. In de hoofdstukken drie en vier wordt ingegaan op wat de zeven gemeenten van de regio West-Friesland willen bereiken en hoe zij dat willen doen. Hoofdstuk vijf gaat over de partners waar de gemeenten mee samenwerken om uitvoering te geven aan de gecentraliseerde taken. In hoofdstuk zeven worden de financiële kaders besproken. En tot slot wordt omschreven hoe de kwaliteit en verantwoording van de uitgevoerde taken wordt gewaarborgd.

1 Wat gaat er veranderen?

De gemeenten krijgen de komende jaren te maken met vier decentralisaties binnen het sociaal domein. Het betreft hier een gedeelte van de AWBZ, de jeugdzorg, Participatiewet en Passend Onderwijs. De eerste drie komen onder verantwoordelijkheid van de gemeenten te vallen. Op basis van de huidige stand van zaken betekent dit het volgende:

1. AWBZ naar Wmo: een gedeelte van de AWBZ wordt per 2015 gedecentraliseerd naar gemeenten. Dit betreft de overheveling van de extramuraal begeleiding² (BG) inclusief vervoer, persoonlijke verzorging (hierna PV) en zorgzwaartepakketten³ (hierna ZZP) 1-3 voor volwassenen en jongeren.
2. Jeugdzorg: de hele jeugdzorg wordt op 1 januari 2015 gedecentraliseerd naar gemeenten. Dit betreft o.a. de jeugd- en opvoedhulp, de gesloten jeugdzorg, de jeugd geestelijke gezondheidszorg (jeugd GGZ), de zorg voor verstandelijke beperkte jongeren, jeugdbescherming en jeugdreclassering.
3. Participatiewet: de Wet Werk en Bijstand, de Wet op sociale werkvoorziening en de Wajong worden in 2015 samengevoegd tot de Participatiewet en de uitvoering wordt gedecentraliseerd naar gemeenten. Uitzondering hierop is de Wajong voor volledig en duurzaam arbeidsongeschikten, die als aparte wet blijft bestaan voor deze doelgroep.
4. Passend Onderwijs: binnen de samenwerkingsverbanden worden de schoolbesturen met ingang van 1 augustus 2014 verantwoordelijk voor een dekkend ondersteuningsaanbod voor leerlingen die dat nodig hebben.

Binnen het domein van zorg (jeugd en volwassenen) worden de onderstaande taken naar gemeenten overgeheveld:



² Het aanbod van zorg- en dienstverlening en begeleiding dat beschikbaar is voor mensen die zelfstandig in de thuissituatie wonen.

³ Pakket van zorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en het soort zorg dat nodig is. Het bestaat uit een beschrijving van het type cliënt (cliëntprofiel), het aantal benodigde uren zorg en een beschrijving van die (verblijfs)zorg. ZZP'en zijn ontwikkeld voor de sectoren verpleging & verzorging, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg.

Wat regelt de huidige Wmo?

In de huidige Wmo zijn de gemeenten verantwoordelijk om alle burger mee te laten doen in de samenleving. Hierbinnen legt elke gemeente haar eigen accenten.

- De Wmo regelt dat mensen die hulp nodig hebben in het dagelijks leven ondersteuning krijgen. Denk aan hulp bij het huishouden, een rolstoel of woningaanpassing.
- De Wmo ondersteunt mensen die zich inzetten voor hun medemens of buurt, zoals mantelzorgers en vrijwilligers.
- De Wmo stimuleert activiteiten die de onderlinge betrokkenheid in buurten en wijken vergroten.
- De Wmo voorkomt dat mensen later zwaardere vormen van hulp nodig hebben. Bijvoorbeeld met opvoedingsondersteuning en activiteiten tegen eenzaamheid.

Bij de decentralisatie AWBZ worden de volgende taken per 1 januari 2015 overgeheveld naar de Wmo:

1. Extramurale begeleiding: individuele begeleiding en/of dagbesteding (inclusief het vervoer van en naar de dagbesteding).
2. Persoonlijke verzorging, zoals hulp bij het aan- en uitkleden en wassen.⁴

In een eerder stadium zijn al taken vanuit de AWBZ overgeheveld naar de Wmo, zoals bij de invoering van de hulp bij het huishouden en meer recent in 2009 het schrappen van de grondslag psychosociaal probleem uit de AWBZ.

De aankomende decentralisatie van de voornoemde taken uit de AWBZ past daarmee in de ontwikkeling die is ingezet. Voor mensen die langdurige zorg nodig hebben, blijft de AWBZ bestaan.

De veranderingen worden door het Rijk als noodzakelijk gezien omdat de geboden zorg in de huidige vorm als ingewikkeld en duur wordt ervaren. Dat kan te maken hebben met de toeleiding naar de zorgzwaarte. Met andere woorden: er wordt in de huidige situatie vooral gekeken naar waar iemand recht op heeft, niet waar iemand behoefte aan heeft. Ook administratief is er veel rompslomp, waarbij het contracteren op kleine schaal veel kosten met zich mee brengt (denk bijvoorbeeld aan vervoer).

De gemeenten worden verondersteld dicht bij hun inwoners te staan en daardoor een beter aanbod te kunnen bieden, passend bij de ondersteuningsvraag van de cliënt. Het doel is om de toeleiding naar de duurdere, specialistische zorg terug te dringen en daarmee kostenbesparend te werken ten opzichte van de huidige situatie. Integrale afstemming tussen de vier decentralisaties is hierbij van essentieel belang.

1.1 Samenhang met de andere decentralisaties

➤ **Samenhang met Jeugdzorg**

Voor de decentralisatie van de Jeugdzorg komt er een geheel nieuwe wet: de Jeugdwet. De Jeugdwet ligt nu ter besluitvorming bij de Eerste Kamer. De nieuwe Wmo en de Jeugdwet verplichten gemeenten in een verordening regels vast te stellen over toegang, toewijzing en toekenning van voorzieningen en budgetten. Jeugd en Wmo moeten hiertoe goed op elkaar afgestemd zijn.

Twee belangrijke speerpunten bij de decentralisaties zijn efficiëntie en preventie. Dat wil zeggen dat gemeenten worden geacht de zorg efficiënter te regelen, omdat zij dicht bij de inwoners staan en zij hierdoor effectiever kunnen insteken op preventie. Daar waar zorg nodig is kan een gemeente dit op maat leveren. Natuurlijk geldt dit ook voor de andere transities. Wanneer het om gezinnen gaat betekent dit dat de zorg in overeenstemming moet zijn met de aanwezigheid van

4. Er wordt vanuit gegaan dat ook de persoonlijke verzorging bij de gemeente wordt ondergebracht.

eventuele ander zorgaanbod in het gezin (conform het 1 gezin-1 plan-1 regisseur principe, hierover volgt in hoofdstuk drie meer).

Dit maakt integrale samenwerking tussen Wmo en Jeugd wenselijk. Zeker op onderdelen als toegang, inkoop en kwaliteitsbewaking.

➤ **Samenhang met Participatiewet**

De nieuwe participatiewet is een samenvoeging van de WWB, Wsw en een gedeelte van de Wajong (de Wajong voor volledig arbeidsongeschikten blijft bestaan). In West-Friesland wordt gestreefd naar een gezamenlijke uitvoering van de participatiewet in de Werkorganisatie West-Friesland (Wow). De afstemming tussen deze regionale uitvoering van de Participatiewet en de lokale uitvoering is zeer belangrijk. Definitieve besluitvorming over de vorming van de Wow moet nog plaatsvinden.

Inwoners die cliënt zijn van de Wow hebben vaak ook ondersteuning nodig vanuit de Wmo en/of de Jeugdzorg, dan wel andere gemeentelijke voorzieningen. Vanuit de preventiekant is het daarom belangrijk een compleet beeld te krijgen van de ondersteuningsbehoefte van een inwoner. Hierbij is integrale afstemming met Jeugd, Wmo en onderwijs essentieel.

De belangrijkste doelstelling vanuit de Wow is iedereen aan het werk te helpen. Hier zullen verschillende instrumenten bij ingezet worden. Voor de mensen voor wie deelname op de reguliere arbeidsmarkt niet haalbaar is (minder dan 20% verdien capaciteit) zal door de gemeente gezocht worden naar een zinvolle dagbesteding. Hier is veel overlap met de transitie AWBZ. Ook op andere fronten is een integrale aanpak met de doelgroep uit de participatiewet wenselijk en noodzakelijk. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de inzet van vrijwilligers.

➤ **Samenhang met (Passend) Onderwijs**

De lokale toegangspoorten werken nauw samen met de scholen van het Voortgezet en Primair Onderwijs (VO en PO), in het bijzonder met de Zorgadviesteam (ZAT's) of schoolondersteuningsteams. Het accent ligt bij de ZAT's op ondersteuning van kinderen op school en bij de lokale toegangspoorten ligt het accent op ondersteuning thuis.

Het is van belang om goed uit te werken hoe de lijnen tussen de school en de lokale toegangspoorten zo kort mogelijk gehouden kunnen worden na de decentralisaties. In ieder geval spelen de functies jeugdgezondheidszorg en (school) maatschappelijk werk hier een rol in. Een punt van uitwerking is hoe de lokale toegangspoorten en wijkteams zich straks zouden moeten verhouden tot het Speciaal, Voortgezet en Middelbaar Beroeps Onderwijs die een (boven)regionaal bereik hebben. Er moet een modus gevonden worden tussen de gebiedsgerichte insteek van de integrale toegangspoorten en de regionale functie van scholen in het Speciaal, Voortgezet en Middelbaar Onderwijs.

Voor zowel de samenwerkingsverbanden Passend Onderwijs als de gemeenten is wettelijk bepaald dat er Op Overeenstemming Gericht Overleg (OOGO) moet plaatsvinden. Dit betekent dat gemeenten en de Samenwerkingsverbanden Passend Onderwijs ernaar moeten streven om tot overeenstemming te komen over de transitieplannen AWBZ en Jeugdzorg en de ondersteuningsplannen ten behoeve van de invoering van Passend Onderwijs.

Uitgangspunt 1: *De voorbereiding en uitvoering van de vier decentralisaties wordt op elkaar afgestemd om een optimale integrale aanpak mogelijk te maken.*

2 Wie zijn onze cliënten en welke zorg krijgen zij nu?

De gemeenten worden met de nieuwe taken verantwoordelijk voor een deels nieuwe doelgroep. In oktober 2013 is de decentralisatiemonitor opgeleverd door het Wmo-kantoor⁵. Met de decentralisatiemonitor heeft het Wmo-kantoor, in opdracht van de zeven West-Friese gemeenten, de cliëntaantallen, de zorgkosten en aanbieders in beeld gebracht. In de volgende paragrafen worden de nieuwe taken en de doelgroepen nader toegelicht. Per taak wordt de huidige systematiek beschreven en wordt een doorkijk gegeven naar de aantallen cliënten die naar de gemeenten worden overgeheveld.

2.1 Nieuwe doelgroepen

Een aantal doelgroepen dat voorheen onder de AWBZ viel, valt door de decentralisatie van de AWBZ functies Begeleiding en Persoonlijke verzorging per 1 januari 2015 onder de Wmo. Het betreft hier mensen zonder verblijfsindicatie, die zelfstandig thuis wonen en verschillende beperkingen ervaren (lichamelijk, psychiatrisch, verstandelijk, zintuiglijk en/of psychogeriatrisch).

Hieronder gaan we nader in op deze twee nieuwe Wmo-taken die vanuit de AWBZ overkomen en de cliënten die hierbij betrokken zijn.

2.2 Begeleiding: wat is het en welke aantallen komen er naar ons toe?

Begeleiding biedt ondersteuning op meerdere gebieden. Begeleiding omvat een door een aanbieder te verlenen activiteit aan een cliënt met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap die matige of zware beperkingen hebben op het terrein van:

- a. de sociale redzaamheid,
- b. het bewegen en verplaatsen,
- c. het psychisch functioneren,
- d. het geheugen en de oriëntatie, of
- e. gedrag.

Begeleiding kent in het huidige systeem drie indicatiestellingen, namelijk:

1. Begeleiding individueel (hierna BGI)
2. Begeleiding Groep (hierna BGG), eventueel met indicatie vervoer.
3. Kortdurend verblijf (hierna KVB). KVB omvat logeren in een intramurale⁶ instelling gedurende maximaal drie etmalen per week, gepaard gaande met persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding voor een verzekerde met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, indien de verzekerde aangewezen is op permanent toezicht. Dit gebeurt om ouders of mantelzorgers te ontlasten.

De indicatiestelling in bovenstaande gevallen, wordt in het huidige systeem verzorgd door het Centrum Indicatiestellingen Zorg (CIZ). Indicaties voor Wmo-voorzieningen worden in de meeste gevallen door het Wmo-loket van de gemeente zelf gedaan. Indien nodig wordt hiervoor externe (medische) deskundigheid ingeroepen.

De cliënten die nu vanuit de AWBZ een indicatie hebben voor Begeleiding, zijn voor een groot deel al bekend bij de gemeenten, omdat zij naast de indicatie voor begeleiding vaak ook een Wmo-voorziening van de gemeente hebben.

De gemeenten in West-Friesland willen daarom de toeleiding naar zorg zoveel mogelijk lokaal organiseren. Alleen dan is integrale afstemming tussen de verschillende leefdomen van inwoners mogelijk. Daarnaast kan bij een eventueel aanbod de inwoners zoveel mogelijk toegeleid

⁵ Het Wmo-kantoor is een extern consultancy bureau dat gespecialiseerd is in de koppeling van verschillende bestanden die te maken hebben met invoering en transitie op het gebied van de Wmo. Denk hierbij vooral aan gegevensverwerking.

