

Periodiek plan Wmo Regio Alblasserwaard – Vijfheerenlanden 2015 - 2018

2014								2014			
JANUARY 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	FEBRUARY 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28	MARCH 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	APRIL 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	MAY 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	JUNE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	JULY 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	AUGUST 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	SEPTEMBER 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	OCTOBER 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	NOVEMBER 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	DECEMBER 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
2015 JANUARY 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31							2015 JUNE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	DECEMBER 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
2016 JANUARY 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31							2016 JUNE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	DECEMBER 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
2017 JANUARY 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	FEBRUARY 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28	MARCH 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	APRIL 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	MAY 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	JUNE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	JULY 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	AUGUST 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	SEPTEMBER 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	OCTOBER 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	NOVEMBER 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	DECEMBER 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Disclaimer:

Dit periodiek plan is gebaseerd op de informatie uit het regeerakkoord van oktober 2012, het zorgakkoord van april 2013, de brief Hervorming langdurige zorg van 25 april 2013, de concept Wmo d.d. 16 augustus 2013 en de brief Nadere uitwerking brief Hervorming Langdurige zorg d.d. 6 november 2013.

Zolang de wettekst niet is vastgesteld door het parlement blijven wijzigingen mogelijk, die uiteraard weer gevolgen kunnen hebben voor het gemeentelijk beleid.

Dit periodiek plan is uitgewerkt in een context van veel onzekerheid. Het belang van continuïteit voor geboden ondersteuning aan onze inwoners maakt echter dat wij de implementatie moeten voorbereiden voordat de besluitvorming is afgerond.



Noot:

In de periode oktober-begin november 2013 zijn bijeenkomsten en besprekingen met diverse partijen belegd om input te verzamelen voor dit periodiek plan. Vervolgens is in iets meer dan twee weken het plan geschreven door meerdere beleidsmedewerkers van de regio AV en RSD.

Het eerste concept is voor feedback toegezonden aan adviesorganen, cliëntvertegenwoordigers, regionaal opererende zorg- en welzijnsaanbieders, beleidsmedewerkers in het sociaal domein en portefeuillehouders Wmo. Feedback is op hoofdlijnen verwerkt en zal op onderdelen terugkomen in de uitvoeringsprogramma's.

Dit document is voorbereid door de projectgroep Wmo in opdracht van de stuurgroep Samenwerken in Participatie. In december 2013 gaat het periodiek plan het bestuurlijk besluitvormingsproces in, met de officiële inspraakprocedures.

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	4
1 Introductie.....	10
2 Context.....	13
3 Concept-wettekst.....	15
Visie en uitgangspunten	18
4 Hoe gaan we onze (beleids-)doelen realiseren?.....	20
4.1 Uitgaan van de kracht en mogelijkheden van inwoners.....	22
4.1.1 Eigen kracht, sociaal netwerk.....	22
4.1.2 Mantelzorgers en vrijwilligers	23
4.1.3 Cliëntondersteuning	26
4.1.4 Algemene voorzieningen.....	27
4.1.5 Hulp op afstand.....	28
4.1.6 Algemene maatregelen	29
4.2 Differentiatie en maatwerk	29
4.2.1 Toegang.....	29
4.2.2 Integrale arrangementen Wmo.....	32
4.2.3 Hulp bij het huishouden.....	34
4.2.4 Begeleiding	35
4.2.5 Vervoer	36
4.2.6 Bieden van opvang, voorkomen huiselijk geweld	36
4.2.7 Keuzevrijheid	37
4.2.8 Eigen bijdragen.....	39
4.2.9 Financiële maatwerkvoorziening inkomensondersteuning.....	40
4.3 Vertrouwen in de samenleving.....	41
4.3.1 We sturen op resultaten	41
4.3.2 Kwaliteit.....	43
4.4 Samenwerken en kennisdelen.....	44
4.4.1 Samenwerking: We werken samen en zoeken naar integraliteit.....	44
4.4.2 Lokaal- regionaal.....	46
5 Inkoop/subsidiering.....	49
6 Uitvoering	50
7 Rechtsbescherming	51
8 Participatie.....	51
9 Communicatie.....	52
10 Planning	53
11 Financiële paragraaf.....	55
12 Lokale paragraaf.....	56
Bijlage I Lijst van definities en gebruikte afkortingen.....	57

Samenvatting

Op 1 januari 2015 draagt het Rijk taken uit het sociale domein over naar gemeenten. Hiervoor wordt onder andere een nieuwe Wmo-wet van kracht. De overdracht van AWBZ-taken gaat gepaard met een aanzienlijke bezuinigingsopgave. Deze transitie AWBZ-Wmo is een omvangrijke opgave voor alle Nederlandse gemeenten en hun partners. Tegelijkertijd bieden de veranderingen ook kansen voor vernieuwing en verbetering. Bijvoorbeeld om de ondersteuning in samenhang en minder gesegmenteerd te organiseren. Samen met Wmo-raden, welzijnsorganisaties en zorgaanbieders zijn de gemeenten van de regio Alblasterwaard-Vijfheerenlanden (AV) op zoek naar deze mogelijkheden voor verbetering/innovatie. Gezamenlijk zetten we hiervoor stappen. We zoeken, proberen, nemen de ruimte om te experimenteren en laten ook ruimte om fouten te maken en daarvan te leren. Het doel is om gezamenlijk de beweging te realiseren die in het sociaal domein wordt aangeduid als 'De Kanteling'¹. Met deze beweging willen we een samenleving realiseren waar inwoners (naar vermogen) meedoen en de ondersteuning krijgen die ze nodig hebben, door daar met elkaar de schouders onder te zetten en naar elkaar om te zien.

Cultuuromslag

De samenleving verandert. Het Kabinet hervormt het zorgstelsel om beter aan te sluiten bij de veranderde wensen en behoeften van inwoners (langer zelfstandig blijven wonen, individualisering), ontwikkelingen (vergrijzing, crisis) en een spanningsveld door een toenemende vraag naar Wmo-ondersteuning en krimpende middelen. Tegelijk met de overdracht van de taken van het Rijk naar gemeenten wil het kabinet het anders organiseren van zorg en ondersteuning stimuleren. De kern van de verandering is dat een groter beroep wordt gedaan op het netwerk van mensen die ondersteuning nodig hebben. Hiervoor is een cultuuromslag nodig die met de gehele samenleving moet worden gemaakt. In de vastgestelde visie en uitgangspunten staan 'de Kanteling' en cultuuromslag beschreven.

Het grootste deel van de inwoners van de regio AV is prima in staat zelfstandig en zonder ondersteuning mee te doen in de samenleving en eventuele tegenslagen op te vangen. Waar mensen dit niet kunnen, vormen gemeenten en samenleving gezamenlijk een vangnet. Een vangnet dat inwoners ondersteunt en waarbij de kracht van inwoners wordt gemobiliseerd en uitgaat van de kwaliteiten van mensen. Een vangnet van samenhangende, effectieve informele en formele ondersteuning, dat past bij de vraag van de inwoner, zijn huishouden en sociale netwerk (familie, vrienden, burens, vrijwilligers). Indien nodig is er ondersteuning van de gemeente beschikbaar. We willen een omslag in denken en doen, een cultuuromslag. Dat gaat stap voor stap en we kunnen dat als overheid niet alleen. We haken aan bij initiatieven van inwoners, organisaties en ondernemers en geven meer ruimte aan activiteiten en initiatieven in het sociaal domein, geïnitieerd vanuit de samenleving.

Periodiek plan

In dit plan staat hoe wij willen realiseren dat wij op 1 januari 2015 klaar zijn voor de uitvoering van de nieuwe taken en de cultuuromslag willen stimuleren en ontwikkelen. Het plan is in een onzekere context uitgewerkt. De besluitvorming over de nieuwe Wmo-wet is nog niet afgerond. Met het oog op de invoeringsdatum van 1 januari 2015 is er

¹ De Kanteling helpt gemeenten om de ondersteuning zo in te vullen, dat mensen met een beperking betere kansen hebben om volwaardig mee te doen aan de samenleving. Een gekantelde manier van werken vraagt een nieuwe benadering van gemeenten en burgers. Meer tijd nemen voor het eerste gesprek met de burger bijvoorbeeld, en afstappen van de standaard voorzieningenlijst. In elk gesprek staan regie over het eigen leven en zelfredzaamheid voorop.

geen ruimte om te wachten op meer duidelijkheid ten aanzien van wettelijke en financiële kaders.

Dit plan is uitgewerkt vanuit de vastgestelde Visie en uitgangspunten voor het Sociaal domein regio AV en in afstemming met de beleidsplannen voor de transitie Jeugd en de Participatiewet. Op pagina 20 vindt u een schema met onze beleidsdoelen, resultaten en inspanningen.

Doelen

Vanuit de visie en uitgangspunten zijn de doelen voor dit periodiek plan geformuleerd, te weten:

1. De inwoner en samenleving ondersteunen vanuit hun eigen kracht.
2. Versterken informele structuur: vrijwilligers en mantelzorgers
3. Meer lokale aanhechting
4. Integrale ondersteuning van informele en formele partijen
5. Sturen op resultaten

Om deze doelen te bereiken, worden in 2014 en daarna veel inspanningen gepleegd. Tot 2015 ligt de nadruk op het realiseren van de randvoorwaarden van de transitie, versterking van de 0e-lijn en de voorbereiding op de nieuwe taken in samenhang met de andere transitie en ontwikkelingen. Vervolgens verschuift het perspectief naar de verdere ontwikkeling van het gekanteld werken en de cultuuromslag die daarbij hoort.

Wat willen we bereiken?