⁶ Mensen die intramurale hulp krijgen verblijven in de instelling waar ze behandeld worden.

worden naar een aanbod dat zo dicht mogelijk bij de burger is georganiseerd. Met toeleiding naar zorg wordt hier de toeleiding naar (tweedelijns) specialistische zorg bedoeld: zorg die niet beschikbaar is bij algemene voorzieningen en die niet vrij toegankelijk is. In hoofdstuk 4 wordt verder toegelicht wat wordt verstaan onder deze vormen van zorg.

Uitgangspunt 2: *de indicatiestelling na 2015 wordt gedaan door lokale toegangspoorten (lokale loketten of wijkteams) daar waar nodig wordt externe (medische) deskundigheid ingeroepen.*

In deze nota wordt de term indicatiestelling (nog) gehanteerd. In de nieuwe situatie wordt hiermee de gemeentelijke toeleiding naar de juiste zorgondersteuning (niet vrij toegankelijke zorgaanbod) bedoeld. Dit is niet te verwarren met de indicatiestelling zoals die nu gebeurt door het CIZ.

Tabel 1: Aantal cliënten Begeleiding per gemeente en percentage bekendheid via Wmo-voorzieningen.

Gemeenten	Aantal cliënten	Bekend bij gemeenten in %
Drechterland	127	52%
Enkhuizen	207	42%
Hoorn	783	39%
Koggenland	159	59,1%
Medemblik	322	43,2%
Opmeer	87	52,9%
Stede Broec	153	40,5%

Uit de rapportage van het Wmo-kantoor (Bijlage 1) komt het volgende beeld voor de West-Friese gemeenten:

Huidige cijfers Begeleiding regio West-Friesland	
Aantallen BG (begeleiding) cliënten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De West-Friese gemeenten kennen voor BG <ul style="list-style-type: none"> - 2.250 unieke indicaties (CIZ) - 2.972 ZIN cliënten - 1.200 Pgb cliënten (Vektis) ▪ 1.994 cliënten zijn eigen bijdrageplichtig (CAK). ▪ De West-Friese gemeenten hebben relatief minder jeugdige BG cliënten dan landelijk gemiddeld is.
Grondslag	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 45% van volwassenen met BG heeft een psychiatrische aandoening. ▪ 95% van jeugdigen met BG heeft een verstandelijke handicap. ▪ de groep volwassen cliënten met een lichamelijke handicap (23,5%) is veel groter dan het landelijk gemiddelde van 10%; ▪ de groep met een verstandelijke handicap is kleiner dan het landelijk gemiddelde (7% vs. 24%)
Zorg in natura (ZIN) en persoonsgebonden budget (PGB)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 84% van volwassenen kiest ZIN (zorg in natura); 72% van de jeugdigen kiest PGB. Deze percentages zijn vergelijkbaar met de landelijk gemiddelden van 79% respectievelijk 76%.
Vervoer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Het grootste gedeelte van cliënten met BGG (begeleiding groep) heeft deze indicatie inclusief vervoer. In de West-Friese gemeenten zijn de percentages vergelijkbaar met het landelijk gemiddelde.
Kosten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De totale jaarlijkse kosten voor volwassenen bedragen bijna €24,5 mln, de kosten voor jeugd bedragen bijna €8,5mln.
Aanbieders	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De 10 grootste zorgaanbieders voor BG hebben 87% van de markt in

2.2.1 Persoonlijke verzorging (PV): wat is het en welke aantallen komen er naar ons toe?

NB. Op dit moment wordt landelijk de discussie gevoerd of PV toch naar de zorgverzekeringswet zou moeten gaan. Deze discussie is nog niet beslecht bij het afronden van deze rapportage. Deze rapportage is echter zodanig opgesteld dat de hierin geformuleerde uitgangspunten ook van kracht blijven bij het eventueel uitblijven van overheveling van PV naar de Wmo.

Persoonlijke verzorging is normaliter zelfzorg of zorg die ouders aan hun kind verlenen. Het omvat alle algemene dagelijkse verrichtingen die mensen gebruiken als zij zelf zorg uitvoeren.

Activiteiten waarop geïndiceerd wordt zijn:

- Zich wassen/ kleden;
- In en uit bed gaan/ zich verplaatsen in zit- of lighouding;
- Naar toilet gaan en zich reinigen;
- Eten en drinken;
- Ondersteuning bij uitscheiding (stoma/katheter, etc);
- Sondevoeding;
- Medicatie;
- Persoonlijke zorg voor tanden, nagels, haren en huid;
- Aanbrengen/verwijderen van prothese/hulpmiddel;
- Aanleren en begeleiden van Persoonlijke Verzorgings-activiteiten.

Er zijn drie vormen van Persoonlijke verzorging

1. Basis. Geheel of gedeeltelijk overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging (met inbegrip van enige begeleiding bij die activiteiten).
2. Extra. Realisatie van 'beschikbaarheid van persoonlijke verzorging', waardoor de cliënt erop kan rekenen dat de zorgaanbieder naast planbare zorg ook oproepbare zorg levert binnen een redelijke tijd.
3. Speciaal. Geheel of gedeeltelijk overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging. Deze zorg wordt geleverd in combinatie met hulp bij chronische gezondheidsproblemen (ziekenverzorging) en/of complexe zorgvraag (controle lichaamsfuncties, wondverzorging en begeleiding bij het omgaan met een ernstige ziekte).

Persoonlijke Verzorging (PV) wordt veelal geleverd door thuiszorgaanbieders. Thuiszorgaanbieders in de sector verpleging en verzorging leveren de meeste Persoonlijke Verzorging. Deze aanbieders leveren vaak ook al huishoudelijke hulp en zijn bekend bij de gemeente. Per 1 januari 2015 wordt extramurale PV overgeheveld naar de Wmo. Uitzondering hierbij zijn mensen die naast deze PV ook verpleging nodig hebben. Deze mensen kunnen vanaf 2015 aanspraak maken op de nieuwe functie "thuisverpleging" die wordt opgenomen in de zorgverzekeringswet. Gemeenten worden verantwoordelijk voor deze ondersteuning en ontvangen hiervoor circa 85% van het huidige beschikbare budget (exclusief het deel dat naar de zorgverzekeringswet gaat).

Tabel 2: Aantal cliënten Persoonlijke verzorging per gemeente en percentage bekendheid via Wmo-voorzieningen.

Gemeenten	Aantal cliënten	Bekend bij gemeenten in %
Drechterland	174	73,6%
Enkhuizen	238	74,4%
Hoorn	786	80,8%
Koggenland	257	80,2%
Medemblik	434	77,2%
Opmeer	151	80,1%
Stede Broec	178	74,7%

Uit de rapportage van het Wmo-kantoor (2013) volgt een overzicht voor wat betreft de stand van zaken van de functie persoonlijke Verzorging in de regio West-Friesland:

Huidige cijfers Persoonlijke Verzorging regio West-Friesland	
Aantallen PV cliënten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De West-Friese gemeenten kennen voor Persoonlijke Verzorging: <ul style="list-style-type: none"> - 2.540 indicaties (CIZ) - 3.930 ZIN cliënten - 486 Pgb cliënten (Vektis). ▪ 2.563 cliënten betalen een eigen bijdrage (CAK). ▪ Het aandeel cliënten met PV ten opzichte van de gehele bevolking in de West-Friese gemeenten is <i>lager</i> dan het landelijk gemiddelde.
Grondslag	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 83% van de volwassen met PV heeft een somatische aandoening. ▪ 68% van jeugdigen met PV heeft een verstandelijke handicap.
Groot deel al bekend bij de gemeente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 78% van de cliënten met PV is reeds bekend bij de gemeente vanwege een Wmo-voorziening waarover een eigen bijdrage wordt geheven.
Zorg in natura (ZIN) en persoonsgebonden budget (PGB)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 93% volwassenen kiest ZIN; 88% jeugdigen kiest Pgb. Deze percentages zijn <i>hoger</i> dan de landelijke gemiddelden van 88% respectievelijk 86%.
Kosten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De totale jaarlijkse kosten voor PV volwassenen bedragen ruim €27,3 mln, de kosten PV voor jeugd bedragen bijna €2 mln.
Aanbieders	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De 10 grootste zorgaanbieders van PV verzorgen gezamenlijk 94% van de PV in natura voor de West-Friese gemeenten.

2.2.2 Overlap over te halen taken en huidige Wmo-clënten

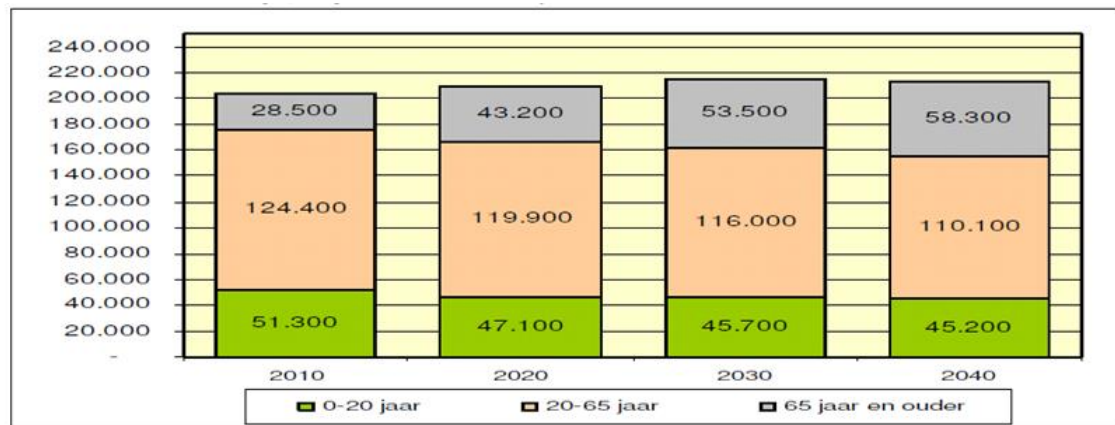
We kunnen concluderen dat 58% van alle cliënten die nu vanuit de AWBZ een indicatie hebben voor Begeleiding of Persoonlijke Verzorging, al bekend is bij de West-Friese gemeenten, doordat deze 58% in de eerste periode van 2013 al een eigen bijdrage voor een Wmo-voorziening betalen.

2.3 **Ontwikkeling doelgroepen de komende jaren**

De verwachting is dat de komende jaren, vanwege de vergrijzing, het aantal mensen binnen deze doelgroepen zoals deze worden overgeheveld, nog zullen stijgen.

In West-Friesland kan de regionale demografische ontwikkeling als volgt worden samengevat: het aantal inwoners en het aantal huishoudens stijgt tot 2030 nog iets en zal daarna stabiliseren. Gemeenten als Drechterland, Opmeer en Medemblik zullen nog nauwelijks groeien in de periode 2010-2040.

Tabel 3: Bevolkingsprognose naar leeftijdsgroepen voor de regio West-Friesland



Bron: CBS-statline, Regionale bevolkingsprognose (oktober 2009) bewerkt door I&O Research

Voorals de vergrijzing zal flink toenemen. Globaal zal er sprake zijn van een verdubbeling van de groep 65+ (van 30.000 in 2010 naar 60.000 in 2040) en een afname van de groep jongeren en de beroepsbevolking. Binnen de doelgroep 65+ zal ook de groep van kwetsbare ouderen enorm toenemen. Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden). Tussen 2010-2030 zal het aantal kwetsbare ouderen toenemen met 30%. Problemen als dementie (waarvan de verwachting is dat het aantal patiënten binnen 20 jaar zal verdubbelen), eenzaamheid, depressiviteit en lichamelijke beperkingen komen daardoor veel pregnanter op de agenda te staan.

3 Wat willen we bereiken?

Voor gemeenten zijn de decentralisaties een enorme uitdaging, mede omdat door het Rijk aan de decentralisaties ook een besparingsopgave is gekoppeld. Toch kan de Wmo een realistisch en aantrekkelijk perspectief bieden op verbeteringen voor praktische en financiële uitvoering van de huidige AWBZ-zorg. Gemeenten kunnen nu een paar onwenselijke zaken overboord zetten: de regels, de bureaucratie, het rigide toekenningsysteem. Ook zorgaanbieders hebben hier behoefte aan. Daarvoor moeten de AWBZ-functies die overkomen naar gemeenten op de Wmo manier gekanteld worden: de gemeente heeft niet langer een zorgplicht maar heeft de plicht om beperkingen te compenseren. In het concept wetsvoorstel Wmo 2015 is er geen sprake meer van compensatieplicht, maar wordt uitgegaan van maatwerkvoorzieningen. Dit betekent dat zorg op maat met een aanbod dat afgestemd is op de ondersteuningsvraag het primaat is.

3.1 Een gezamenlijke visie: Hoe ziet de gewenste toekomstsituatie er uit?

Om deze uitdaging binnen het sociale domein te kunnen oppakken hebben de gemeenten in West-Friesland een gezamenlijke visie op het de decentralisatie van de AWBZ-taken naar de Wmo geformuleerd. De kernboodschap van die visie is dat *iedere inwoner van West-Friesland zelf de regie voert over zijn/haar leven. Eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid vormen hierbij het uitgangspunt. Omzien naar elkaar en onderlinge zorgzaamheid zijn van groot belang. Waar nodig draagt de gemeente zorg voor een vangnet van ondersteunende voorzieningen.*

Deze visie gaat uit van een Kanteling in het denken over de Wmo, waarbij de eigen kracht van de inwoner het nieuwe vertrekpunt is en waarbij een voorziening geen doel op zich is, maar een middel om het afgesproken resultaat te behalen. Dit betekent dat de gemeenten alleen waar nodig de ondersteuning bieden bij het vinden van (duurzame) oplossingen om meedoen mogelijk te maken. Waar dit niet lukt, zorgen de gemeenten voor een vangnet. Garantie op zorg voor mensen die het nodig hebben is voor de gemeenten in West-Friesland het uitgangspunt.

West-Friese **visie** decentralisatie AWBZ naar Wmo:

Iedere inwoner van West-Friesland voert zelf de regie over zijn/haar leven. Eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid vormen hierbij het uitgangspunt. Omzien naar elkaar en onderlinge zorgzaamheid zijn van groot belang. Waar nodig draagt de gemeente zorg voor een vangnet van ondersteunende voorzieningen.

Speerpunten visie

- De inwoner staat centraal
- Eigen kracht vormt de basis
- Iedereen kan meedoen
- Investeren in preventie
- 1 gezin- 1 plan - 1 regisseur
- De gemeente voert regie en stuurt op resultaat
- Lokaal wat kan en regionaal wat moet

3.2 Ambitie: wat willen wij realiseren?

De ambitie is om op de Wmo-manier ondersteuning meer te realiseren vanuit de leefwereld van mensen en minder vanuit het aanbod van systemen. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is de ondersteuning breder en met meer dwarsverbindingen op te pakken, omdat mensen die begeleiding en/of zorg krijgen vaak ook steun nodig hebben op het terrein van bijvoorbeeld werk en inkomen, opvoeding of gezondheid. Het werken volgens het principe van '1 gezin, 1 plan, 1 regisseur' is hierbij van essentieel belang.

West-Friese **ambitie** decentralisatie AWBZ naar Wmo:

De ambitie is om op de Wmo-manier: 'de Kanteling', ondersteuning te bieden en meer te realiseren vanuit de leefwereld van mensen en minder vanuit het aanbod.

Speerpunten ambitie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ de maatschappelijke participatie van inwoners met een beperking vergroten; ▪ de doelmatigheid van ondersteuning verhogen; ▪ meer eigen regie op het eigen leven voor de inwoner; ▪ meer maatwerk vanuit de gemeente en vanuit de zorg- en welzijnsorganisaties; ▪ zorg dichterbij huis; ▪ minder regels en protocollen; ▪ het bij elkaar brengen van verschillende facetten van het sociaal domein van de tot nu toe gescheiden werelden van jeugdzorg, werk en inkomen en begeleiding en zorg; ▪ Innovatie in zorgaanbod stimuleren: zorgaanbod moet flexibeler worden om maatwerk mogelijk te maken.
---------------------	---

3.3 Doelstelling

Met dit plan stellen wij kaders vast voor het realiseren van een nieuw Wmo-beleid en uitvoering waarin de nieuwe gemeentelijke taken zijn geïntegreerd en geheel conform de principes van de Kanteling zijn vormgegeven. Hierbij moet samen met de zorg- en welzijnspartners een balans worden gevonden tussen de behoefte van de inwoner aan maatschappelijke ondersteuning enerzijds en de voorzieningen anderzijds. De nieuwe werkwijze vertrekt vanuit de bovenstaande visie en ambitie. Beide sluiten aan op de lokale Wmo-visies en Wmo-beleidsplannen.

Doel West-Friese beleidskader decentralisatie AWBZ naar Wmo:

- Meedoen aan de samenleving mogelijk maken voor alle inwoners; actieve en gezonde maatschappelijke deelname c.q. participatie mogelijk maken.
- Versterken van het zelforganiserend vermogen van (groepen) inwoners: versterken van de sociale samenhang en beter samenspel tussen niet professionals.
- Mogelijk maken van eigen kracht: vraaggestuurde inrichting van de dienstverlening gericht op meedoen.
- 4. Niemand tussen wal en schip: toegankelijke professionele ondersteuning voor kwetsbare burgers.

3.4 Waar liggen voor de gemeenten de belangrijkste opgaven?

De decentralisatie AWBZ als transitie gaat over het goed regelen van de overdracht van taken en middelen van het Rijk naar gemeenten. De decentralisatie AWBZ beperkt zich echter niet tot een overheveling van taken vanuit de AWBZ naar de Wmo. Doel van de decentralisatie is om zorg en ondersteuning dichtbij mensen te organiseren en meer gebruik te maken van de eigen kracht en mogelijkheden van burgers. Daarom is de decentralisatie AWBZ ook een transformatie: de aard van de ondersteuning zal veranderen. Aan deze transformatie zijn ook financiële taakstellingen gekoppeld.

Dit betekent dat gemeenten zowel een organisatorische als financiële opgave hebben om *de transitie* (de overheveling van taken en budgetten) en *de transformatie* (het veranderen van denken en gedrag) te realiseren.

3.4.1 Organisatorische opgaven

De gemeente als organisatie moet op tijd ingericht zijn om de nieuwe taken uit te voeren. Daarnaast moet ook bij gemeenten de volledige Kanteling in denken plaatsvinden waarbij er meer wordt gedacht vanuit de eigen kracht van inwoners en vanuit hun leefomgeving. De twee grootste organisatorische opgaven voor gemeenten zijn:

1. De toegang tot zorg en ondersteuning Kantelingsproof maken: werkprocessen implementeren en inhoudelijke toegangscriteria opstellen waarmee door middel van onderzoek/gesprek gezocht kan worden naar passend ondersteunings- of zorgaanbod;

2. Invulling geven aan de rol als opdrachtgever en regisseur richting aanbieders: ordening aanbrenge in het zorgaanbod en vernieuwing van het ondersteuningsaanbod stimuleren.

Voor gemeenten is het cruciaal dat de transitie op de terreinen van de (onderkant van) de arbeidsmarkt, de jeugdzorg, het passend onderwijs en de begeleiding en persoonlijke verzorging, goed op elkaar worden afgestemd. Dit is zowel voor het opdrachtgeverschap als voor de toegang tot ondersteuning essentieel. De aanname dat lokale uitvoering van deze taken effectiever en efficiënter is, gaat immers uit van een integrale afstemming tussen de transities.

Uitgangspunt 3a: *De ambtelijke organisatie van gemeenten is op 1 januari 2015 ingericht om alle nieuwe taken uit te voeren.*

- Voor huidige en toekomstige cliënten is duidelijk wat er voor hen verandert.
- Met aanbieders worden afspraken gemaakt, zodat er op 1 januari 2015 waar nodig professionele ondersteuning beschikbaar is.
- Zachte landing: de transformatie heeft ingrijpende gevolgen. Omdat het veelal kwetsbare burgers betreft is het belangrijk dat de transformatie zorgvuldig gestalte krijgt. Dat wil zeggen dat burgers voldoende tijd krijgen om zich op die veranderingen voor te bereiden en in de overgangsfase cliënten die nog zorg krijgen niet tussen wal en schip raken. Een dergelijke ‘zachte landing’ sluit aan bij het overgangsjaar dat in de concept wettekst is opgenomen.
- De regierol van de gemeente en de toegang naar zorg en ondersteuning wordt zoveel als mogelijk integraal vorm gegeven over het brede sociale domein; samenwerking tussen de vier decentralisaties is cruciaal.
- Voor 2015 heeft elke gemeente een nieuwe Wmo-verordening vastgesteld. De verordening is regionaal afgestemd met lokale invullingen.

3.4.2 Financiële opgaven

Er is sprake van een aanzienlijke toename van de gemeentelijke verantwoordelijkheden op het terrein van de Wmo en de Jeugdzorg, terwijl er tegelijk een zeer forse besparingstaakstelling aan zowel de bestaande als nieuwe taken wordt gekoppeld.

In het regeerakkoord is voor de AWBZ-functies: begeleiding en persoonlijke verzorging, die naar de gemeenten worden overgeheveld, een korting ingeboekt ter hoogte van 1,5 tot 1,7 miljard euro (een budgetkorting van 25 %). Een ingrijpende hervorming is nodig om deze bezuinigingsopgave te realiseren.

De uitgaven voor AWBZ-begeleiding zijn de afgelopen tijd jaarlijks gestegen, ondanks de pakketmaatregelen.⁷ Zo was er in de periode 2010/2011 sprake van een stijging van 8% van het aantal cliënten in anderhalf jaar tijd. Om de bezuiniging van 25% te behalen, moeten we minimaal terug naar het niveau van zorg en ondersteuning van circa 5 jaar geleden.

Wij verwachten de financiële opgaven deels te kunnen opvangen via slimmere en goedkopere arrangementen van ondersteuning: door een inwoner en zijn of haar eigen netwerk te laten bepalen wat er nodig is en wat ze zelf kunnen doen (zelfregie), door te ontkokeren (minder hulpverleners in een gezin of huishouden), door meer maatwerk te leveren en door zorg dichtbij te organiseren. Door de stapeling van bezuinigingen vanuit het Rijk in een korte periode lopen gemeenten desalniettemin een financieel risico.

Uitgangspunt 3b: *Sluitende financieringsystemen en beschikbare budget zijn*

⁷ Dit betreft de eerste overheveling van de AWBZ naar de Wmo, namelijk ondersteunende en activerende begeleiding en het schrappen van de grondslag psychosociaal.

leidend.

- De bezuinigen zoveel mogelijk opvangen door het realiseren van slimmere en goedkopere arrangementen van ondersteuning: door cliënten en zijn of haar eigen netwerk te laten bepalen wat er nodig is en wat ze zelf kunnen doen (zelfregie), door te ontkokeren (minder hulpverleners in een gezin of huishouden), door meer maatwerk te leveren en door zorg dichtbij te organiseren.
- Hoe dan ook zijn pijnlijke keuzes niet te vermijden omdat de bezuiniging niet in zijn geheel hiermee op te vangen is. Zachte landing: De transformatie heeft ingrijpende gevolgen. Omdat het veelal kwetsbare burgers betreft is het belangrijk dat de transformatie zorgvuldig gestalte krijgt. Dat wil zeggen dat burgers voldoende tijd krijgen om zich op die veranderingen voor te bereiden en in de overgangsfase cliënten die nog zorg krijgen niet tussen wal en schip raken. Een dergelijke ‘zachte landing’ sluit aan bij het overgangsjaar dat in de conceptwettekst is opgenomen.
- Ondersteuning moet vooral terecht komen bij hen die het écht nodig hebben en het niet zelf kunnen betalen.

In hoofdstuk zes wordt verder ingegaan op de financiële opgaven.

3.5 Voorwaarden voor uitvoering nieuwe taken

De decentralisaties gecombineerd met de bezuinigingen zorgen niet alleen voor financiële noodzaak maar ook voor kansen om het anders te doen. Hierboven hebben wij de kans om het ‘anders te doen’ vertaald in een visie, ambitie en doelstelling.

Hieronder worden de belangrijkste voorwaarden voor de verdere vormgeving van de uitvoering van de ondersteunende begeleiding en persoonlijke verzorging benoemd. Deze voorwaarden zijn onderverdeeld in voorwaarden voor de regionale samenwerking en voorwaarden voor de praktische uitvoering van de zorgtaken.

Voorwaarden uitvoering decentralisatie AWBZ naar Wmo

Regionale samenwerking

- Lokaal wat kan, regionaal wat moet
- De rol van de gemeente is regisserend en faciliterend, niet uitvoerend
- Regionale samenwerking en solidariteit: niet als doel op zich maar weloverwogen keuze om bepaalde (dure) vormen van zorg en dienstverlening samen goed vorm te geven.
- Samenwerking met zorg- en welzijnspartners én vertegenwoordigers van inwoners.
- Bovenregionale voorzieningen: uitvoerders van zorg moeten samenwerking zoeken in aanbod van zorg.

Uitvoering van taken

- Zorg voor de cliënt staat centraal.
- Eigen regie en verantwoordelijkheid staan voorop; ondersteuning wordt eerst gezocht in de eigen omgeving of netwerk.
- Benutten van lokale voorzieningen: het aanbod dicht bij huis ontwikkelen betekent ook meer gebruik maken van lokale voorzieningen. De decentralisatie biedt een kans op het ontwikkelen van creatieve vormen dienst- en hulpverlening
- Ontschotten van toegang en aanbod: de huidige structuur in scheiding van doelgroepen, de scheiding van budgetten en het aanbodgericht werken leiden tot een veelvoud aan toegangslotketten en ondersteuningsaanbod door diverse hulpverleners. Dit is niet effectief noch efficiënt.
- Ruimte voor experimenteren om innovatie te stimuleren.
- Loslaten en vertrouwen

4 Hoe willen wij het organiseren?

De decentralisatie van de begeleiding van AWBZ naar Wmo biedt een gemeente de kans om de ondersteuning voor haar inwoners op een cliëntgerichte wijze te organiseren en maatwerk te bieden, wat mensen nog wel kunnen is daarbij leidend.

In hoofdstuk één is beschreven dat de decentralisatie AWBZ behalve een transitie ook een transformatie inhoudt.

Randvoorwaarde voor deze transformatie is een Wmo-proof en Kantelingsgerichte invulling van de drie belangrijkste onderdelen van de nieuwe verantwoordelijkheden van gemeenten:

- a) De organisatie van de toegang;
- b) De rol van de gemeente;
- c) Inhoudelijke vernieuwing van het ondersteuningsaanbod.