De inspanningen van gemeenten en betrokken partijen zijn gericht op resultaten die we hebben ingedeeld naar de vier uitgangspunten van de gezamenlijke visie op het sociaal domein:

Uitgaan van eigen kracht en sociaal netwerk

1. Ondersteuning wordt met inzet van de omgeving en het netwerk opgelost. Er is een vangnet voor mensen die het zelfstandig niet redden. Daarvoor bieden gemeenten in samenwerking met haar partners (formeel en informeel) ondersteuning. Maatwerk is daarbij het uitgangspunt.
2. Gemeenten, vrijwillige en professionele mantelzorgorganisaties stellen een gezamenlijke visie met een samenhangende aanpak voor mantelzorgondersteuning op. Er wordt ingezet op preventie van overbelasting van mantelzorgers en vraaggerichte ontwikkeling van mantelzorgondersteuning. Mantelzorgondersteuning wordt in de "toegang"² georganiseerd en is een integraal onderdeel van het gesprek³. Door de inzet op mantelzorgondersteuning:
 - Komen mantelzorgers in beeld en is erkenning van mantelzorg mogelijk.
 - Daalt het aantal mantelzorgers dat overbelast is.
 - Weten mantelzorgers waar zij terecht kunnen voor ondersteuning.
 - Is er bij (dreigende) overbelasting respijtzorg beschikbaar.
 - Worden mantelzorgers en hun vrijwilligers passend ondersteund.
3. Gemeenten stellen in samenspraak met haar partners een plan van aanpak vrijwilligersondersteuning op, waardoor:
 - Meer mensen in staat worden gesteld om vrijwilligerswerk te doen, op verschillende manieren en in verschillende levensfasen. Waarbij de positieve aspecten van vrijwilligerswerk voor de persoonlijke ontwikkeling en leerervaringen worden benadrukt en expliciet wordt ingezet op jongeren en groepen vanuit de

² Met "toegang" bedoelen we het proces met als beginpunt het moment waarop het gezin zich meldt (of wordt gemeld) tot het moment waarop passende hulp en/of ondersteuning wordt ingezet.

³ Het gesprek staat voor zorgvuldig onderzoek, een goede analyse, breed kijken, samen zoeken naar oplossingen. Het gaat om het afstappen van het 'claimdenken' en het uitgaan van de eigen kracht en de eigen verantwoordelijkheid.

- Participatiewet. Waardoor hun kansen op doorstroming naar passend werk wordt vergroot.
- Meer samenhang in vrijwilligersondersteuning en – diensten wordt gerealiseerd.
 - De inclusieve samenleving⁴ wordt gestimuleerd, door verbreding van vrijwillige- en verenigingsactiviteiten naar alle inwoners, ook inwoners met een beperking of kwetsbaarheid.
4. Cliëntondersteuning blijft beschikbaar voor kwetsbare groepen en complexe situaties waar cliënten vastlopen in hun weg naar passende ondersteuning. Cliëntondersteuning wordt onderdeel van het arrangement⁵, waarbij het vinden van een structurele oplossing centraal staat.
 5. Een verschuiving van individuele maatwerkvoorzieningen naar meer algemene voorzieningen, zoals een dagbesteding of een groepsopvang. Bijvoorbeeld door ontmoetingsplekken te realiseren waar kwetsbare en zelfredzame inwoners elkaar kunnen treffen, waar ze worden gestimuleerd met elkaar in beweging komen en naar elkaar om te zien. Deze ontmoetingsplekken vormen een alternatief voor (lichte) ondersteuning/begeleiding die nu individueel of in groepsverband vanuit de AWBZ wordt geboden.

Differentiatie en maatwerk

6. Een sluitend stelsel van toegang realiseren waarbij het voor de inwoner duidelijk is waar hij met een ondersteuningsvraag binnen het sociaal domein terecht kan. Waar mogelijk wordt doorverwezen naar oplossingen in de 0e en 1e lijn. We gaan uit van de eigen kracht van mensen en willen duurdere zorgvoorkomen. De ondersteuning wordt opgeschaald indien nodig en afgeschaald waar mogelijk. Werkprocessen zijn, ook bij betrokken partnerorganisaties *gekanteld georganiseerd*. Enkelvoudige vragen worden direct opgelost bij de organisatie waar de inwoner zich meldt. Bij meervoudige vragen wordt in het sociale team, vanuit alle leefgebieden bekeken welke ondersteuning nodig is. Met het gezin⁶ wordt de vraag/problematiek verhelderd, geïnventariseerd wat het gezin zelf kan, wat het eigen netwerk kan bijdragen en tenslotte of er aanvullende hulp of ondersteuning nodig is vanuit professionals (1^{ste} en/of 2^{de} lijn). Het diagnostisch adviesnetwerk en de regionale zorgaanbieders vanuit Jeugd kunnen (indien van toepassing) door het sociaal team worden ingeschakeld. Coördinatie en uitvoering liggen bij sociale teams onder leiding van een door de gemeente aangestelde coördinator. De samenstelling en invulling van de sociale teams van generalisten wordt afgestemd op het werkgebied. Het sociaal team werkt vanuit het uitgangspunt één gezin, één plan, één regisseur. Sociale teams krijgen op termijn de verantwoordelijkheid over het beslissen en bepalen van de ondersteuning en hulp en het daarbij behorende budget dat in een bepaald gebied kan worden ingezet.
7. Maatwerk is het sleutelwoord bij de integrale arrangementen. Het integrale arrangement wordt uitgewerkt in een ondersteuningsplan, dat samen met de cliënt (cliëntensysteem) wordt opgesteld. Een integraal arrangement is een samenhangend pakket van ondersteuning op de elf leefgebieden van het sociale domein en moet leiden tot voortgang en resultaat in zelfredzaamheid en participatie in de samenleving. Uitgangspunt hierbij is dat de algemene voorzieningen en de individuele maatwerkvoorzieningen de eigen kracht van cliënten ondersteunen en versterken. De opbouw van het arrangement volgt de uitgangspunten van de Wmo piramide waarbij we zoveel als mogelijk uitgaan van de eigen kracht en het zelf-organiserend vermogen van de cliënt en diens omgeving, van algemene voorzieningen dichtbij de cliënt georganiseerd en waar nodig van individuele

⁴ De inclusieve samenleving is een samenleving waarin iedereen meetelt en waarin iedereen deel kan nemen aan activiteiten.

⁵ Het pakket aan oplossingen bij elkaar noemen we 'het arrangement'.

⁶ Met gezin wordt de leefeenheid bedoeld. Dit hoeft dus niet per definitie meer dan 1 persoon te zijn.

- maatwerkvoorzieningen. De ontwikkelrichting voor de arrangementen is het komen tot een inclusieve samenleving.
8. Het uitgangspunt voor huishoudelijk hulp wordt (waarschijnlijk) dat er in eerste instantie verwezen wordt naar een algemene voorziening. Dit kan de particuliere markt zijn maar ook het verder ontwikkelen van de Alfacheque als algemene voorziening behoort tot de mogelijkheden. Ondersteuning in de vorm van een maatwerkvoorziening zal alleen nog mogelijk zijn voor mensen waarvoor een algemene voorziening geen afdoende oplossing biedt. Dit betekent ook dat een persoonsgebonden budget alleen beschikbaar is als een algemene voorziening of maatwerkvoorziening in natura geen oplossing biedt. Mensen die het niet kunnen betalen, worden gecompenseerd. In de uitwerking is expliciete aandacht voor de communicatie naar cliënten.
 9. De combinatiemogelijkheden van vervoer worden onderzocht om mogelijk efficiency-winst en kostenbesparing te realiseren. Hierbij worden alle vormen van Wmo-vervoer maar ook andere vormen van doelgroepenvervoer zoals bijvoorbeeld leerlingenvervoer betrokken.
 10. Een sluitende zorgketencoördinatie maatschappelijke opvang met maatschappelijke opvang in de regio door spreiding van voorzieningen, een samenhangende aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling.
 11. Bij de keuze tussen zorg in natura en PGB nemen we de wettekst als uitgangspunt. De wet gaat uit van het beginsel: ondersteuning in natura tenzij een PGB meer passend is. Een PGB is mogelijk wanneer het nodig is om specifieke zorg te kunnen organiseren. Er wordt geen PGB verstrekt voor eenvoudige, relatief kortdurende ondersteuningsvragen en in beginsel ook niet voor mantelzorg. De hoogte van het PGB hangt samen met de vereiste deskundigheid. Het principe is één plan, één PGB. Ook bij de keuze voor zorg in natura is keuzevrijheid van belang. Inwoners moeten een keuze kunnen maken welke zorgaanbieders het best bij hen past. Bijvoorbeeld op basis van levensbeschouwing. In heel specifieke gevallen, bijvoorbeeld bij heel specialistisch zorg, kan keuzevrijheid geen thema zijn omdat er eenvoudigweg maar één aanbieder is.
 12. Gemeenten leggen eigen bijdrages op. De eigen bijdrage is een middel om mensen zelf (financiële) verantwoordelijk te laten nemen en is ook wenselijk uit oogpunt van betaalbaarheid van de Wmo. De hoogte van de eigen bijdrage voor de diverse voorzieningen kan verschillend worden vastgesteld. In beginsel wordt voor algemene voorzieningen een kostendekkend tarief in rekening gebracht. De eigen bijdrage voor maatwerkvoorzieningen is afhankelijk van inkomen en vermogen. Bij het ondersteunen van de financieel kwetsbaren maken we gebruik van mogelijkheden in het kader van de financiële maatwerkregeling. Er wordt geen eigen bijdrage bij lichte ondersteuning (preventie) ingezet om de toegang laagdrempelig te houden en escalatie te voorkomen.
 13. De maatwerkvoorziening inkomensondersteuning wordt uitgewerkt in samenspraak met cliëntenvertegenwoordigers/raden, waarbij het uitgangspunt is dat middelen op de juiste plek terecht komen. Vermoed wordt dat in onze regio met name minima met zorgkosten worden geraakt door het wegvallen van de verschillende financiële regelingen. Het aanwenden van de beschikbare middelen voor deze groep burgers zal daarom een belangrijk uitgangspunt zijn.