4.1 De organisatie van de toegang

Allereerst is het belangrijk om na te gaan wat precies wordt verstaan onder ‘toegang’. ‘Toegang’ is de poort waardoor de cliënt met een hulpvraag bij de gemeente komt. De toegang tot zorg en ondersteuning dient zo dicht mogelijk bij de burger te worden georganiseerd. Daarnaast moet de structuur passen bij de karakteristieken en mogelijkheden van de desbetreffende gemeente. Het toegangsverhaal is dan ook voor een groot deel lokaal verhaal.⁸ In iedere gemeente zal de lokale toegangspoort anders worden ingericht, maar alle lokale toegangspoorten hanteren de kantelingsprincipes en gaan uit van een zo integraal mogelijke toegangsvorm:

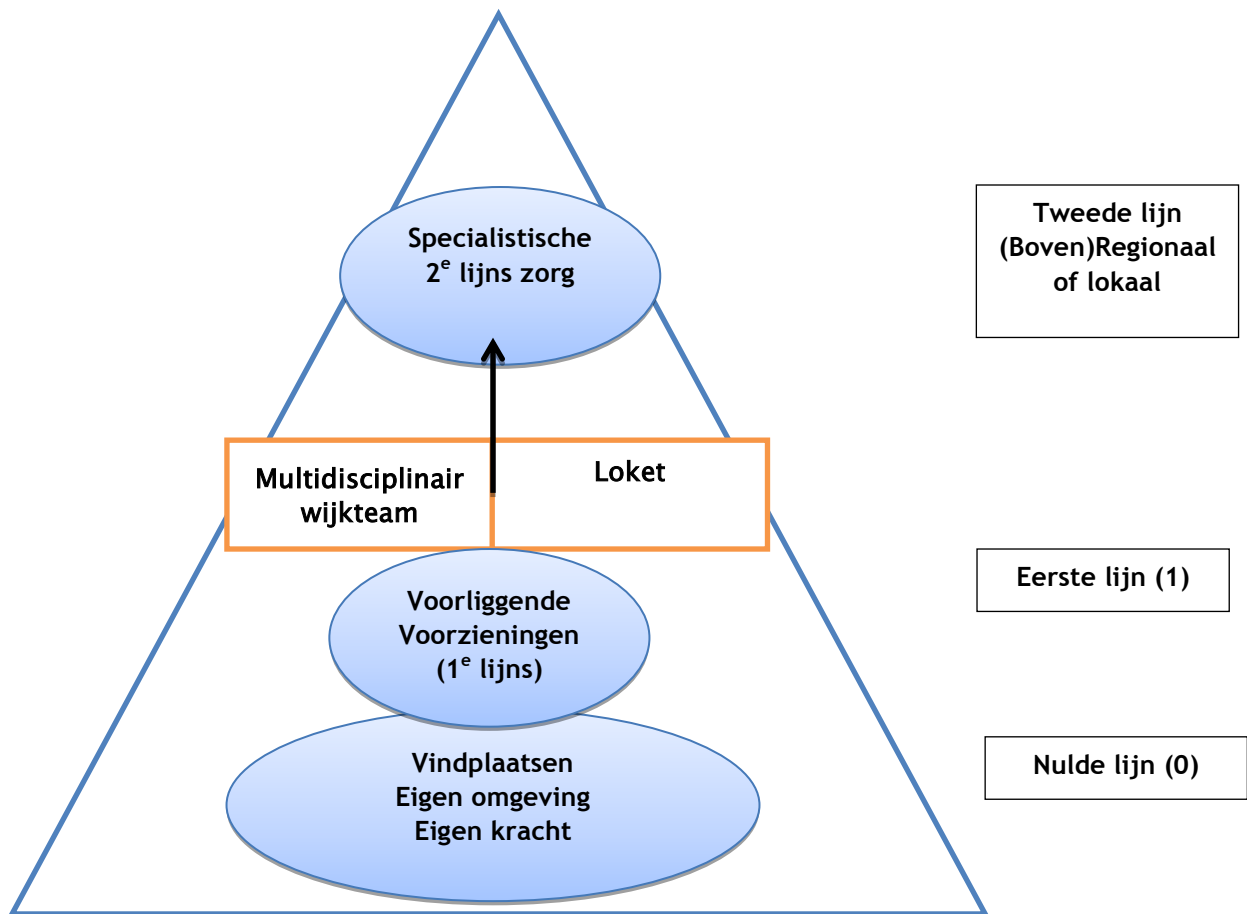
Uitgangspunt 4a: *De West-Friese gemeenten richten hun lokale toegangspoorten volgens de principes van de Kanteling in en gaan uit van een zo integraal mogelijke toegangsvorm.*

- We werken integraal via het principe: één gezin, één plan, één regisseur. Lokale toegangspoorten kijken integraal en ontschot naar alle levensgebieden voor alle leeftijden (0-99 jaar): huisvesting, financiën, sociale relaties (incl. opvoeding), geestelijke en lichamelijke gezondheid, zingeving, praktisch functioneren, werk, opleiding, etc. Zij stellen samen met de cliënt en het netwerk het ondersteuningsplan op, op grond waarvan wordt bepaald of een zorgtraject nodig is en wie als aanspreekpunt optreedt.
- De lokale toegangspoorten zijn bedoeld voor de toeleiding naar alle vormen van ondersteuning en zorg en voor de terugleiding van zware naar lichte ondersteuning.
- Preventie gaat voor curatie en collectieve oplossingen gaan boven individuele oplossingen.
- Medewerkers van de lokale toegangspoort voeren een zogenaamd keukentafelgesprek bij mensen thuis en bieden maatwerk: iedere situatie is anders en een beperking bij de één leidt tot andere vragen dan dezelfde beperking bij een ander.
- Het bieden van maximale zelfregie en samenredzaamheid aan cliënten; cliënten en het netwerk rondom de cliënt bepalen in principe zelf de inhoud van het persoonlijke ondersteuningsplan. De lokale toegangspoorten maken hierbij zoveel mogelijk gebruik van sociale netwerkstrategieën.
- De toegangspoort wordt zo lokaal en zo dichtbij mogelijk georganiseerd. Het precieze schaalniveau varieert per gemeente.
- Iedere gemeente stelt een aangepaste Wmo-verordening vast waarin de nieuwe functies worden geïntegreerd (AWBZ en jeugd), tenzij de nieuwe Jeugdwet anders voorschrijft. Deze verordening voldoet aan bovenstaande kantelingsprincipes (gebaseerd op de modelverordening VNG).
- Hierbij is matched care leidend: iemand met ernstige problematiek wordt direct doorverwezen naar passende zorg. Uitgangspunt is dat deze zorg zo tijdelijk mogelijk is. Hiernaast moet de toegang zo worden gearrangeerd dat de continuïteit van zorg bij wisseling van leefgebied is gewaarborgd.

⁸ Toegang in de nieuwe jeugdwet gaat over de hulpvraag van de cliënt tot en met passende ondersteuning

4.1.1 Invulling van de toegang door de zeven West-Friese gemeenten

Hoewel de toegangspoort tot zorg lokaal wordt ingevuld, wordt deze vormgegeven aan de hand van bovenstaande punten die allen regionaal worden gedeeld. Hierdoor kunnen we een schematische weergave maken waarin een basisvorm wordt weergegeven van alle lokale toegangspoorten.



Toegang kan verschillende vormen aannemen zoals een digitaal platform, een website, een loket, een wijkteam of een combinatie van één of meerdere vormen. Deze poort geeft de cliënt dus toegang tot de hulp die hij/zij nodig heeft. Naar aanleiding van de hulpvraag kan er hulp aangeboden worden vanuit de nulde, eerste of tweede lijn.⁹

Vanuit de nulde lijn kunnen mensen hun ondersteuningsbehoefte in de eigen omgeving oplossen. Als iemand een hulpvraag aan de eerste lijn stelt, is de eerste actie, kijken of de vrager zijn probleem (eventueel met ondersteuning) zelf kan oplossen. Waar dit niet mogelijk is, start een beweging van de eerste lijn naar de tweede lijn. De gemeente voert de regie op deze beweging en bepaalt de toegang naar de tweedelijnsvoorzieningen.

De algemene voorzieningen in de eerste lijn zijn in principe altijd beschikbaar voor elke burger. Het is de bedoeling dat deze voorzieningen door een bredere toegankelijkheid (voor een deel) de aanspraak op “specialistische” ondersteuning kunnen voorkomen c.q. verminderen.

⁹ **Nulde lijn.** Dit zijn de basisvoorzieningen. Denk hierbij aan hulp van burens, mantelzorg, (sport)verenigingen, kerk en vrijwilligerswerk.

Eerste lijn. Het betreft hier (sociale) professionals op het gebied van welzijn en zorg zoals: huisarts, maatschappelijk werk, Centrum voor jeugd en gezin, welzijnswerker.

Tweede lijn. Het betreft hier professionele specialistische voorzieningen zoals: jeugdzorg, hulp bij het huishouden, verslavingszorg, psychiatrie, medisch specialisten.

Binnen regio West-Friesland werken de gemeenten met een wijkteam (in enkele gemeenten heet dit het gebiedsteam). Iedere gemeente heeft een of meerdere wijkteams. De samenstelling van een wijkteam kan per gemeente verschillen. Dit is namelijk afhankelijk van de functies die door een betreffende gemeente aan het wijkteam worden toegekend en de demografie van de betreffende gemeente.

Het multidisciplinair wijkteam kan naar gelang uitgerust worden met diverse specialisaties. Het wijkteam en het loket kunnen al naar gelang ook samen één team vormen. Ondanks de lokale verschillen, blijft in elk van de West-Friese gemeentes het wijkteam een rol van schakelpunt vormen tussen enerzijds de inwoners en anderzijds het zorg- en ondersteuningsaanbod.

De functies die in ieder geval in alle wijkteams terugkomen zijn:

- het signaleren van en het fungeren als meldpunt voor vragen en initiatieven van bewoners;
- het bevorderen en faciliteren van initiatieven van bewoners;
- het geven van informatie en advies;
- het voeren van intakegesprekken, maken van diagnoses en arrangementen;
- het uitvoeren van lichte, kortdurende eerstelijns-ondersteuning;
- het gericht inzetten van langer durende eerstelijns-ondersteuning en/of gespecialiseerde ondersteuning in de tweede lijn (al dan niet via een toegang of een toets) en;
- het doorverwijzen naar een integraal stedelijk of regionaal netwerk bij complexe/meervoudige casuïstiek.

Afhankelijk van hun individuele situatie, kunnen inwoners vanuit de toegang worden verwezen naar:

- oplossingen in het gewone leven (inwoners begeleiden elkaar) en/of;
- kortdurende of langdurende professionele basis-ondersteuning in de eerste lijn en/of;
- professionele gespecialiseerde ondersteuning in de tweede lijn.”

4.1.2 Wat gebeurt lokaal?

De ‘civil society’ neemt in de nieuwe vormgeving van de toegang een prominentere plaats in. Civil society is een systeem van verbanden waar mensen vrijwillig deel van uitmaken. De verbanden in een civil society vallen buiten de sfeer van ‘gevestigde’ verbanden, zoals overheid. De civil society gaat uit van betrokkenheid van burgers bij de publieke zaak, vergroting van maatschappelijk zelfbestuur, minder overheidsbemoediging, beperking van commerciële invloeden en versterking van gemeenschapszin en tolerantie. Hieraan kan ook de nieuwe term ‘participatiemaatschappij’ gerelateerd worden. Kortom, de burger zal een grotere rol krijgen in dit proces. Voor de cliënt is dit prettig omdat problemen die op de nulde lijn kunnen worden opgelost ook aangepakt kunnen worden in de eigen omgeving, met behulp van anderen.

De gedachte achter de invulling van de toegang is binnen West-Friesland: lokaal wat kan, regionaal wat moet. Om voor de burger een duidelijk aanspreekpunt te creëren, dichtbij en makkelijk bereikbaar, is het van groot belang om ook de toegang hierop te enten. Om dit te kunnen realiseren, binnen het gegeven budget, is een platte organisatie belangrijk. Deze organisatie kan op verschillende manieren worden vormgegeven. Op lokaal niveau vindt verdere invulling plaats. Dit is inclusief uitwerking personele consequenties, opleiding, training en methodiek. Veel gemeenten in West-Friesland opteren voor een multidisciplinair wijkteam.

4.2 Rol gemeenten

Gemeenten dienen te kijken welke mogelijkheden mensen zelf hebben of wat er in hun sociale netwerk aanwezig is om hen te laten participeren in de samenleving.

De gemeenten zullen dus pas in tweede instantie de rol oppakken als ondersteuner of zorgverlener. Wanneer dit nodig is, wordt zorg op maat geleverd. Uiteindelijk zal dit voor mensen betekenen: meer eigen regie, meer zinvolle activiteiten dichtbij huis, aansluitend bij wat mensen kunnen en bij hun eigen netwerk.

De uitvoering van de nieuwe Wmo 2015 vraagt van de gemeenten om in korte tijd met een groot aantal organisaties afspraken te maken over het leveren van ondersteuning. De gemeenten worden ook verantwoordelijk voor de organisatie van de toegang tot diezelfde ondersteuning.

Vanwege de omvang van deze operatie - transitie en bezuiniging - kiezen de gemeenten ervoor om in de aanloop naar 2015 een sterke regie uit te voeren op dit dossier. De zorgorganisaties, welzijnsinstellingen, cliëntenorganisaties en andere betrokkenen zijn en worden in de aanloop naar 2015 geconsulteerd. Ook na 2015 zullen deze gesprekken worden voortgezet, maar dan binnen het kader van de nieuwe Wmo.