Vertrouwen in de samenleving

14. Monitoring is gericht op structurele evaluatie en het sturen op resultaten. Het blikveld van het huidige contractmanagement verbreedt zich naar het volledige sociale domein en richt zich ook op de vraag of de prestatie wel passend is of dat er effectievere alternatieven zijn. Monitoring richt zich op zowel kwantitatieve als kwalitatieve aspecten van de prestatie en het resultaat. Tevredenheidsmeting krijgt een prominente rol.

15. Ondersteuning is van goede kwaliteit, wordt tijdig en in veilige omstandigheden geleverd. Er is een open attitude ten aanzien van kwaliteit. Kwaliteitssystemen en monitoring worden als instrumenten voor continue verbetering gezien.
16. Voor de startperiode na 1 januari 2015 is flexibele capaciteit georganiseerd om onvoorziene knelpunten snel en adequaat op te lossen. Hiervoor wordt voor 2015 een incidenteel budget van de Wmo-middelen gereserveerd.
17. Tevens is er een regionale ombudsman die knelpunten op individueel niveau via mediation bespreekbaar maakt en oplossingen aandraagt om knelpunten op te lossen.
18. In de regio AV is er op de markt van welzijn en ondersteuning ruimte voor meerdere lokale en regionale aanbieders. Deze kunnen verschillen in omvang met keuzemogelijkheden vanuit een levensbeschouwelijke overtuiging. Een inkoopmodel dat hier goed bij aansluit, is bestuurlijk aanbesteden. Mochten partijen in 2014, door voortschrijdend inzicht tot een ander oordeel komen, dan kan dit leiden tot de keuze van een ander inkoopmodel.

Samenwerken en kennis delen

19. Beleid, uitvoering, monitoring en evaluatie worden met participatie van cliënten, inwoners en andere betrokken partijen gerealiseerd. Partijen worden vroegtijdig in processen betrokken en participatie is uitgebreider dan de formele participatietrajecten van de Wmo-raden.
20. Vanuit centrale regie is vanaf de vaststelling van het periodiek plan/beleidsplannen breed gesproken met inwoners, via een website voor inwoners (bereikbaar primair via de gemeente en instellingen), kennis en informatieplatform voor professionals, digitale informatiebrieven, posters, folders, bijeenkomsten etc.. Hierdoor wordt onnodige onzekerheid bij mensen die ondersteuning nodig hebben, voorkomen. Voor inwoners is duidelijk:
 - wat de veranderingen in het hele sociale domein voor hen betekenen,
 - wat zij zelf kunnen bijdragen in de benodigde cultuurverandering
 - wat zij van de lokale overheid kunnen verwachten en wat niet
 - waar zij terecht kunnen voor informatie over het proces
 Partners in het sociale domein benadrukken bij het overdragen van de boodschap aan de klanten dat de ondersteuning anders zal verlopen en wat de klanten zelf kunnen doen.
21. Er is inzicht in de financiële gevolgen van de transities en er zijn oplossingen gevonden voor de financiële vraagstukken en dilemma's rondom de implementatie en (nieuwe) Wmo-taken. We realiseren een financieel passend aanbod voor ondersteuningsvragen met een zekere mate van keuzevrijheid ten aanzien van de aanbieder.

De transitie AWBZ-Wmo gaat gepaard met een bezuinigingsopgave van 25% of meer. Een dergelijke bezuinigingsopgave dwingt tot het maken van keuzes en kan niet door één simpele maatregel worden gerealiseerd. Alle aspecten van de ondersteuning en keten moeten kritisch worden beschouwd. In dit periodiek plan geven wij een aanzet voor deze keuzes. Zodra het financiële kader bekend is, wordt de financiële haalbaarheid getoetst.

Ondertussen blijven we niet hangen in wachten op en nadenken over veranderingen maar experimenteren we al volop. Naast beleidsontwikkeling loopt er een aantal pilots in de regio AV. In de pilots zoeken gemeenten in samenwerking met Wmo-raden, zorgaanbieders, welzijnsorganisaties, zorgverzekeraar en zorgkantoor naar vernieuwende concepten om de doelen van de transities te realiseren. Een belangrijke sleutel in het realiseren van de ambities van de transities is namelijk het anders organiseren, innovatie en samenwerking. Het is de uitdaging om daarbij over grenzen

heen te kijken en te leren loslaten. Al met al een uitdagend proces. Wij hebben alle vertrouwen in de kracht van de samenleving en die van onze partners.

CONCEPT

1 Introductie

Inleiding

In het kader van de transitie AWBZ-Wmo wordt een nieuwe Wmo-wet geschreven, waarin deze transitie wordt geregeld. In augustus 2013 is de concept wettekst Wmo beschikbaar gekomen voor gemeenten. De besluitvorming over deze nieuwe Wmo-wet is nog niet afgerond. De verwachting is dat de wettekst in mei-juni 2014 in de Eerste Kamer wordt behandeld en dat de wet per 1 januari 2015 van kracht wordt. Met het oog op deze invoeringsdatum is gemeenten geadviseerd om, vooruitlopend op de besluitvorming, de implementatie van de nieuwe wet alvast voor te bereiden.

De concept wettekst verlangt een periodiek plan. Met een periodiek plan wordt een Wmo-beleidsplan bedoeld. Het periodiek plan beschrijft de doelen die gemeenten zich stellen om op 1 januari 2015 klaar te zijn voor de nieuwe Wmo-taken. Dit periodiek plan beschrijft de beleidskaders en –doelen van de gemeenteraden van de regio Alblasserwaard-Vijfheerenlanden (AV) en bestaat uit een regionaal en lokaal deel. Iedere raad stelt het periodiek plan vast.

Samenwerken in Participatie

In de regio AV werken de zes gemeenten⁷ samen aan de voorbereiding van de transities in het sociaal domein. In oktober-november 2013 hebben de gemeenteraden in de regio een gezamenlijke visie op het sociaal domein vastgesteld. Deze visie en uitgangspunten worden voor de drie transities nader uitgewerkt in beleidsplannen.

De samenwerking in de regio AV is breed georganiseerd. Niet alleen de zes gemeenten werken samen, ook de Regionale Sociale dienst en de Avelingengroep zijn vaste partners in de voorbereiding van de transities. Daarnaast wordt voor de transitie AWBZ-Wmo samenwerking gezocht met diverse partners als zorgaanbieders, welzijnsorganisaties, Wmo-raden, cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgkantoor. Verder vindt kennis en ervaring uitwisseling plaats met aangrenzende regio's als de Drechtsteden.

Periodiek plan

In de uitwerking van dit periodiek plan is samenwerking en afstemming gezocht met de andere transities en zijn ook de overige ontwikkelingen in het sociaal domein meegenomen. Dit betreft ontwikkelingen als: scheiden wonen en zorg, de maatwerkvoorziening, de congruente samenwerking en passend onderwijs. Ook voor deze maatregelen geldt vaak dat de besluitvorming nog niet is afgerond. Na vaststelling van het periodiek plan worden de doelen uitgewerkt in uitvoeringsplannen voor diverse thema's als toegang, arrangementen, uitvoering en inkoop. In verband met de tijdsdruk op de voorbereiding van de transities zijn een aantal uitvoeringsplannen al in voorbereiding.

Dezelfde tijdsdruk maakt dat we realistisch en pragmatisch moeten zijn ten opzichte van de doelen die wij ons stellen voor de invoeringsdatum 1 januari 2015. De kern van de transities vormt een cultuuromslag bij alle partijen in de zorgketen: zorgvrager, mantelzorgers, vrijwilligers, inwoners, professionele zorgverleners en gemeente. Van iedereen wordt een andere, gekantelde houding verwacht. Het gaat om een nieuw samenspel tussen alle partijen waarbij ondersteuning allereerst door bewoners zelf moet worden geregeld. Nu zijn gemeenten en diverse organisaties al bezig met deze kanteling. Echter een cultuuromslag vergt tijd en de tijd tot 1 januari 2015 is te kort om een cultuuromslag in de keten en bij alle inwoners te realiseren. De gewenste transformatie is

⁷ Gemeenten Giessenlanden, Gorinchem, Hardinxveld-Giessendam, Leerdam, Molenwaard en Zederik

niet op 1 januari 2015 gereed. Wij onderscheiden in dit periodiek plan dan ook korte termijn doelen tot 1 januari 2015 en de langere termijn doelen, die niet per se voor 1 januari 2015 hoeven te zijn gerealiseerd. De korte termijn doelen beschrijven hoe wij willen realiseren om op 1 januari 2015 klaar te zijn voor de nieuwe taken/cliënten van de Wmo. De lange termijn doelen richten zich op de andere manier van kijken en organiseren en hoe wij dat als groeimodel willen ontwikkelen en stimuleren.

Bij het schrijven van dit periodiek plan zijn de exacte kaders van de transitie AWBZ-Wmo nog niet duidelijk. Zo is de exacte afbakening van de nieuwe taken nog niet zeker en is niet bekend wat het budget voor de nieuwe taken wordt. Daarnaast zijn er ook ontwikkelingen die van invloed zijn op de implementatie van de transitie AWBZ-Wmo, zoals de verkenning van de congruente samenwerking. Verder worden er tegelijkertijd op meerdere beleidsterreinen beleidsplannen uitgewerkt die soms net een iets ander tijdspad kennen. Denk hierbij aan het beleidsplan Maatschappelijke zorg dat samen met de centrumgemeente Dordrecht wordt opgesteld.