Om de beoogde transformatie in gang te zetten zullen gemeenten zich tegelijkertijd als samenwerkingspartner opstellen. Eindperspectief is dat in 2020 aanbieders en burgers hun verantwoordelijkheid nemen voor een zorgzame samenleving en betaalbare professionele ondersteuning. Gemeenten moeten hen de ruimte en mogelijkheden bieden om die verantwoordelijkheid waar te maken. Dit betekent een rolverandering van de gemeente van sterke regie naar een meer inhoudelijk facilitator met eindverantwoordelijkheid.

Uitgangspunt 4b: *De gemeente kiest voor eens sterke regierol op het proces van decentralisaties.*

4.3 Inhoudelijke invulling van het ondersteuningsaanbod

We onderscheiden in de Wmo oplopend in zwaarte de volgende vormen van ondersteuning:

1. Oplossingen in eigen omgeving: Inwoner lost vraag zelf of binnen eigen netwerk op eventueel na advies en/of informatie
2. Algemene voorzieningen: Voorzieningen waar elke burger, soms tegen betaling, maar zonder indicatie, gebruik van kan maken. Relatief het goedkoopst, maar wellicht minder toegesneden op een individuele vraag. Voorbeelden zijn: vrijwillige hulp/ondersteuning, buurthuis (inloop en activiteiten), preventieve cursussen.
3. Collectieve voorzieningen: Voorzieningen die in een collectieve vorm worden uitgevoerd, maar waarvoor een individuele toekenning nodig is. Deze worden in een collectieve vorm uitgevoerd, daardoor goedkoper dan individuele voorzieningen. Voorbeelden: collectief vervoer, scootmobielpool, bepaalde vormen van dagbesteding.
4. Individuele vormen van ondersteuning: Voorzieningen waarvoor een individuele toekenning nodig is, die individueel gefinancierd worden en die een individuele uitvoering kennen. Deze voorzieningen zijn optimaal toegesneden op de individuele vraag, maar wel duur. Voorbeelden van ondersteuning: persoonlijke verzorging, individuele begeleiding in de thuissituatie.
5. Individuele ondersteuning die alleen door een andere instantie kan worden ingezet. Voorbeelden: Intramurale verzorgings- of verpleeghuiszorg en (thuis)verpleging.

De vraag is in welke mate de inzet van maatwerkondersteuning kan worden voorkomen of verminderd door in de afzonderlijke gemeenten de ondersteuningsvragen van burgers te kantelen naar lichtere vormen van ondersteuning. Wij willen deze kanteling in ondersteuningsaanbod vormgeven door de samenwerking tussen aanbieders te stimuleren.

Uitgangspunt 4c: *Het ondersteuningsaanbod wordt inhoudelijk gekanteld zodat maatwerk kan worden geboden.*

- Nieuwe en slimmere combinaties in het aanbod van zorg; ontvlechting van meerdere aanbieders, jobcarving, meer synergie tussen aanbieders. Hierbij kan gekeken worden naar combinaties van meerdere cliëntgroepen, mogelijke bandbreedtes tussen minimale en maximale ondersteuning.
- Efficiënt gebruik van accommodaties voor dagbesteding door combineren van doelgroepen, activiteiten of faciliteiten en efficiënte spreiding van accommodaties voor dagbesteding.
- Efficiënte organisatie van het vervoer naar en van dagbesteding, zo mogelijk in combinatie met andere vormen van doelgroepenvervoer.

- Arbeidsmatige dagbesteding: benutten van verdien capaciteit en plaatsing bij reguliere werkgevers. Over het algemeen wordt ervan uitgegaan dat er voor iedereen met meer dan 20% verdien capaciteit een baan gevonden wordt bij een reguliere werkgever. Voor iedereen met minder dan 20% verdien capaciteit wordt een passende dagbesteding gezocht.
- Faciliteren en ondersteunen van nieuwe vormen van vrijwilligerswerk en mantelzorg en Vergroten van de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers door aanbieders van maatwerkondersteuning (inclusief overname van de respijtzorg).
- Individuele ondersteuning waar mogelijk vervangen door collectieve ondersteuning.
- Zorg- en welzijnsorganisaties stimuleren samen te werken om meer collectief aanbod op het snijvlak van zorg en welzijn te organiseren die een alternatief bieden voor de huidige individuele begeleiding.

In de praktijk ontstaan al samenwerkingsverbanden en vinden pilots plaats. Als gemeenten zullen we deze ontwikkeling stimuleren en ondersteunen. Bij de regionale afspraken rondom de opdrachtverlening zullen hierover criteria worden opgenomen. Bijvoorbeeld door middel van het al beschikbare gestelde bedrag voor pilots in onze regio.

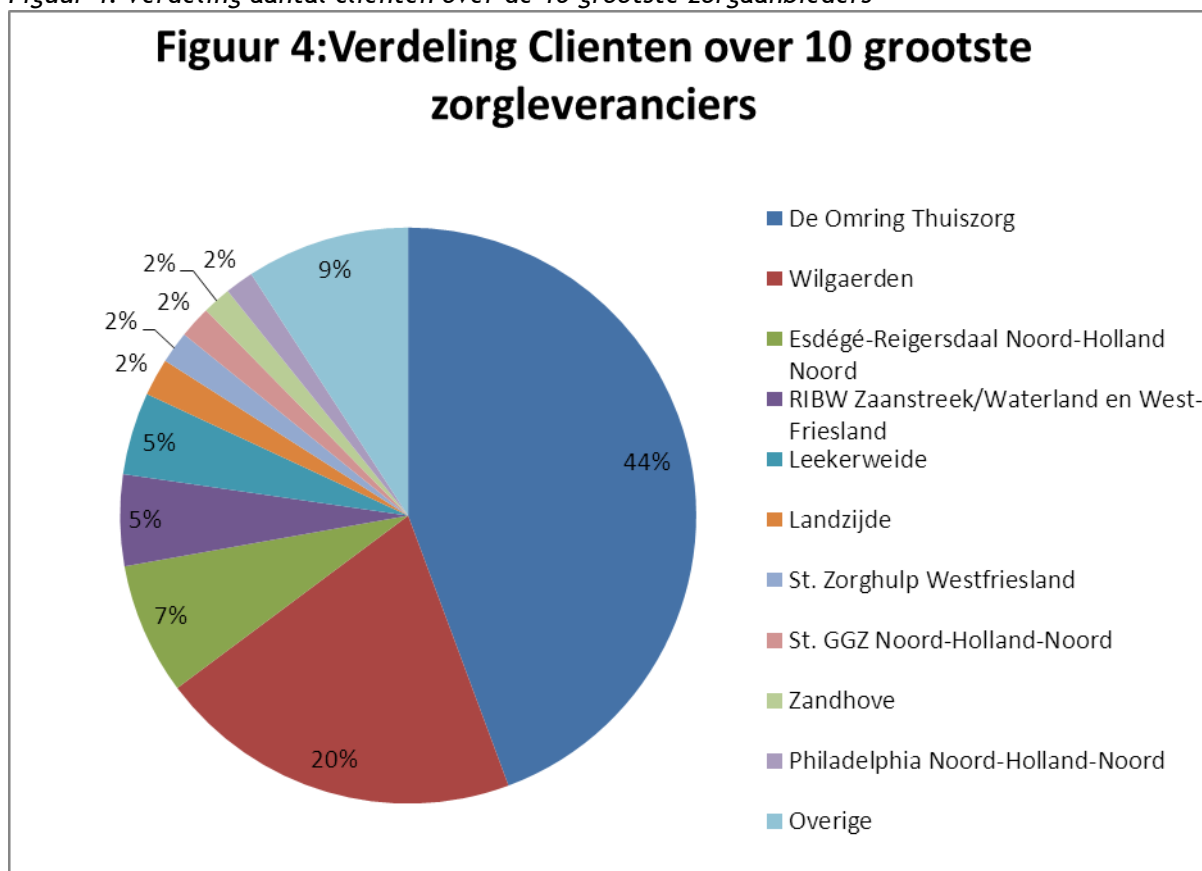
5 Wie zijn onze partners bij deze transformatie?

5.1 Zorginstellingen

Alle bestaande aanbieders zijn dus in beeld via de decentralisatiemonitor van het WMO-Kantoor. Het gaat voor begeleiding en persoonlijke verzorging in het totaal om 70 aanbieders voor 4058 zorgvragers. De vijf grootste aanbieders bedienen 71% van de totale markt. Kijken we naar de tien grootste zorgaanbieders dan zien wij dat deze 87% van de markt bedienen.

In onderstaande tabel is de verdeling weergegeven voor de tien grootste aanbieders qua aantallen zorgvragers.

Figuur 4: Verdeling aantal cliënten over de 10 grootste zorgaanbieders



In onderstaande tabel 5 is een sterkte/zwakte- analyse weergegeven van een aantal categorieën van instellingen waar de gemeenten mee te maken krijgen bij de transitie AWBZ.

Tabel 5: Analyse aanbieders.

Soort instelling	Sterke punten	Zwakke punten
Grote aanbieder	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kwetsbaarheid: grotere aanbieders kunnen beter risico's afdekken. 2. Afnamemogelijkheid van grote volumes. Minder bewerkelijk per zorgeneheid. 3. Aanwezigheid materiekennis/ deskundigheid 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Overhead (bureaucratisch apparaat, hoge huisvestingskosten vanwege maatschappelijk vastgoed) 2. Flexibiliteit 3. Werkgelegenheid ingezet als machtsmiddel 4. Kennis lokale situatie

		5. Innovatie
Kleine lokale of regionale instellingen	<ol style="list-style-type: none"> 1. De flexibiliteit is een sterk punt. 2. Kennis van de lokale situatie/regio. 3. De overheadkosten zullen laag zijn. 4. Kleine instellingen zullen minder een machtspositie kunnen innemen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Doordat alleen kleine zorghoeveelheden afgenomen kunnen worden bewerkelijk. 2. Kwetsbaarheid. (meestal geen buffer voor risico's) 3. Materiedeskundigheid zal minder zijn.
Specialistische aanbieders	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aanwezigheid materiedeskundigheid. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gebrek aan flexibiliteit 2. Bovenregionaal werkend dus weinig kennis van de lokale situatie.
ZZP-ers (Zelfstandigen Zonder Personeel)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zeer flexibel. 2. Kennis van de lokale situatie/regio. 3. De overheadkosten zeer laag. 4. Kleine instellingen geen machtspositie kunnen innemen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Door afname kleine zorghoeveelheden erg bewerkelijk. 2. Zeer kwetsbaar (meestal geen buffer voor risico's) 3. Materiedeskundigheid minder.

5.2 Verhouding nieuwe Wmo met andere deelgebieden en specialisaties in het sociaal domein

De decentralisatie van de AWBZ taken naar de Wmo is nauw verbonden met de andere drie decentralisaties, Jeugdzorg, Passend Onderwijs en de Participatiewet. De regionale voorbereiding op de decentralisatie van de AWBZ taken naar de Wmo en de toekomstige uitvoering is echter ook nauw verbonden met ontwikkelingen op andere gebieden van het sociale domein en afhankelijk van samenwerking met betrokken specialisten.

Hieronder wordt in het kort de verbondenheid en onderlinge afhankelijkheden omschreven van de decentralisatie van de AWBZ naar Wmo met de andere gebieden, organisaties en specialisten in het sociale domein, van het Veiligheidshuis en de zorgverzekering.

➤ De huisarts

Huisartsen verrichten generalistische medische zorg, laagdrempelig, vertrouwelijk en voor alle mensen dicht bij huis. In de situatie na 1 januari 2015 zijn huisartsen (nog steeds) vindplaatsen voor zorgbehoeften en daarmee een belangrijke partner voor gemeenten. Huisartsen werken vaker samen in gezondheidscentra met meerdere huisartsen, praktijkondersteuners, geestelijke gezondheidszorg, somatiek of ouderenzorg. Essentieel in de rol die huisartsen krijgen is hun kennis van het medische dossier met de mogelijkheden en beperkingen van de inwoners.

Huisartsen behouden de bevoegdheid om met een doorverwijzing rechtstreeks toegang tot GGZ te regelen voor hun patiënten. De lokale toegangspoorten en de huisartsen zullen dus korte lijnen met elkaar moeten hebben voor een goede afstemming.

Huisartsen werken veelal samen met wijkverpleegkundigen. Daarnaast zijn er gemeenten die huisartsen (of de praktijkondersteuners die bij hen in dienst zijn) actief willen betrekken bij hun wijkteam.

➤ De zorgverzekering

De extramurale zorg wordt uit de AWBZ gehaald en verdeeld over de Wmo (AWBZ-functies Begeleiding en Persoonlijke Verzorging) en de zorgverzekeringswet (Verpleging en Behandeling).

Dit betekent dat gemeenten en zorgverzekeraars straks samen verantwoordelijk zijn voor de zorg bij mensen thuis. Hierbij spelen huisartsen een belangrijke rol. Bovendien behouden huisartsen de bevoegdheid om met een doorverwijzing de toegang tot de te regelen voor hun patiënten. Gemeenten en zorgverzekeraars zullen met het oog op gewenste samenhang samen moeten werken rondom de toegang en organisatie van de extramurale zorg.

➤ *De wijkagent*

Wijkagenten dragen bij aan een prettig klimaat in de buurt, wijk of kern. Ze kennen de wijk en werken nauw samen met diverse partijen, onder wie de gebiedsmanagers van de gemeente. Zij signaleren vaak in een vroeg stadium problemen die zich afspelen in de wijk en/of bij de inwoners. Agenten kunnen een brug slaan tussen inwoners onderling, naar bestaande voorzieningen toe leiden of helpen bij het vinden van de weg naar ondersteuning. Op basis van signalen van de wijkagent kan tijdig ondersteuning worden ingezet.