Op 19 maart 2014 zijn, met uitzondering van gemeente Molenwaard, gemeenteraadsverkiezingen en de voorbereiding van de implementatie van de nieuwe wet duldt geen vertraging door de installatie van een nieuwe gemeenteraad. Daarom is het noodzakelijk om voor maart 2014 door de 'huidige' gemeenteraad richtinggevende kaders te laten vaststellen. Er is geen ruimte om te wachten op meer duidelijkheid ten aanzien van de kaders.

Zomer 2014 zijn de nieuwe gemeenteraden geïnstalleerd en ingewerkt. Naar verwachting is dan ook de nieuwe Wmo-wet vastgesteld door het parlement en zijn de financiële kaders bekend. Ook zal het proces van congruente samenwerking verder zijn uitgewerkt en zullen de ambtelijke organisatie de transities verder hebben uitgewerkt in uitvoerings-/implementatieplannen. Dit is het moment waarop deze plannen voor het eerst aan het wettelijk en financieel kader kunnen worden getoetst. Zodra dit mogelijk is, ontvangen de nieuwe gemeenteraden het samenhangend en getoetst overzicht van de stand van zaken en plannen betreffende de transitie AWBZ-Wmo en de andere transities. Deze kunnen zij vervolgens definitief en in samenhang vaststellen. Daarmee is beleidsmatig de basis gelegd voor uitwerking van het juridisch instrumentarium. In oktober ontvangen de gemeenteraden de Wmo-verordening ter vaststelling.

Leeswijzer

In dit periodiek plan richten wij ons vooral op de nieuwe taken van de Wmo en beschrijven wij wat wij willen bereiken voor deze kwetsbare groepen van onze samenleving en hoe wij dat denken te bereiken. Waar mogelijk hebben wij plannen concreet gemaakt, hoewel wij benadrukken dat het plan in een onzekere context is uitgewerkt.

De doelen van dit periodiek plan zijn regionaal opgesteld maar zullen lokaal, in samenspraak met lokale partijen, nader worden ingevuld. Een lokale paragraaf maakt ook deel uit van dit plan. Een aantal thema's uit dit plan wordt ook regionaal nader uitgewerkt in een uitvoeringsplan. De doelen van dit periodiek plan kunnen als gevolg van voortschrijdend inzicht, samenwerking met partijen en wijzigingen in de wettekst veranderen of worden aangescherpt. Dit maakt ook dat dit periodiek plan geen statisch document is, maar een ontwikkelingsgericht en richtinggevend kader voor de uitwerking. Hoofdstuk 3 en 4 vormen een inleiding op de plannen. Hierin schetsen wij in vogelvlucht de kaders: wat zijn de nieuwe doelgroepen, wat houdt de

**LET OP!
WERK IN
UITVOERING**

nieuwe Wmo-wet in en hoe staat dat in relatie tot de vastgestelde visie en uitgangspunten? Centraal in de nieuwe plannen staat de Kanteling, een cultuuromslag die noodzakelijk is om de gewenste/vereiste transitie te realiseren.

Hoofdstuk 5 vertelt over de keuzes die we op korte termijn moeten maken. Wat willen wij bereiken? Welke focus brengen wij aan op de korte termijn en hoe verwachten wij de transitie op lange termijn te realiseren?

In hoofdstuk 6 tot en met 10 staat hoe wij de inkoop, uitvoering rechtsbescherming, participatie en communicatie organiseren, zodat wij op 1 januari 2015 klaar zijn voor de nieuwe taken. De plannen kunnen niet allemaal tegelijkertijd worden gerealiseerd. De planning en financiële paragraaf vindt u in hoofdstukken 11 en 12.

Bij het schrijven van dit periodiek plan was ons streven om niet te veel jargon te gebruiken. Wij konden hier echter niet geheel aan ontkomen. In bijlage 1 vindt u een opsomming met uitleg van veel gebruikte afkortingen en begrippen.

CONCEPT

2 Context

De samenleving verandert. Gemeenten worden geconfronteerd met veranderende wensen en behoeften van inwoners (langer zelfstandig blijven wonen, individualisering), ontwikkelingen (vergrijzing, crisis) en een spanningsveld door een toenemende vraag naar Wmo-ondersteuning en krimpende middelen. De oplossing wordt gezien in het anders organiseren van zorg en ondersteuning. Het Kabinet wil hiervoor het zorgstelsel hervormen, waarbij beter kan worden ingespeeld op de wens van mensen om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te wonen en het stelsel financieel houdbaar blijft. Dit betekent dat er een groter beroep wordt gedaan op het netwerk van mensen, indien nodig, zijn dan thuiszorgvoorzieningen van de gemeente beschikbaar. Als thuis wonen niet meer haalbaar is, moet er goede zorg in een instelling zijn waar het individu en de kwaliteit van leven centraal staan. Het Kabinet wil niet terug naar de tijd dat een inwoner met een ondersteuningsvraag afhankelijk was van liefdadigheid maar ook niet naar een samenleving waar het tegengaan van eenzaamheid afhankelijk is van betaalde en verzekerde zorg⁸.

Doelgroep transitie AWBZ-Wmo

Op dit moment is nog niet bekend wat de exacte afbakening van de nieuwe taken is, wie het op cliëntniveau betreft en wat het exacte budget voor de nieuwe taken wordt. Wel staat vast dat het een omvangrijke operatie betreft die onder tijdsdruk wordt voorbereid.

Op basis van gegevens van zorgverzekeraars, zorgkantoor en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) is getracht de omvang van de doelgroep in kaart te brengen.

In totaal zijn er in de regio AV 5450 indicaties afgegeven voor AWBZ-zorg.

Regio AV	2013	
Totaal aantal indicaties	5450	100%
Totaal aantal indicaties extramuraal	3405	62,5%
Totaal aantal indicaties intramuraal	2045	37,5%

In onderstaande tabellen staan de aantallen indicaties die nu zorg en ondersteuning via de AWBZ ontvangen uitgesplitst naar inwoners die vanaf 1 januari 2015 door de transitie AWBZ-Wmo mogelijk een beroep doen op de gemeente en inwoners die de zorg en ondersteuning via de AWBZ of Zvw ontvangen⁹. Naast de aantallen is ook geprobeerd in kaart te brengen welke bedragen er op dit moment worden besteed aan zorg en ondersteuning die met de transitie AWBZ-Wmo naar gemeenten komen.

⁸ Brief Hervorming langdurige zorg d.d. 25 april 2013

⁹ Tabellen opgesteld door JSO/Tympan

Indicaties op regioniveau

Onderstaande tabellen geven een overzicht van het totaal aantal indicaties in aantal en het percentage van het totaal. De tabel geeft de totalen voor de regio AV weer per functiecategorie. De tabel omvat alle indicaties, zowel extra- als intramuraal. De percentages geven aan om hoeveel procent van het totaal aantal indicaties dit gaat. Ter verduidelijking is aangegeven hoeveel intramurale indicaties er zijn afgegeven.

De functiecategorieën zijn opgesplitst in een deel dat via de Wmo gaat verlopen (begeleiding en kortdurend verblijf) en een deel dat nog via AWBZ zorg verloopt of waarschijnlijk blijft verlopen (persoonlijke verzorging, verpleging en behandeling). Van beide groepen is een sub-totaal van kosten weergegeven, deze is gebaseerd op extramurale kosten. Vektis¹⁰ bestanden hanteren 2012 als peiljaar en gebruiken niet dezelfde functiecategorieën als CIZ. Het kostenplaatje geeft een 'globaal' overzicht.

Regio AV- nieuwe taken Wmo		
Functiecategorie	2013	
Begeleiding individueel	425	12%
Begeleiding individueel (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	210	6%
Begeleiding groep	145	4%
Begeleiding groep (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	210	6%
Begeleiding individueel en Begeleiding groep	100	3%
Begeleiding individueel en groep (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	100	3%
Kortdurend verblijf (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding individueel en/of begeleiding groep)	140	4%
Totaal	3390	38%
Kosten (op basis Vektis 2012)	€ 14.941.488	

Regio AV- AWBZ en Zvw		
Functiecategorie	2013	
Persoonlijke verzorging	1445	43%
Verpleging	185	5%
Persoonlijke verzorging + Verpleging	345	10%
Behandeling (eventueel met persoonlijke verzorging en/of verpleging)	85	2%
Totaal	2060	60%

¹⁰ Vektis is het centrum voor informatie en standaardisatie voor zorgverzekeraars

De AWBZ-budgetten worden met een bezuinigingsopgave overgeheveld naar gemeenten. Aangezien nog niet bekend is welk basisjaar voor de vaststelling wordt gebruikt, is het niet mogelijk om hiervoor een inschatting te maken. Wel is becijferd dat het aandeel van het (brede) sociaal domein in de gemeentelijke begroting zal stijgen tot ongeveer 55%.

3 Concept-wettekst

Wetsvoorstel in concept

Het wetsvoorstel van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 ligt er. Dit is het beoogd wettelijk kader voor de toekomstige uitvoering van de Wmo. In de tekst zijn de gevolgen van de decentralisatie van de AWBZ verwerkt maar ook de invoering van de Jeugdwet en de Participatiewet. De concepttekst¹¹ ligt nu voor advies bij de Raad van State. Verwachting is dat parlementaire behandeling voor 1 juli 2014 is afgerond.

De belangrijkste wijzigingen

De belangrijkste verandering is dat de negen prestatievelden van de huidige Wmo worden vervangen door drie beleidsdoelen onder de noemer maatschappelijke ondersteuning. Deze drie doelen zijn:

1. Het bevorderen van de sociale samenhang, de mantelzorg, het vrijwilligerswerk en de veiligheid en leefbaarheid in de gemeente, alsmede voorkomen en bestrijden van huiselijk geweld
2. Het ondersteunen van de zelfredzaamheid en de participatie van personen met een beperking of met chronische, psychische of psychosociale problemen, zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving
3. Het bieden van opvang (maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, beschermd wonen en verslavingszorg)

In de wet staat zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie voorop. Algemene voorzieningen en maatwerkvoorzieningen hebben als uitiem doel de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie te ondersteunen.

De opdracht vanuit het wetsvoorstel is:

"Het gemeentebestuur draagt zorg voor de maatschappelijke ondersteuning en bevordert in dat verband een goede toegankelijkheid van voorzieningen, diensten en ruimten voor mensen met een handicap en de zelfredzaamheid en participatie van personen met een beperking, chronische psychische of psychosociale problemen, teneinde te bevorderen dat burgers zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kunnen blijven wonen."

Het wetsvoorstel legt de nadruk op de verplichting voor de gemeente om met maatwerk te reageren op iemands behoefte aan ondersteuning van de zelfredzaamheid, voor zover hij niet op eigen kracht of met hulp van zijn sociale netwerk in staat is te achten zijn problemen meester te worden.

Er is nog geen inkadering van deze omschrijving. Daarom moet ook deze worden ingevuld door jurisprudentie. De huidige Wmo-jurisprudentie is echter wel een belangrijk uitgangspunt. Met deze nieuwe resultaatverplichting voor het gemeentebestuur is er ten opzichte van de huidige Wmo nadrukkelijk meer ruimte voor de gemeente en burger om

¹¹ Concept-tekst d.d. 16 augustus 2013

samen te komen tot oplossingen die zijn toegesneden op individuele en lokale omstandigheden.

Periodiek plan

De gemeenteraad stelt periodiek een plan vast voor het te voeren beleid voor de maatschappelijke ondersteuning. Dit is een wettelijke verplichting.

De concept-wettekst benoemt een aantal onderwerpen die in dit periodiek plan moeten worden geregeld. Het gaat om:

- Sociale samenhang (toegankelijkheid, veiligheid, leefbaarheid, voorkoming en bestrijding huiselijk geweld)
- Ondersteuning en waardering mantelzorgers en vrijwilligers
- Voorkomen beroep op ondersteuning (preventie)
- Aanbod algemene voorzieningen aan mensen die maatschappelijke ondersteuning nodig hebben
- Maatwerkvoorzieningen ter ondersteuning van zelfredzaamheid en participatie aan mensen die daar niet of onvoldoende op eigen kracht of met hulp van mantelzorg, gebruikelijke hulp, of sociaal netwerk toe in staat zijn.
- Maatwerkvoorzieningen aan mensen die zich niet op eigen kracht kunnen handhaven in de samenleving. Ze hebben opvang of beschermd wonen nodig vanwege psychische of psychosociale problemen of mensen die hun huis hebben verlaten als gevolg van huiselijk geweld.

Het periodiek plan is erop gericht om te bevorderen dat:

- Mensen zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kunnen blijven
- Mensen die beschermd of in opvang wonen, zo snel mogelijk weer op eigen kracht kunnen deelnemen aan de samenleving.

In het plan is aandacht voor:

- Een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, zorg, jeugdzorg, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen
- Een zo integraal mogelijke dienstverlening door samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Verordening

Het periodiek plan vereist een verordening. De gemeenteraad stelt in het derde/vierde kwartaal van 2014 de verordening vast.

Overgangsrecht

In het wetsvoorstel is een overgangsrecht opgenomen. De hoofdregel is dat mensen met een AWBZ-indicatie hun recht op ondersteuning houden tot 1 januari 2016, tenzij de indicatie eerder vervalt. Dat betekent ook dat zij recht hebben op ondersteuning van een aanbieder, zelfs wanneer die ondersteuning niet door de gemeente is gecontracteerd. Dit recht kan in specifieke gevallen eerder worden beëindigd, bijvoorbeeld wanneer de gemeente een ander passend aanbod doet.

Voor mensen met een AWBZ aanspraak op beschermd wonen geldt een overgangstermijn van 5 jaar. Dit is met name van belang voor de centrumgemeente¹² Dordrecht.

Als mensen tijdens deze overgangsperiode een aanvraag indienen bij het CIZ, dan moet het CIZ de gemeente vragen om hun zienswijze, voordat zij een besluit nemen.

¹² Een centrumgemeente is een gemeente die in een intergemeentelijk samenwerkingsverband volgens de Wet gemeenschappelijke regelingen (WGR), een bepaalde functie uitvoert voor omliggende gemeenten.

VN-verdrag Handicap

In het regeerakkoord is opgenomen om het VN Verdrag Handicap te ratificeren. Het doel van dit verdrag is een voor ieder toegankelijke samenleving. Na ratificatie maakt dit verdrag deel uit van de wettelijke context waarbinnen overheden (en daarmee gemeenten) dienen te opereren.

CONCEPT

Visie en uitgangspunten

De gemeenteraden van de regio AV hebben de volgende visie op het sociaal domein vastgesteld:

Visie:

"We willen dat mensen in hun eigen omgeving hun leven naar eigen keuze kunnen invullen, waarbij zij samen met anderen onderdeel zijn van deze samenleving. We gaan er vanuit dat mensen dit zelf weten te regelen. Lukt dat niet dan ondersteunen we hen daarbij, in samenwerking met al onze partners in het sociale domein. Hierbij willen we het verschil maken door maatwerk te leveren. Samen zijn we verantwoordelijk voor de vormgeving van het sociale domein."

Centraal in de visie van de regio AV op het sociaal domein staat 'meedoen naar vermogen'. Mensen met een beperking of ondersteuningvraag willen net als ieder ander zelf hun leven vormgeven en meedoen in de samenleving. Door hun beperking of omdat de maatschappij onvoldoende is ingesteld op beperkingen, ondervinden zij bijna dagelijks belemmeringen om volwaardig mee te doen en is ondersteuning nodig om hen in staat te stellen om mee te doen. Mensen met een beperking of ondersteuningvraag willen net als ieder ander de regie in eigen hand hebben. Zij willen als ieder ander behandeld worden en niet anders dan anderen of teveel beschermd of betutteld. Zij willen dat er naar hen wordt geluisterd en wordt meegedacht over wat er in hun situatie het beste past, als volwaardige burgers, met alle rechten en plichten. Hierbij past geen paternalistische aanpak waarbij de regie wordt overgenomen door een overheid. Maar wel een gekantelde Wmo dat een vangnet vormt voor mensen met een beperking of ondersteuningvraag en tegelijkertijd uitgaat van de kwaliteiten en kracht van mensen. Gemeenten zijn daarom bezig om de rol anders, gekanteld, in te vullen. Deze nieuwe rol sluit ook aan bij de vier uitgangspunten van de regionale visie.

- De kracht van de samenleving: We (de gemeenten) gaan uit van eigen kracht en mogelijkheden van inwoners en omgeving. Inwoners zijn zelfredzaam, maar ook verantwoordelijk voor buurt, wijk of omgeving. Krachten in de samenleving worden voluit benut. Het wordt daarbij gewoon om (eerst) hulp te vragen in het eigen sociale netwerk, wijk of omgeving. Maar er is een grens aan zelfredzaamheid en de inzet van het netwerk, we moeten overbelasting voorkomen. Er blijft een vangnet voor degene die dit niet redt.
- Vertrouwen in de samenleving: We (de gemeenten) vertrouwen inwoner, omgeving, professional en organisaties. Voorschriften, overlegvormen en bureaucratische verantwoordingsstructuren maken plaats voor sturen op prestatie en resultaat. We laten los en vertrouwen erop dat partijen zich verantwoordelijk voelen, verantwoordelijkheid nemen en rekenschap afleggen. Dit is de stip aan de horizon en een groeiproces. Tijdens dit proces monitoren we de resultaten en sturen bij als dit nodig is.
- Differentiatie en maatwerk: We (de gemeenten) staan dicht bij onze inwoners en organiseren samen met inwoners en zorg- en welzijnsorganisaties een effectief sociaal netwerk. Op het moment dat problemen of vragen dit netwerk overstijgen, wordt een passend ondersteuningsaanbod georganiseerd. Hierbij is er ruimte voor differentiatie en maatwerk. Geen enkele situatie is gelijk aan de andere, we moeten het verschil durven maken. Naast het feit dat we maatwerk moeten leveren voor onze inwoners, moeten we als gemeenten waar mogelijk ook het verschil durven maken tussen de lokale eigenheid van de gemeenten in onze regio.

- Samenwerken en kennis delen: We (de gemeenten) beseffen dat wij verantwoordelijk zijn voor de vormgeving en te bereiken resultaten binnen het eigen (lokale en regionale) sociale domein. Het gaat om een complex systeem van inwoners, instellingen, organisaties, gemeenten, raden en andere belanghebbenden. Binnen de ontwikkeling van het sociale domein pakken de deelnemers (gemeenten en maatschappelijke partners) hun rol door samen te werken, kennis en informatie te delen, elkaar te stimuleren en te ontwikkelen en, zo mogelijk, te ontschotten. Gezamenlijk zijn wij verantwoordelijk voor de inrichting en vormgeving van het sociale domein.