➤ *Specialisten*

Soms hebben inwoners specifieke, specialistische en/of intensieve ondersteuning nodig. Het gaat om voorzieningen die vaak bovenlokaal, regionaal of soms zelfs landelijk georganiseerd zijn, zoals crisisopvang, pleegzorg, jeugdbescherming en maatschappelijke opvang. Ook als deze “zwaardere” vormen van hulp nodig zijn blijft het uitgangspunt van nabijheid overeind. Het streven is erop gericht om het beroep op deze specialistische voorzieningen terug te dringen door de voorliggende hulp effectiever te organiseren. Daarnaast is winst te behalen door binnen de specialistische ondersteuning te innoveren, bijvoorbeeld door het ontwikkelen van nieuwe arrangementen of door de zorg anders in te kopen.

➤ *Wijkverpleegkundigen*

Wijkverpleegkundigen ondersteunen de cliënt om ondanks de fysieke ongemakken zelfstandig thuis te kunnen wonen. De wijkverpleegkundigen worden geacht in staat te zijn om mensen te verzorgen en te verplegen. De wijkverpleegkundige is een logische schakel tussen ondersteuning en medische zorg. Daar komt bij dat de wijkverpleegkundige met kennis en ervaring de cliënt kan begeleiden met [voorlichting](#) en coördinatie voor een goede [zelfredzaamheid](#). De wijkverpleegkundige heeft ook een belangrijke rol in het sociaal wijkteam van gemeenten.

➤ *GGD*

De Gemeentelijke Gezondheids Dienst is de dienst waarover elke gemeente in Nederland dient te beschikken om wettelijke taken op het gebied van de [volksgezondheid](#) uit te voeren. Naast de wettelijke taken op grond van de Wet Publieke Gezondheid (WPG) zijn er ook taken waarvoor de gemeenten de GGD apart inhuren of via een subsidierelatie inschakelen. De wettelijke taken: zijn o.a. jeugdgezondheidszorg, epidemiologie, bevolkingsonderzoeken, gezondheidsvoorlichting, infectieziekte bestrijding, geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen en openbare geestelijke gezondheidszorg. Voorbeelden van niet wettelijke taken zijn: gezondheidsscreeningen, reizigersvaccinaties, forensische geneeskunde. In de bestuurlijke regio West-Friesland is de GGD Hollands Noorden (GGD HN) actief.

➤ *Medische advisering*

Voor de Medische Advisering voor individuele voorzieningen in het kader van de WMO maken alle gemeenten in de regio West-Friesland gebruik van de combinatie Argonaut/Van Brederode. Er is nog geen keuze gemaakt over de advisering inzake de noodzakelijke zorg in complexe gevallen voor de overkomende AWBZ taken. Dat geldt voor de taken van de adviseur of adviserende instantie, en voor de (regionale) gunning van de werkzaamheden.

➤ *Het maatschappelijk werk*

Inwoners gaan voor ondersteuning regelmatig naar de spreekuren van het maatschappelijk werk, de sociaal raadsliden, de ouderenadviseur of consultants van MEE. Deze professionals kennen ook onze inwoners en kunnen snel toegankelijke ondersteuning verlenen.

➤ *MEE*

MEE ondersteunt mensen met een beperking in het hele land. Bij MEE kan men terecht met vragen over opvoeding & ontwikkeling, leren & werken, samenleven & wonen en regelgeving & geldzaken. Het doel is hen zo zelfstandig en onafhankelijk mogelijk te laten meedoen aan de samenleving. Een indicatie of verwijfsbrief is niet nodig. De ondersteuning is gratis.

➤ *Sociaal cultureel werk*

Deze werkvorm kan worden omschreven als vorming in het hanteren van sociale vaardigheden en in het verwerven van inzicht in sociale verhoudingen en bewegingen gecombineerd met culturele vorming. Voorbeelden zijn opbouwwerk, jongerenwerk, ouderenwerk.

➤ *De woningbouwvereniging*

Ook woningbouwverenigingen zijn een vindplaats. Huurachterstanden zijn vaak een signaal van sociale vraagstukken en er bestaat veel problematiek “achter de voordeur”.

➤ *Geestelijke Gezondheidszorg*

De Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) biedt geestelijke gezondheidszorg bij mensen thuis, in de dagactiviteitencentra, in vormen van beschermd wonen, maar ook in de huisartsenpraktijken of verzorgingshuizen. De gemeenten in West-Friesland subsidiëren de GGZ voor preventieve activiteiten op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. De overige activiteiten van GGZ worden bekostigd door de zorgverzekeraar.

➤ *Veiligheidshuis*

Het Veiligheidshuis is een intensieve netwerksamenwerking tussen gemeenten, politie, justitiële en zorginstellingen voor die situaties die niet op een reguliere manier kunnen worden opgelost. Het Veiligheidshuis herbergt drie ketens: jeugd, huiselijk geweld en nazorg van ex-gedetineerde veelplegers. Zo is er voor de resocialisatie van veelplegers die uit detentie komen een multidisciplinaire en ketengerichte aanpak in samenwerking met zorgaanbieders en organisaties voor reclassering. AWBZ-aanbieders worden betrokken als (passende) woonbegeleiding nodig is, afhankelijk van het profiel van de ex-gedetineerde. Het is van belang dat het Veiligheidshuis snel kan schakelen met de lokale toegangspoorten voor zorg en de zorgnetwerken voor multi-probleemsituaties om de samenhang tussen het zorg- en juridische traject op een integrale wijze (alle leefgebieden) te borgen.

➤ *Transferpunten ziekenhuizen*

Op dit moment zijn de transferpunten in de ziekenhuizen gemandateerd om Persoonlijke Verzorging, Begeleiding en vanuit de bestaande WMO huishoudelijke hulp in te zetten bij mensen thuis na ontslag uit het ziekenhuis. De transferpunten geven op basis van een protocol van het CIZ een preadvies voor directe inzet van zorg. Het CIZ controleert de preadviezen steekproefsgewijs achteraf. Het gaat vaak om ouderen, waarbij het ontslag afhankelijk is van zorg bij mensen thuis en waarbij er geen tijd is voor een ‘keukentafelgesprek’.

Ons voornemen is de mogelijkheid te onderzoeken om de werkwijze ten aanzien van de transferpunten van het CIZ over te nemen en in tweede instantie de lokale toegangspoort in te schakelen met het oog op de gewenste integraliteit en de betrokkenheid van het informele netwerk van mensen.

➤ *Maatschappelijke Opvang*

Ook binnen de maatschappelijke opvang wordt nu individuele begeleiding en dagbesteding vanuit de AWBZ ingezet. We weten nog niet hoe de middelen die hier aan zijn verbonden gedecentraliseerd worden: naar de centrumgemeente of naar iedere individuele gemeente. De samenhang met de maatschappelijke opvang wordt in het nieuwe Wmo-beleid 2015 uitgewerkt.

Uitgangspunt 5: de West-Friese gemeenten voeren (lokaal) de regie op de samenwerking met professionals in het veld.

6 Financiering en sturing

De gemeente wordt per 1 januari 2015 als beleidsmaker, opdrachtgever en financier verantwoordelijk voor de AWBZ begeleiding en persoonlijke verzorging. Dit schept kansen voor een vernieuwende en effectiever aanpak, maar brengt ook risico's met zich mee.

De decentralisaties maken een meer integrale benadering van de zorg voor een brede doelgroep mogelijk. Maar tegelijkertijd kan het ook gevolgen hebben voor de budgetrisico's waar de gemeente mee te maken krijgt. Dit betekent ook dat bij het inschatten van risico's en het nemen van beheersmaatregelen kritisch gekeken moet worden of er effecten zijn te voorzien die van invloed zijn op andere velden dan waarvoor de maatregel was bedoeld. Dit kan zowel positief als negatief zijn; bezuiniging op de ene voorziening kan immers ook een toenemende vraag op een andere voorziening creëren.

6.1 Bekostiging: het budget

Het oorspronkelijke plan is om de budgetten gemoeid met de transities bij elkaar te voegen tot één niet-geoordeelde decentralisatie-uitkering van het Rijk aan gemeenten (zie de brief van Plasterk van 9 oktober 2013). Gemeenten ontvangen de decentralisatie-uitkeringen via het Gemeentefonds, hierin zal een sociaal deelfonds worden gecreëerd vanuit diverse geldstromen. Het deelfonds bestaat uit het Participatiebudget, middelen voor de maatschappelijke ondersteuning voor de nieuwe Wmo 2015 en middelen voor de uitvoering van de Jeugdwet. Daarnaast wordt nog bezien of onderdelen binnen het gemeentefonds zodanige inhoudelijke en beleidsmatige raakvlakken hebben, dat ze vanuit de optiek van sturing en verantwoording logischerwijs aan het sociaal deelfonds kunnen worden toegevoegd.

Verder is het onduidelijk of de incidentele ophoging van de integratie-uitkering in 2014 als gevolg van het afschaffen van diverse zorgregelingen (o.a. Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten: Wtcgz) structureel gaat worden, de overheveling van een deel van de Zorgzwaartepakketten van intramuraal (AWBZ) naar extramuraal (verantwoordelijkheid gemeenten) doorgaat inclusief de bijbehorende budgetten en of de Persoonlijke Verzorging nu overgaat naar de gemeenten of naar de zorgverzekeraars. Het is duidelijk dat op het moment van schrijven er naast de wettelijke en financiële kaders rond de decentralisaties nog veel onduidelijkheden zijn. Het definitieve verdeelmodel en de financieringssysteem worden pas begin 2014 bekend. Bij Jeugd gaat het Rijk uit van uitgaven over de jaren 2010-2012, het budget zal in mei 2014 zal worden geactualiseerd. Wel is duidelijk dat het huidige Wmo-budget met 40% zal worden gekort en dat bij het over te hevelen AWBZ-budget er een korting van 25% zal worden toegepast. Het persoonlijk verzorgingsdeel wordt gekort met 15%.

Op basis van het aantal cliënten en het budget dat hiermee gemoeid is, heeft het Wmo-Kantoor een voorlopige schatting kunnen maken van de totale kosten die in 2013 zijn gemaakt voor Begeleiding en Persoonlijke Verzorging:

Tabel: Overzicht kosten per gemeente, inclusief totaal

<i>Totale kosten AWBZ decentralisatie (Begeleiding en Persoonlijke Verzorging regio WF)</i>	
<u>Wat voor zorg (alleen volwassenen)</u>	<u>Kosten</u>
<i>BG</i>	€ 24.516.494
<i>PV</i>	€ 27.358.738

ZZP	€ 39.578.877
Totaal	€ 91.454.109

6.2 Sturing

De gemeente zal worden geconfronteerd met soms maar beperkte middelen om te sturen. Hoe kan een gemeente ervoor zorgen dat de zorg geleverd wordt past binnen het beschikbare budget? De grootste mogelijkheden zullen zich voordoen bij een goede preventie en indien zorg toch noodzakelijk er voor zorgen dat dit zoveel mogelijk in de 1^e lijn zorg kan worden opgevangen.

Naast het instrument om via de toegang en via preventie de instroom te beperken kan de gemeente ook sturen via afspraken met de zorgverleners.

Er zijn verschillende mogelijkheden om afspraken met aanbieders budgettair te verwerken. Aan de ene kant van het spectrum ligt de overeenkomst (privaatrechtelijk) aan de andere kant de subsidie (bestuursrechtelijk). Beleidsgestuurde contractfinanciering (BCF) is een tussenvorm van voorgenoemde varianten.

Uitgangspunt 6a: *de gemeenten voeren de regie en sturen op de financiële beheersbaarheid van de nieuwe taken op het gebied van ondersteuning en persoonlijke verzorging.*

De gemeenten sturen op vier onderdelen in het proces van zorgverlening op financiële beheersbaarheid: preventie, instroom, doorstroom en uitstroom.

1. Preventie

Het moge voor zich spreken dat wanneer een gemeente voldoende en afdoende preventief te werk gaat dit uiteindelijk zou moeten leiden tot een stabiele (of eventueel afnemende) zorgvraag binnen de gemeente. Goede basisvoorzieningen, voorliggende 0^{de} en 1^{ste} lijnsvoorzieningen en het hebben van een sociaal sterke gemeenschap dragen hieraan bij.

2. Instroom

Bij instroom zal er vooral gekeken moeten worden aan het optimaal gebruik maken van de keukentafelgesprekken en het vroegtijdig opsporen van zorg- en hulpvragers. Hierdoor kan de instroom beperkt worden en meer gekeken worden naar (eigen) mogelijkheden binnen het netwerk en voorliggende voorzieningen.

3. Doorstroom

Wanneer men toch een individuele voorziening nodig heeft naar aanleiding van de zorg/hulpvraag, zal er gekeken moeten worden naar “hoe snel” we iemand weer terug kunnen krijgen in een stabiele situatie. Vanuit deze situatie kan de burger zelf de zorg organiseren of zodanig stabiel houden dat het niet erger wordt.

4. Uitstroom

Uiteindelijk zorgt het stabiel houden van de situatie of het verdwijnen van de problematiek ervoor dat er geen ondersteuningsbehoefte meer nodig is.