Het kijken vanuit deze vier basisprincipes heeft gevolgen voor de rol van de gemeenten. De meer verticaal sturende en hiërarchisch georganiseerde rol wijzigt in een horizontale, faciliterende, verbindende en stimulerende rol. De gemeente stelt zich op als partner in het sociale domein. Deze nieuwe rol past bij een overheid die erop vertrouwt dat inwoners verantwoordelijkheid nemen en datgene wat ze kunnen organiseren, ook zelf regelen. Dat betekent niet automatisch dat inwoners het op dezelfde wijze zullen organiseren als de overheid. Inwoners kunnen het anders organiseren dan de gemeente het zou hebben gedaan en het betekent ook dat inwoners het op de ene plaats anders organiseren dan op een andere plaats. Ook als de gemeente betrokken blijft bij het organiseren van ondersteuning, krijgt de ondersteuning een grotere diversiteit doordat er wordt aangesloten op het sociale en lokale netwerk. We mobiliseren de kracht van inwoners en delen onze verantwoordelijkheid als overheid met inwoners en organisaties. We willen een omslag in denken, een cultuuromslag. Dat gaat niet in één keer maar stap voor stap. We kunnen dat als overheid niet alleen, we zullen aanhaken bij initiatieven van inwoners, organisaties en ondernemers. We geven meer ruimte aan activiteiten en initiatieven in het sociaal domein geïnitieerd vanuit de samenleving. We ondersteunen, faciliteren en verbinden inwoners, organisaties en ondernemers met ideeën die de sociale kwaliteit verbeteren of behouden.

Gemeenten zijn al gestart met deze cultuuromslag. Veel Wmo-loketten werken al vanuit een gekantelde werkwijze, waarbij het netwerk van de cliënt wordt betrokken. Maar de transitie gaat gepaard met een bezuinigingsopgave van 25% of meer. Een dergelijke bezuinigingsopgave dwingt tot het maken van keuzes en kan niet door één simpele maatregel worden gerealiseerd. Alle aspecten van de ondersteuning en keten moeten kritisch worden beschouwd.

Toekomstbestendige ondersteuning verwachten wij te realiseren door:

- Toegang anders te organiseren. Efficiënter door integraal voor alle/meerdere leefdomeinen in samenspraak en –werking met het sociale netwerk, via bijvoorbeeld een sociaal wijkteam. Coördinatie van de ondersteuning door uit te gaan van één gezin, één plan en één coördinatie. Voorkomen van inzet tweedelijns-ondersteuning et cetera
- Innovatieve manieren van ondersteuning. Door slimmer en anders organiseren van ondersteuning, door zaken te combineren bijvoorbeeld huishoudelijke hulp en begeleiding.
- Meer groepsgewijze ondersteuning in plaats van individuele ondersteuning via algemene, generieke voorzieningen, zoals pilot Molenwaard of groepsgewijze cliëntondersteuning.

Dit zijn een paar voorbeelden waarover niet enkel wordt nagedacht maar waar al concreet mee wordt geëxperimenteerd in een aantal pilots. De eerste ervaringen vanuit deze pilots zijn, voor zover mogelijk, meegenomen in dit periodiek plan. Wij zijn ervan overtuigd dat innovatie, het anders organiseren, een belangrijke sleutel is in het realiseren van de transitie. En daar zijn we met alle partijen van de keten mee aan de slag.

4 Hoe gaan we onze (beleids-)doelen realiseren?

In dit periodiek plan geven we een aanzet om keuzes te bepalen. Richting te geven aan die zaken die we loslaten en wat we aan randvoorwaarden organiseren om de cultuuromslag te realiseren en het vangnet te organiseren voor de kwetsbare groepen die onze ondersteuning nodig hebben.

We doen dit aan de hand van de vier uitgangspunten van de regionale visie op het sociaal domein.

Vertrekpunt

De visie en uitgangspunten sociaal domein zijn ons vertrekpunt bij de uitwerking van geformuleerde beleidsdoelen.

Structuur

Deze basisprincipes vormen ook de structuur waarlangs we formuleren wat we willen bereiken en hoe we onze beleidsdoelen willen realiseren.

1. Uitgaan van de kracht en mogelijkheden van inwoners
 1. Eigen kracht, sociaal netwerk
 2. Algemene voorzieningen
 3. Mantelzorg, vrijwilligers
 4. Cliëntondersteuning
 5. Hulp op afstand
2. Differentiatie en maatwerk
 1. Toegang
 2. Arrangementen
 3. Hulp bij het huishouden
 4. Begeleiding
 5. Vervoer
 6. Bieden van opvang, voorkomen huiselijk geweld
 7. Keuzevrijheid
 8. Eigen bijdragen
 9. Financiële maatwerkvoorziening
3. Vertrouwen in de samenleving
 1. We sturen op resultaten
 2. Kwaliteit
4. Samenwerken en kennisdelen
 1. Samenwerking: We werken samen en zoeken naar integraliteit
 - i. afstemming Jeugd, Participatiewet
 - ii. afstemming Zvw, AWBZ

Visuele uitwerking

De uitwerking van de geformuleerde doelen en aanpak hebben we gevisualiseerd in een schema. Dit schema staat op de volgende pagina. Bovenaan in dit schema staan de visie en uitgangspunten. Deze zijn vertaald naar een aantal doelen.

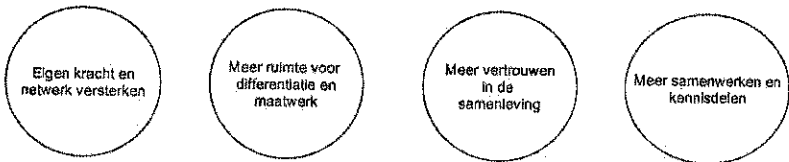
1. De inwoner en samenleving ondersteunen vanuit de eigen kracht.
2. Versterken informele structuur: vrijwilligers en mantelzorgers
3. Meer lokale aanhechting
4. Integrale ondersteuning van informele en formele partijen
5. Sturen op resultaten

Het behalen van de doelen is af te meten aan een aantal resultaten. Deze resultaten zijn nog niet Smart¹³ geformuleerd. Later in het proces, zodra de (financiële) randvoorwaarden bekend zijn, worden deze in de uitvoeringsplannen smarter/meetbaar geformuleerd. In de onderste rij vindt u de inspanningen opgesomd. Via de uitvoering van deze inspanningen willen wij de doelen realiseren en de resultaten behalen.

Visie

Meedoen (naar vermogen)

Uitgangspunten



Doelen



Resultaten

<p>2015: Meer Wmo-meldingen opgelost zonder verstrekking</p> <p>2015: mantelzorgpartner in gesprek</p> <p>2016: Meer inwonersinitiatieven in Sociaal domein</p> <p>2017: rapportcijfer aanvraag Wmo 7.5</p> <p>2017: stijging van de Wmo-meldingen opgelost zonder verstrekking</p>	<p>2015: aantal geregistreerde mantelzorgers stijgt</p> <p>2016: minder overbelaste Mantelzorgers</p> <p>2016/17: meer bekendheid mantelzorg-/vrijwilligersondersteuning</p> <p>2017: meer vrijwilligers actief, ook andere doelgroepen (jongeren/ allochtoon)</p>	<p>2016: financieel passend aanbod voor ondersteuningsvragen met (zekere mate) van keuzevrijheid t.a.v. van aanbieder</p> <p>2016: 1 gezin, 1 plan (1 budget)</p> <p>2015: maatsch opvang in eigen regio door spreiding voorzieningen</p> <p>2015: slukkende zorgketencoördinatie MO</p> <p>2015: samenhangende aanpak Huiselijk geweld en kindermishandeling</p>	<p>2015: Regelarme uitvoering</p> <p>2016: efficiënter gecombineerd vervoer</p> <p>2017:</p>
---	--	---	--

Inspanningen 2014 2015-2017

<p>2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pva mantelzorg-ondersteuning (vraaggericht, samenhang) Pva vrijwilligers-ondersteuning (benutten potentiële, samenhang) Respijtzorg ombudsman 	<p>2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vroegsignalering versterken door scholing partijen SWT op mantelzorgsignalering/-ondersteuning groepsgewijze cliëntondersteuning groepsgewijze mantelzorgondersteuning 	<p>2014:</p> <p>Uitvoering:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inrichting Wmo-loket Kanteling Wmo-loket Scholing nieuwe doelgroepen SNV-methodiek <p>2015 – 2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 	<p>2014:</p> <p>Voorbereiden nieuwe taken:</p> <ul style="list-style-type: none"> Regierol gemeente Organiseren toegang/SWT Organiseren arrangementen voor veelvoorkomende vragen (80%) + procedures niet regulier/ spoed/ respijt HH als alg voorziening organiseren client-ondersteuning inkoop, bestuurlijke aanbesteding Wmo-verordening vangnet opstart/ 	<p>2014:</p> <p>Voorbereiden nieuwe taken:</p> <ul style="list-style-type: none"> Administratieve processen keuzevrijheid, pgb eigen bijdragen financiële maatwerkvoorziening voorbereiden monitoring via financiële controle en tevredenheidsonderzoek <p>2015-2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> dominemonitoring SROI/MKBA 	<p>2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> Maatschappelijke zorg uitvoeringsplan van regio AV en centrumgemeente Doorontwikkeling veiligheidshuis <p>2015-2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> Efficiency onderzoek vervoer
--	---	--	---	--	--

¹³ Smart wil zeggen: Specifiek, Meetbaar, Aansprekend, Resultaatgericht en Tijdgebonden.