Bij de onderdelen Doorstroom en Uitstroom zal er vaak gebruik gemaakt worden van ondersteuning door derden, zoals 1^{ste} en 2^{de} lijnsvoorzieningen of specialistische zorg. Om de doorstroom en uitstroom te kunnen waarborgen dienen er duidelijke afspraken gemaakt te worden met de leveranciers van deze zorg/ ondersteuning. Er kunnen prestatieafspraken gemaakt worden, rondom de inkoop/ financiering van bepaalde diensten. Ook innovatie is hierbij een belangrijk onderdeel.

De belangrijkste sturingsinstrumenten c.q. indicatoren zullen het inzicht in de aantallen (preventie, instroom, doorstroom en uitstroom), en inzicht in het budgetverloop zijn. Hierbij is het essentieel dat de gemeente zelf de regierol behoudt en het vertrouwen weet te winnen van doorverwijzers buiten de gemeentelijke organisatie zodat deze zo min mogelijk rechtstreeks gaan doorverwijzen. Door dit periodiek te monitoren is tijdige bijsturing mogelijk.

6.3 Solidariteitsbeginsel

Wanneer men kijkt naar de opbouw van het budget dat de gemeenten gaan krijgen is dit een budget welke rekening houdt met de reeds bestaande zorg en indicaties. Bestaande verschillen binnen de gemeenten zijn hierin meegenomen. Zo heeft de gemeente Opmeer relatief meer dementerende ouderen binnen de gemeentegrens omdat er een zorginstelling voor dementerenden is gehuisvest. Zo heeft de gemeente Medemblik een aantal grote zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking in de gemeente. Deze specifieke “afwijkingen” per gemeenten zijn meegenomen in het budget-verdeelmodel van Cebeon. Nu is het zo dat het Zorgkantoor Noord-Holland Noord een sturende functie heeft op de verdeling van “zorginstellingen” binnen de verschillende gemeenten. AWBZ-geregistreeerde zorg wordt hierbij verdeeld op basis van een model welke rekening houdt met verschillende factoren ook om te voorkomen dat er een onevenredigheid gaat ontstaan.

Hoe het verloop van zorgvragers er straks uit zal zien, is per gemeente nog onduidelijk. Dit is natuurlijk persoonsafhankelijk, van beperking, persoonlijke situatie, netwerk, draagkracht en draaglast. Echter is het wel te bedenken dat zich een aantal situaties voor kunnen doen waardoor er een onevenredige grote zorgvraag op één gemeente wordt gedaan. Een brand in een openbare gelegenheid, of een busongeluk kunnen voor een grote groep leiden tot een zorgvraag binnen de Wmo. Daarnaast is het niet ondenkbaar dat er zorginitiatieven gaan ontstaan binnen particuliere woonvormen. Het scheiden van wonen en zorg, gestimuleerd vanuit VWS is hierin deels debet aan. Maar wat als er in een gemeente een woning geschikt gemaakt wordt voor 4, 6, of 12 mensen met ALS of Niet Aangeboren Hersenletsel? Een dergelijke woonvoorziening is kostbaar en zal een groot beroep doen op de begroting van de gemeente. Het Zorgkantoor heeft op dit moment de functie om dergelijke voorzieningen te verdelen. Vanuit de gemeente zijn er, op dit moment, weinig gronden waarop een dergelijke zorgvoorziening geweigerd kan worden. Wanneer men voldoet aan het bestemmingsplan en de BAG zijn er geen weigeringsgronden. Voor de toekomst zal er gekeken moeten worden hoe en of dit vorm moet krijgen. Er zal vanuit de Wmo nauw samengewerkt moeten worden met de afdeling Wonen en Grondgebiedszaken. Een eventuele regionale woonvisie zou hierbij passend en aanvullend zijn.

De vraag binnen de overgang AWBZ naar Wmo is of er ook een solidariteitsprincipe moet zijn, zoals erover gesproken wordt binnen de transitie Jeugdzorg. De angst leeft onder andere bij gemeenten dat “wat als er in 1 jaar veel mensen zijn die hele specialistische en dure zorg nodig hebben”? Kunnen deze lasten dan verdeeld worden? Willen we dat naar evenredigheid verdelen? En zo ja welke evenredigheid is dat? En in welke mate is preventie van de individuele gemeenten hierbij een factor?

Vanuit de regionale programmaorganisatie voor de decentralisaties is een werkgroep Sturing en Financiering opgericht. Deze werkgroep zal zich bezighouden met verschillende financiële- en sturingsvraagstukken aangaande de decentralisaties. De werkgroep zal zich ook buigen over het vraagstuk rondom de solidariteitsbeginsel en in de eerste helft van 2014 met een advies komen.

6.4 Overgangsregeling

Het kan zijn dat er in de wet een overgangsregeling wordt vastgelegd voor mensen met een bestaande indicatie. Wanneer men kijkt naar het begin van de Wmo, de overdracht van Hulp bij het Huishouden, zal het waarschijnlijk een dergelijke overgangsregeling zijn. Hiermee behouden de mensen met een indicatie van het CIZ de indicatie voor de duur van 1 jaar nadat de nieuwe wetgeving en de lokale verordening is ingegaan. Dus zodra de verordening is vastgesteld en geëffectueerd is. Dit zorgt er echter wel voor dat er binnen één jaar, afhankelijk van de gemeente tussen de 310- 2700 herindicaties/ beschikkingen/ keukentafelgesprekken gehouden moeten worden. Dit heeft natuurlijk consequenties voor de organisatie en het budget van de uitvoering.

Er zijn echter wat meer mogelijkheden en variaties te bedenken op deze overgangsregeling.

Zo is er de **eerste optie** om de indicatieduur over te nemen en zo een sterfhuisconstructie op te zetten. Zo verdwijnt langzaam het AWBZ bestand en nieuwe aanvragen of verlengingen gaan volgens de nieuwe Wmo verordening en regels. Gevolg hiervan is dat de druk om te herindiceren afneemt op de organisatie. Maar wel bestaat het risico dat er veel zorg geleverd zal worden welke volgens de “AWBZ” maatstaf geïndiceerd is, wat misschien meer kosten met zich meebrengt. Daarnaast is het zo dat indicaties op dit moment worden afgegeven voor de duur van 12 jaar, tot 2025! Hoe dit wordt ingevuld is een lokale keuze, dit is afhankelijk van de wettelijke overgangsregeling 2015 en de lokale (on)mogelijkheden.

De **tweede optie** is om bepaalde doelgroepen te ontzien van herindicatie, of op een later tijdstip te herindiceren. Een indicatie voor een terminale situatie is vaak voor één jaar afgegeven, men kan zich voorstellen dat deze niet opnieuw geïndiceerd wordt, of het moet op wens zijn van de zorgvrager zelf. Zo ook voor zorgsituaties waarin het verloop van de ziekte/ beperking en de vraag naar ondersteuning stabiel/ langzaam progressief zou zijn. Denk hierbij aan mensen met een verstandelijke beperking of dementie.

Uitgangspunt 6b: *de West-Friese gemeenten vullen de overgangsregeling lokaal in.*

6.5 Eigen bijdrage

Bij de decentralisaties geeft het Rijk de gemeente, net als bij de Wmo, de mogelijkheid om een eigen bijdrage op te leggen. Er is in de Wmo geen wettelijke verplichting opgenomen een eigen bijdrage te heffen. Desondanks gaat het Rijk er wel van uit dat de gemeente gebruik maakt van haar recht.

De gemeente legt in de verordening vast hoe zij de hoogte van de eigen bijdrage regelt. Dat geldt ook voor de nieuwe taak begeleiding. Hierbij speelt het minimabeleid van de gemeente een rol. Net zoals de beslissing voor welke voorzieningen wel of geen eigen bijdrage geldt en de vraag in welke mate het inkomen van de cliënt (en zijn gezin) een rol speelt in de hoogte van de eigen bijdrage. De hoogte van de eigen bijdrage kan voor de verschillende soorten maatschappelijke ondersteuning verschillend worden vastgesteld.

De gemeenten zijn wat betreft de eigen bijdrage preferent, dat wil zeggen dat eerst het aandeel van de gemeente in de eigen bijdrage wordt uitbetaald en wat resteert aan de AWBZ. De eigen bijdrage Wmo en AWBZ worden geïnd door het Centraal Administratiekantoor (CAK). Als de gemeente een eigen bijdrage voor begeleiding heft moet ze rekening houden met de maximale bedragen die inkomensafhankelijk zijn. Er is sprake van een anticumulatiebeding. Hierbij kan ook het feit dat er ook bij de decentralisatie van de Jeugdzorg sprake is van een eigen bijdrage nog van invloed zijn. In het Besluit maatschappelijke ondersteuning wordt dit nader geregeld. De mogelijkheid om een eigen bijdrage op te leggen zal zeker niet de opgelegde kortingen kunnen opvangen.

Uitgangspunt 6c: *Voor eenieder met een individuele voorziening wordt een inkomensafhankelijke bijdrage gevraagd.*

6.6 Risico's

In het onderstaand kader wordt een aantal risico's benoemd die een bedreiging kunnen vormen voor de financiële beheersbaarheid.

Risico's *financieel beheersbaarheid*

- Een risico is wanneer de **data** zoals deze zijn aangeleverd door het CIZ, Vektis en CAK vervuld zijn en/ of niet up-to-date. De verschillende systemen zijn niet op elkaar afgestemd. Dit heeft gevolgen voor de verwerking van de data.
- Het **budget** welke gemeenten ontvangen voor de transitie is vooralsnog gepeild op het jaar 2010. Het risico ontstaat hierdoor dat de efficiencykorting van 25% groter is, omdat de hulpvraag in de afgelopen jaar ondanks de recente daling gegroeid is.
- Wanneer het budget niet afdoende is, ook niet na inkoop, ontstaat de kans op **wachlijsten** doordat het budget op is of door budgetoverschrijding.
- De externe doorverwijzers blijven rechtstreeks doorverwijzen doordat de gemeente er niet in slaagt het vertrouwen te winnen. Hierdoor krijgt de gemeente alleen achteraf inzicht en dus ook geen grip op de budgetten. Er zijn **externe** doorverwijzers zoals de huisarts welke direct doorverwijst naar de GGZ. Maar na het eerste jaar ondersteuning vanuit de GGZ, welke betaald wordt door de zorgverzekeraar, zal de burger aankloppen bij de gemeente voor begeleiding en ondersteuning. Het is noodzaak om afspraken te maken met huisartsen en zorgverzekeraars om de toeloop naar gemeenten te beperken. Echter is het zo dat een zorgverzekeraar een ander belang heeft bij afspraken en overleg met gemeenten. Het is voor een zorgverzekeraar alleen rendabel wanneer meer dan 50% van de inwoners van een gemeente, bij de desbetreffende zorgverzekeraar verzekerd zijn. Op dit moment is VGZ alleen in gesprek met Medemblik en Hoorn vanwege deze reden.
- Een ander risico dat aanwezig is, is dat er nog niet voldoende **kennis** bij de gemeente is rond de AWBZ. Zo is er nog veel onduidelijk rond de inkoopmodellen of aanbestedingsvormen die het meest passend zijn bij deze nieuwe zorgtaak. Het is nog onduidelijk over wat nu precies kan, mag en moet op basis van juridische aspecten, zowel op Europees als Nederlands niveau.
- Om efficiënter te kunnen zijn dan op dit moment via de AWBZ, is de medewerking van zorgverleners essentieel. Hoewel een "verplichte winkelnering" (zoals al bepaald bij Jeugd) kan zorgen voor tijdwinst en rust, kan deze ook contraproductief werken. Het risico bestaat dat er hierdoor geen prikkel is voor de zorgverleners om goedkoper te gaan leveren en/of met alternatieve oplossingen te komen.

7 Kwaliteit en burgerparticipatie

Tijdens en na het decentralisatieproces van de AWBZ naar de Wmo is het van groot belang om goede, effectieve zorg te leveren. Hiervoor moeten kwaliteitseisen en verantwoordingsmechanismes worden opgesteld. Natuurlijk worden de cliënten (Wmo-raden) hier ook bij betrokken.

7.1 Kwaliteitseisen

Zorginstellingen onder de huidige AWBZ moeten aan strenge kwaliteitseisen voldoen; er moet verantwoorde zorg worden geleverd; het behandelplan moet besproken worden met de betreffende cliënt; medezeggenschap moet worden geregeld binnen de instelling; de instelling moet beschikken over een klachtenregeling en er moet jaarlijks verantwoording afgelegd worden over het kwaliteitsbeleid. Deze kwaliteitseisen worden waarschijnlijk volledig overgenomen in de nieuwe situatie (de nieuwe Wmo). Als gemeente en als door de gemeente gecontracteerde zorgaanbieder moet er aan deze eisen voldaan worden. Bij het uitvoeren van deze algemene kwaliteitseisen, die in een beleidsplan nader kunnen worden uitgewerkt, is er de garantie dat alle doelgroepen op dezelfde manier benaderd en behandeld worden. De kwaliteit moet natuurlijk voor iedereen hetzelfde zijn.

7.2 Bewaking kwaliteit

In de concept wettekst Wmo 2015 staat dat de kwaliteitseisen, klachtenafhandeling en medezeggenschap moeten zijn opgenomen in de lokale verordening.

Klachten

Wat betreft klachtenafhandeling zijn er al enkele bewegingen in gang gezet. Op 14 april 2013 is een nieuw wetsvoorstel: Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) aangeboden aan de Tweede Kamer. Deze wet regelt een laagdrempelige en effectieve klachtafhandeling bij zorgaanbieders. Daarnaast worden zorgaanbieders verplicht zich aan te sluiten bij een geschilleninstantie die ook schadevergoedingen toe kan kennen. Verder kunnen zorgaanbieders, waar nodig, gedwongen worden meer aandacht te besteden aan de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid.