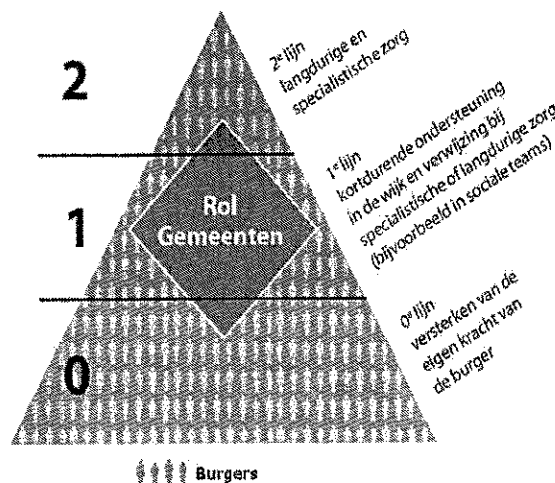
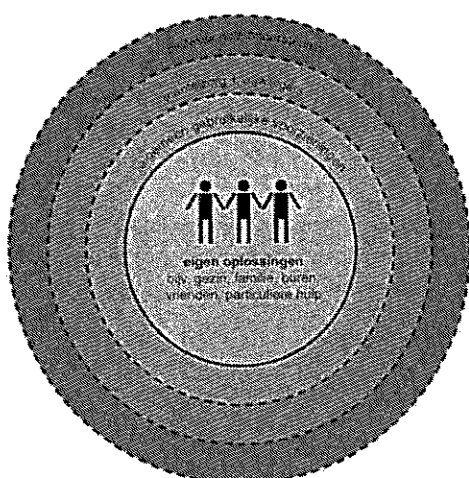
4.1 Uitgaan van de kracht en mogelijkheden van inwoners

4.1.1 Eigen kracht, sociaal netwerk

We gaan ervan uit dat iedere inwoner zelf verantwoordelijk is voor zijn of haar leven en welzijn. Hij of zij heeft zelf de regie in handen. We gaan er ook van uit dat mensen zoveel mogelijk voor elkaar zorgen. Dit noemen we 'eigen kracht'. Zelfredzaamheid is het uitgangspunt.

De gemeente zorgt voor het vangnet - in samenwerking met haar professionele partners - wanneer het niet lukt om op eigen kracht en met het sociale netwerk deel te nemen aan de samenleving. Er wordt ingezet op eigen kracht en de mogelijkheden van inwoners. Er zullen echter situaties zijn waar zelfregie en het zelfoplossend vermogen niet aan de orde zijn (bijv. bij ernstige dementie of ernstige verstandelijk beperking) en dit ook niet in het netwerk kan worden georganiseerd. Dan wordt er een zwaarder beroep op het vangnet gedaan.

In schema geven we de rol van onze inwoner en onze gemeentelijke positie weer in de volgende illustraties.



Deze visie op het sociaal domein sluit naadloos aan bij de uitgangspunten van het wetsvoorstel Wmo.

Wat willen we bereiken?

- Zoveel mogelijk inwoners zijn zelfredzaam.
- Inwoners voelen zich meer verantwoordelijk voor elkaar
- Er is een vangnet voor mensen die het zelfstandig niet redden. De gemeente biedt hen ondersteuning in samenwerking met haar partners
- Maatwerk is het uitgangspunt.

Wat gaan we doen?

- een groter beroep doen op de persoonlijke verantwoordelijkheid van de bewoners zelf en op hun omgeving ('sociaal netwerk') wanneer zij behoefte hebben aan ondersteuning. Daar waar nodig het netwerk versterken zodat de verantwoordelijkheid en ondersteuning breed in het netwerk wordt belegd.
- initiatieven ondersteunen die bijdragen aan de versterking van de eigen kracht, het sociaal netwerk en de zelfredzaamheid van inwoners.

4.1.2 Mantelzorgers en vrijwilligers

Mantelzorgers zorgen langdurig en onbetaald voor een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis. Mantelzorgers zijn geen beroepsmatige zorgverleners, maar geven zorg omdat zij een persoonlijke band hebben met degene voor wie ze zorgen. Mantelzorg is niet de alledaagse zorg voor, bijvoorbeeld de zorg voor een gezond kind.

We volgen de definitie die door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid is vastgesteld: *Mantelzorg is zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende door één of meerdere leden van diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening direct voortvloeit uit de sociale relatie.*

Vrijwilligers kiezen ervoor om te zorgen. Als zij met het vrijwilligerswerk starten, is er vaak nog geen emotionele band. Daarnaast zorgen zij voor een afgebakende tijd (bijvoorbeeld een dagdeel per week) en kunnen zij de zorg op eigen initiatief beëindigen.

Een belangrijke rol voor het uitgangspunt 'uitgaan van eigen kracht en mogelijkheden' is weggelegd voor mantelzorgers en vrijwilligers met zorgtaken. Mantelzorgers en vrijwilligers met zorgtaken worden een volwaardige partner in de organisatie van de ondersteuning en daarmee de ondersteuningsstructuur. Gemeenten hebben een maatschappelijke opdracht om (dreigende) overbelasting te voorkomen. Gemeenten onderkennen het belang en de urgentie van mantelzorgondersteuning, maar staan als regisseur voor een complex vraagstuk. Er zijn veel partijen actief binnen de mantelzorgondersteuning. Denk aan de welzijnsorganisaties, kerken en moskeeën, MEE, gemeenten en meer. Deze partijen signaleren zelf dat de onderlinge verbinding beperkt is en dat door meer samenhang te brengen tussen activiteiten en ondersteuning winst is te behalen. Daarnaast wordt gesignaleerd dat de Kanteling/cultuuromslag in de ondersteuning nog niet bij alle organisaties is gerealiseerd. De omslag van 'zorgen voor' naar het versterken van de eigen kracht en het netwerk van de zorgvrager en mantelzorger is nog niet overal gemaakt. Er worden goede resultaten geboekt met Sociale Netwerk Versterking (SNV) in individuele dan wel groepsgewijze toepassing, waarbij het netwerk rond een zorgvrager of mantelzorger wordt gemobiliseerd en versterkt.

Wat willen we bereiken?

Mantelzorgers en vrijwilligers voeren vaak taken uit waardoor inwoners en organisaties minder snel een beroep doen op voorzieningen bij de gemeente. Dus niet enkel voor de betrokken mantelzorger en vrijwilliger is het van belang om de mantelzorgers en vrijwilligers adequaat en effectief te ondersteunen, zodat zij het langer en beter volhouden. Ook voor de gemeente betekent dit dat er minder snel duurdere voorzieningen hoeven worden ingezet.

Om de groei van onderlinge hulpverlening te realiseren, is het noodzakelijk inwoners hiertoe te motiveren en ondersteunen.

Als de Kanteling succesvol wordt doorgevoerd, betekent dit een groei van informele ondersteuning en een versteviging van de samenhang tussen professionele zorgverleners en informele zorg (mantelzorgers en vrijwilligers met zorgtaken). Dit maakt de ondersteuning toekomstbestendig. Het is hierbij zoeken naar de balans tussen formele en informele zorg.

Hierbij moet gewaakt worden voor overbelasting van mantelzorgers en vrijwillige hulp. Sociale Netwerk Versterking is een bewezen methodiek om het sociale netwerk rondom de cliënt en de mantelzorger te betrekken om zo de zorg voor de zorgvrager te delen. Door de zorg te delen, kan overbelasting worden voorkomen.

Als gemeente zien we een rol in het faciliteren van de diversiteit aan sociale netwerken, waarin mensen participeren. Ook ondersteunen wij vrijwilligers -en mantelzorg(organisaties), zodat zij zo optimaal mogelijk hun werk kunnen doen. Mantelzorgers moeten het liefst zo vroeg mogelijk, dus wanneer de mantelzorg net is gestart, ondersteuning krijgen. Op dat moment is het netwerk optimaal in staat om te ondersteunen. Op dit moment is de praktijk dat ondersteuning zich vaak richt op het terugdringen van overbelasting. We willen meer inzetten op preventie. Daarom wordt mantelzorgondersteuning in de toegang georganiseerd en is het een integraal onderdeel van het 'gesprek', waarbij de SNV als instrument beschikbaar is.

Er zijn veel partijen die een rol (kunnen) hebben in het signaleren van een potentieel risico op overbelasting. Dit vereist wel dat partijen kennis hebben van mantelzorgsignalering, dat zij weten waarop zij moeten/kunnen letten en toeleiden naar (specialistische) ondersteuning.

We willen inzetten op een verbreding van de kennis van mantelzorgsignalering naar alle partijen van een sociaal wijkteam of signaleringsnetwerk. Er wordt een plan van aanpak/uitvoeringsplan gemaakt op de gezamenlijke invulling van de signalering en ondersteuning van mantelzorgers met alle betrokken partijen. Hierin zal expliciet aandacht zijn voor preventie en samenwerking tussen mantelzorgorganisaties en met andere domeinen zoals werk en inkomen. Maar ook de samenwerking met zorgaanbieders zodat de mantelzorgers van cliënten die langdurige of intensieve mantelzorg vragen, bijvoorbeeld GGZ of Alzheimer, adequaat geïnformeerd en ondersteund kunnen worden. Hierbij wordt ook aangesloten bij de pilot Ketenzorg Dementie en de dementieconsulenten.

Het is belangrijk dat mantelzorgers weten waar zij terecht kunnen voor ondersteuning. We veronderstellen te vaak dat mensen bekend zijn met de mogelijkheid van mantelzorgondersteuning. Dit is een verbeterpunt. Daarnaast wordt er ingezet op vraaggerichte ontwikkeling van mantelzorgondersteuning door de speerpunten, die mantelzorgers zelf voor de gemeente hebben benoemd, uit te werken. Zoals lotgenotencontact via salons en cafés, respijtzorg, de toepassing van e-health en snelle ondersteuning/noodzorg als er overbelasting is.

Het doel is een gezamenlijke visie van gemeente, vrijwillige en professionele mantelzorgorganisaties en een samenhangende aanpak van mantelzorgondersteuning gericht op preventie, waardoor:

- Mantelzorgers in beeld zijn en erkenning van mantelzorg mogelijk is. Waarbij expliciete aandacht voor mantelzorgers die wij nu slecht bereiken, zoals allochtone of jonge mantelzorgers
- Het aantal mantelzorgers dat overbelast is, daalt.
- Mantelzorgers weten waar zij terecht kunnen voor ondersteuning.
- Op het moment dat het netwerk en/of de mantelzorger het (tijdelijk) niet kunnen organiseren, er respijtzorg beschikbaar is. Respijtzorg kan ook worden ingezet voor ontlasting van het netwerk en de mantelzorger, om te zorgen dat zij het langer kunnen volhouden.