Formeel betreft het een wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg. Deze wet ligt sinds juni 2010 in de Tweede Kamer, maar is mede vanwege de omvang en complexiteit nog niet inhoudelijk behandeld. Minister Schippers en staatssecretaris van Rijn hebben daarom in februari aangegeven deze wet op te knippen in vier delen. De Wkkgz is het eerste deel. De overige onderdelen van de Wet cliëntenrechten zorg (goed bestuur en medezeggenschap, de geneeskundige behandelovereenkomst en de toelatingen van zorginstellingen) zullen later in afzonderlijke wetsvoorstellen worden behandeld.

Het wetsvoorstel geeft geen duidelijk antwoord op de vraag of deze wet ook gaat gelden voor de gemeentes. De gemeente krijgt straks grotendeels een regiefunctie en ook de zorginstellingen blijven nog steeds de uitvoerders van de zorg. Met deze wet lijkt de klachtenregeling dan ook in een strak jasje te zijn gegoten waar de organisaties zich aan moeten houden. Met deze wet blijft de gang van zaken met betrekking tot een klacht hetzelfde: in eerste instantie moet de klant de klacht neerleggen bij de instantie zelf. Door het verplicht stellen van aansluiting bij een

klachtencommissie bij invoering van deze wet, wordt gewaarborgd dat de klacht afdoende wordt behandeld. Als het wetsvoorstel klaar is, is het voor de gemeente niet noodzakelijk aparte eisen te stellen aan de zorgaanbieders, maar kan er vanuit gegaan worden dat de zorgaanbieders zich conformeren aan de wet.

Privacy bewaking

Op het gebied van privacy kan gesteld worden dat medisch hulpverleners verplicht zijn een medisch dossier met alle gegevens van elke patiënt bij te houden. Bijvoorbeeld over de ziekte van de cliënt, de behandeling en de bevindingen van verschillende zorgverleners. Een aantal van deze gegevens gaat naar de zorgverzekeraar of de gemeente. Dit is nodig om te kunnen vaststellen of er recht bestaat op een vergoeding. Zorgverleners moeten zorgvuldig omgaan met deze persoonlijke en medische gegevens. Dit is vastgelegd in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) houdt hier toezicht op. Bij overdracht van medische gegevens naar de gemeente, geldt de Wbp. Zorginstellingen of zorgaanbieders hebben daarnaast een privacy protocol.

Gemeentes kunnen ervoor kiezen zelf een protocol te ontwikkelen en die op te leggen aan de zorgaanbieders die een opdracht krijgen van de gemeente. Gemeentes kunnen er ook voor kiezen om de eis te stellen aan de zorgaanbieders om over een privacy reglement te beschikken. De zorginkoopgids AWBZ van 2013, vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland, heeft de hierboven genoemde onderdelen opgenomen in de eisen die aan een zorginstelling worden gesteld.

Vertrouwenspersoon

Naast een klachtenregeling is het van belang dat de positie van vertrouwenspersoon gewaarborgd blijft. Zeker in een omgeving waar kwetsbare burgers wonen/verblijven is een vertrouwenspersoon noodzakelijk. Een vertrouwenspersoon is bij wet niet verplicht gesteld. In een CAO kunnen hier wel afspraken over zijn gemaakt. In bijvoorbeeld de CAO voor gehandicaptenzorg is het niet opgenomen. Grotere organisaties beschikken vaak wel over een vertrouwenspersoon, kleinere organisaties minder snel.

Doordat er geen wettelijke verplichting is en de gemeente geen invloed kan uitoefenen op de CAO, kan er geen verplichting gesteld worden voor een vertrouwenspersoon binnen de organisatie. Wil de gemeente wel deze garantie, dan zal zij zelf een vertrouwenspersoon moeten aanstellen voor alle organisaties. In hoeverre dit nog past in de rol die de gemeentes vanaf 2015 moeten uitvoeren is de vraag.

7.3 Verantwoording

De verantwoording naar het Rijk toe moet ook worden vormgegeven. Hoe dit gedaan wordt, wordt opgenomen in de lokale Wmo-verordening (concepttekst Wmo-beleid 2015). Voor de verantwoording en resultaten moet uitgegaan worden van een aantal thema's¹⁰:

1. Eigen regie en vraaggericht werken;
2. Integrale benadering;
3. Zelf- en samenredzaamheid;
4. Preventie;
5. Zorg in de eigen omgeving;
6. Beter resultaat per bestede euro;
7. Innovatie van zorg.

Inkoopbeleid

Bij het inkoopbeleid moet worden nagedacht over het op te stellen programma van eisen, waarborging, verplichtingen om bijvoorbeeld wijzigingen door te geven en het voldoen aan eisen. Bij het vastleggen van een (regionaal) inkoopbeleid kunnen ook de volgende punten worden meegenomen:

¹⁰ Zorginkoopgids AWBZ 2013.

- Kwaliteit van zorg;
- Klantgerichtheid;
- Beschikbaarheid en toegankelijkheid;
- Prijs en doelmatigheid;
- Doelgroepen en ketens;
- Managementinformatie en administratieve organisatie.

Met deze eisen en thema's is een gemeente in staat om een goed systeem voor verantwoording over de uitvoering en resultaten te realiseren.

Dit onderdeel heeft veel raakvlakken met de decentralisatie van de Jeugdzorg. Dat wil zeggen dat een integrale aanpak voor het uitwerken van dit onderdeel wenselijk is.

7.4 Informatieverstrekking

Het informeren van burgers en gemeenteraden over deze kwaliteitseisen en resultaten vindt plaats via de gebruikelijke kanalen, denk hierbij aan de website en plaatselijke kranten. Hetzelfde geldt voor de raden: o.a. in de P&C cyclus wordt de raad geïnformeerd over resultaten en uitvoering. Bij een getekende verklaring en een jaarverslag van de zorgaanbieders kan de gemeente met onderbouwing van de cijfers verantwoording afleggen aan het Rijk.

7.5 Burgerparticipatie

Ook het nieuwe Wmo-beleid 2015 (concept) zal straks van de gemeenten vragen op welke wijze inwoners door de gemeenten worden betrokken bij de uitvoering van het beleid en hoe zij daarin worden ondersteund. Dit moet worden vastgelegd in een gemeentelijke verordening.

Elke gemeente moet straks in haar Wmo beleidsplan ook aangeven op welke wijze de integraliteit tussen de verschillende beleidsvelden zoals maatschappelijke ondersteuning, zorg, jeugdhulp, onderwijs welzijn, wonen, werk en inkomen vorm wordt gegeven. In dit beleidsplan moet ook worden aangegeven hoe de inwoners, maar ook de mensen die minder goed in staat zijn om hun belangen te vertegenwoordigen, bij het beleid worden betrokken. De gemeente is vrij in de wijze waarop zij deze participatie vorm geeft. Dit zal sterk afhangen van de lokale situatie.

In de komende periode zal samen met de bestaande advies- en Wmo-raden worden onderzocht hoe de lokale zeggenschap van inwoners het beste kan worden vormgegeven.

Het lijkt een logische keuze om de bestaande Wmo-raden en andere adviesraden te verbreden richting één brede participatieraad sociaal domein, eventueel met inbreng van professionele organisaties. De beleidsparticipatie wordt hiermee integraal en in samenhang georganiseerd. Een andere optie zou ook kunnen zijn om de bestaande vormen los te laten en te kijken naar nieuwe vormen van burgerraadpleging, zoals via referenda, fora of via het 'los' bij elkaar brengen van burgers rondom specifieke vragen of in wijken.

Uitgangspunt 7: Borging van kwaliteit

Om optimale kwaliteit te kunnen bereiken is het noodzakelijk dat gemeenten:

- Duidelijk inkoopbeleid hanteren waarin de kwaliteitseisen zijn gewaarborgd;
- Cliënten tijdig betrekken bij het vormgeven van de het inkoopbeleid, bij de evaluatie en bij de verantwoording.

Overzicht bijlagen

Bijlage 1: Pareltjes op gebied van zorg/ondersteuning in WF

Bijlage 2: Rapportage Wmo-kantoor (wordt apart bijgevoegd)

Bijlage 1: Pareltjes op gebied van zorg/ondersteuning in WF

Deze pareltjes zijn kleinschalige initiatieven die zorg en welzijn aanbieden in de regio West-Friesland.

Nr	Naam	Plaats	Toelichting	Website
1.	AndreHoeve	Spierdijk (Koggenland)	Zorgboerderij (dagbesteding/dag-verzorging)	www.andrehoeve.nl
2.	Klaverweide	Hensbroek (Koggenland)	Zorgboerderij (gericht op dementie)	www.zorgboerderijklaverweide.nl
3.	De Wilgen	Hensbroek (Koggenland)	Zorgboerderij/Pensionstal (ruimte voor 50 paarden)	www.pensionstaldewilgen.nl
4.	Boerenzorg	Zuidermeer (Koggenland)	Zorgboerderij (dagbesteding/dag-verzorging)	
5.	Stille Pieter	Scharwoude (Koggenland)	Logeeropvang	
6.	Mijzen Hoeve	Avenhorn (Koggenland)	Zorgboerderij (dagbesteding/dag-verzorging)	
7.	Warm Thuis	Zuidermeer (Koggenland)	Verpleegzorghuis voor dementie (kleinschalig)	www.warmthuis.nl
8.	De Oever	Spierdijk (Koggenland)	Wijksteunpunt, samenwerking met Omring/Esdege en gemeente	-
9.	Welzijn in de Wijk	Opmeer	De burgerwerkgroep bestaat uit getraïnde vrijwilligers die inwoners van ongeveer 45 - 65 jaar, met somberheids- of eenzaamheidsklachten, een helpende hand willen bieden.	-
10.	Nicole's huiskamer	Stede Broec	Opvang, begeleiding en therapie van jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar	Nicoleshuiskamer.wordpress.com
11.	Het Merakel	Stede Broec	Het zorgaanbod bestaat uit ondersteunende begeleiding, dagbesteding, naschoolse, weekend- en vakantieopvang, gespecialiseerde opvang, oppas en tijdelijk verblijf voor kinderen met een beperking	www.merakel.nl
12.	De steenuil	Enkhuizen	Professionele opvang voor mensen	www.zorgboerderijde

			met gedragsproblemen, een licht verstandelijke handicap of een psychiatrische aandoening	steenuil.nl
13.	Wings of change	Andijk (Medemblik)	Dagbesteding voor mensen met een (verstandelijke) 'beperking' met psychische problemen en/of burn-out Re-integratietrajecten voor dagstructuur en ontwikkeling Revalidatietrajecten en re-integratietrajecten voor mensen met (chronische) fysieke, psychische en/of emotionele klachten Revalidatietrajecten voor sneller herstel en balans na intensieve reguliere behandeling(en), b.v. chemotherapie, bestraling	www.wingsofchange.nl
14.	Bij de Boerentuin	Stede Broec	Zorgboerderij	www.bijdeboerentuin.nl
15.	Het Keetje	Stede Broec (nu nog in Drechterland; gaat naar Stede Broec)	Zorgboerderij dagbesteding aan maximaal 7 zorgvragers per dag en kiezen bewust voor een 'mix' van doelgroepen.	www.hetkeetje.nl
16.	De Tulp	Andijk (Medemblik)	Zorgboerderij , dementerende ouderen,	www.zorgboerderijdetulp.nl
17.	De Molenwijk	StedeBroec	Zorgbakkerij/Dagbesteding voor verstandelijk beperkten	www.demolenwiek.nl
18.	De Schapenstreek	Stede Broec	psychische of psychiatrische problemen, (Ex-)verlaafden, Mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt	www.deschapenstreek.nl
19.	De Oostertuin	Drechterland	zorgboerderij voor mensen met een verstandelijke beperking	www.deoostertuin.nl
20.	De Groene Hoeve	Drechterland	Zorgboerderij voor AWBZ doelgroepen	www.degroenehoeve.nl
21.	De Vuurtoren	Drechterland	Zorgboerderij voor AWBZ doelgroepen	www.devuurtoren.nl
22.	Huis van Noach	Hem	(jonge) mensen met verstandelijke beperking: woon en dagbesteding	www.huisvannoach.nl
23.	Pastorie Westwoud	Drechterland	Kleinschalige woonvorm voor dementerenden	www.pastoriewestwoud.nl
24.	Streekpunt Hoogkarspel	Drechterland	Inloopvoorziening	
25.	Bakkerij de Molenwiek	Oosterblokker	Vervoer is in eerste instantie op eigen gelegenheid	
26.	Hertenkamp	Enkhuizen	Dagbesteding voor mensen met een handicap	www.philidelphia.nl
27.	Stichting het Edutainment	Enkhuizen	een vorm van vrijetijdsbesteding die vooral ingaat op de individuele zorg vraag van jongeren met een	www.hetedutainment.nl

			verstandelijke beperking / rugzakje.	
28	Bria	Andijk	Zorgboerderij dagbesteding ouderen/dementerenden/niet aangeboren hersenletsel/verstandelijke beperking/psychische handicap/jeugdzorg	www.zorgboeren.nl
29	De Elsenburg	Enkhuizen	Zorgboerderij, dagbesteding voor mensen met een lichte beperking	
30	Vereniging Oog-gericht	Stedebroec	Vereniging met als doelstelling: contactmiddagen te organiseren voor mensen met een visuele handicap. Bijeenkomsten kunnen zonder indicatie worden bezocht	http://oog-gericht.nl

**Bijlage 2: Rapportage Wmo-kantoor (wordt apart
bijgevoegd)**