Wat gaan we doen?

In samenspraak met betrokkenen een plan van aanpak mantelzorgondersteuning uitwerken en implementeren dat bovenstaande aandachtspunten omvat.

Vrijwilligers

Zorgvrijwilligers kunnen veel betekenen voor een zorgvrager en mantelzorgers. Voorwaarde is wel dat er een vertrouwensband is en de vrijwilliger enige kennis van de beperking of aandoening heeft. In de regio AV zijn al vele (zorg)vrijwilligers actief en ook ten aanzien van hen hebben gemeenten de maatschappelijke taak om overbelasting of overvragen te voorkomen.

Vrijwillige inzet vertegenwoordigt een enorm sociaal, economisch, democratisch en dienstverlenend kapitaal. Kapitaal dat ingezet kan worden om deze uitdagingen op te pakken. Maar ook kapitaal dat onderhouden moet worden. Vrijwillige inzet is de hefboom om te komen tot een veerkrachtige lokale samenleving waarin zoveel mogelijk inwoners - zo niet allen - participeren. Inwoners die in vertrouwen samenwerken met anderen en uit vrije wil diensten aan elkaar en derden leveren. Inwoners die samen verantwoordelijkheid nemen voor de leefbaarheid van de wijk, omzien naar elkaar en naar kwetsbare inwoners. Hoe hoger de deelname, des te hoger de 'beurskoers' voor het sociaal kapitaal en daarmee de veerkracht van de samenleving.

Wat willen we bereiken?

Er komt mogelijk meer vraag naar vrijwilligers voor zorgtaken en andere taken van een veranderende overheid. Daarom is het van belang dat het vrijwilligerswerk meebeweegt met de ontwikkelingen, om het potentieel aan kapitaal zo goed mogelijk te benutten. Het vrijwilligerswerk moet zich aanpassen aan nieuwe typen van participatie, vaak gekenmerkt door een persoonlijke inzet op korte termijn. Lokaal kunnen gemeenten en organisaties hun beleid en infrastructuur moderniseren. Zo worden meer mensen in staat gesteld om vrijwilligerswerk te doen op verschillende manieren en in verschillende levensfasen. Hierdoor worden mogelijk ook nieuwe vrijwilligers geworven uit andere doelgroepen, bijvoorbeeld jongeren. De maatschappelijke stage was hierbij een veelbelovend instrument. Vanuit de gedachte dat de maatschappelijke stagiair van vandaag, de vrijwilliger van morgen is.

Ondanks het afschaffen van de maatschappelijke stage, dient er ingezet te worden op vrijwilligerswerk door jongeren. Met scholen wordt verkend of de maatschappelijke stage in één of andere vorm kan worden voortgezet. Maar ook kan gebruik worden gemaakt van een steeds grotere groep ouderen die zich mogelijk best willen inzetten voor hun medemens. Bij het stimuleren van vrijwilligerswerk is elkaar kennen belangrijk. Via buurtverenigingen en buurtgerichte activiteiten kan vrijwilligerswerk gestimuleerd worden, door de aantrekkelijke kanten te benadrukken. Vrijwilligerswerk als een keuze die de vrijwilliger zelf ook wat oplevert, denk aan persoonlijke ontwikkeling, sociale contacten, scholing en leerervaringen. In die zin kunnen ook groepen vanuit de Participatiewet (bijvoorbeeld RSD Wajong) betrokken worden bij de diverse vormen van vrijwilligerswerk. Dit vergroot hun kansen op doorstroming naar passend werk.

Daarnaast kunnen gemeenten hun regisseursrol invullen door samenwerking tussen vrijwilligersorganisaties en samenhang van verschillende vrijwilligersdiensten te stimuleren, zodat het vrijwilligerspotentieel beter wordt benut. Ook stimuleren gemeenten een inclusieve samenleving door met verenigingen, vrijwilligersorganisaties, kerken en andere partijen in gesprek te gaan over verbreding van activiteiten naar alle inwoners, met en zonder beperking.

Wat gaan we doen?

In samenspraak met verenigingen, vrijwilligersorganisaties, kerken en andere betrokken partijen een plan van aanpak vrijwilligersondersteuning opstellen en uitvoeren, met specifieke aandacht voor bovengenoemde punten.

4.1.3 Cliëntondersteuning

Een deel van onze inwoners met een beperking kan zich prima redden, met hulp van hun sociale netwerk en zo nodig professionele ondersteuning. Soms is er frequenter en langdurige ondersteuning nodig en ook hiervoor geldt dat grote groepen mensen dat goed kunnen organiseren. Echter dat vraagt wel vaardigheden van onze inwoner. De maatschappij is complex en wordt met de digitalisering en specialisering steeds complexer. We hebben een woud aan regels en organisaties gecreëerd, die daarbij nog eens voortdurend wijzigen. Het is niet eenvoudig om de weg in dit woud te vinden. Voor hen die hierbij hulp nodig hebben, is cliëntondersteuning beschikbaar.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor cliëntondersteuning. Dit is in prestatieveld 3 ("geven van informatie, advies en cliëntondersteuning) van de Wmo vastgelegd. De gemeente heeft beleidsvrijheid om invulling te geven aan cliëntondersteuning. Dat gebeurt bijvoorbeeld door inzet van ouderenadviseurs, het algemeen maatschappelijk werk, steunpunten mantelzorg. Vaak maakt cliëntondersteuning deel uit van het Wmo-loket. In 2007 is door het rijk besloten de cliëntondersteuning voor de groepen verstandelijk, lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten vooralsnog te laten uitvoeren via de MEE-organisaties. Als gevolg hiervan zijn op dit moment de gemeenten (wettelijk) verantwoordelijk voor de cliëntondersteuning maar beschikken zij niet over de daartoe bestemde middelen daar waar het gaat om cliëntondersteuning voor de groepen verstandelijk, lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten. Deze geldstroom loopt via de AWBZ.

Dit gaat veranderen en met ingang van 2015 komen deze middelen met een korting over naar gemeenten. MEE is op dit moment de organisatie die vanuit de AWBZ, stelsel-overstijgend de cliëntondersteuning verleent voor alle leefdomeinen en levensfasen. Cliëntondersteuning richt zich op het versterken van de cliënt en zijn omgeving vanuit de gedachte dat vroegtijdige, integrale ondersteuning een (zwaarder) beroep op voorzieningen en zorg voorkomt. Dat bespaart de maatschappij veel kosten.¹⁴

Wat willen we bereiken?

Cliëntondersteuning is belangrijk voor mensen met een beperking. Het is een illusie om te verwachten dat onze samenleving op korte termijn verandert in een overzichtelijke en inclusieve wereld. MEE werkt in de cliëntondersteuning op diverse manieren aan het in de kracht zetten van mensen met een beperking en met het netwerk zoeken naar duurzame oplossingen. De zelfredzaamheid van mensen vergroten door individuele dienstverlening en het stimuleren van een inclusieve samenleving via bewustwording en voorlichting.

We willen cliëntondersteuning beschikbaar houden voor kwetsbare groepen en complexe situaties waar cliënten vastlopen in hun weg naar passende ondersteuning. Zoals chronisch zieken, licht verstandelijk beperkten en mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Cliëntondersteuning wordt onderdeel van het arrangement, waarbij het vinden van een structurele oplossing centraal staat. Bijvoorbeeld door gebruik van Sociale Netwerk Versterking. In die situaties vervult cliëntondersteuning een cruciale rol in het vinden van een passende en structurele oplossing, die door optimale benutting van het netwerk ook een financieel duurzame oplossing realiseert.

Cliënten benadrukken het belang van de onafhankelijke positie van MEE als een vertrouwenspersoon zonder een relatie naar financiering van zorg en ondersteuning. Hierdoor voelen cliënten geen drempel om vrijuit te praten en staan zij meer open voor advies omdat dit vrij van financiële en/of commerciële belangen is. Dit pleit voor een onafhankelijke organisatie van de cliëntondersteuning. Door cliëntondersteuning onderdeel te maken van het arrangement, kan de aanzuigende werking van het breed,

¹⁴ Bron: MEE

voor iedereen beschikbaar stellen van cliëntondersteuning worden doorbroken. Deze afbakening dient wel getoetst te worden aan de definitieve Wmo-wet.

Wat gaan we doen?

Cliëntondersteuning krijgt een prominente plaats in de toegang. De exacte invulling wordt nader uitgewerkt. Hiervoor staan meerdere scenario's open, bijvoorbeeld door MEE of andere organisaties die cliëntondersteuning bieden, het sociaal wijkteam of loketmedewerkers of een combinatie afhankelijk van de complexiteit van de vraag. Het streven is wel om de expertise en kennis van specifieke doelgroepen van MEE te behouden. De huidige dienstverlening zal niet ongewijzigd kunnen worden voortgezet.

- De dienstverlening wordt meer groepsgewijs, in plaats van enkel individueel aangeboden. De eerste ervaringen hiermee zijn positief en laten positieve neveneffecten zien doordat ook van elkaar wordt geleerd.
- Daarnaast wordt ook op andere onderwerpen de samenwerking met het terrein van cliëntondersteuning gezocht. Zo wordt ingezet op het versterken van een inclusieve samenleving, door bijvoorbeeld het vereenvoudigen van de toegang. Hierdoor wordt cliëntondersteuning gericht op het bieden van een vertaalslag van cliënt naar indicatiesteller (deels) overbodig.
- Ook wordt ingezet op het inbouwen van snelle inzet van ondersteuning of spoedzorg (bij escalatie, overbelasting). Op dit moment wordt MEE ook ingezet voor het organiseren van 'noodverbanden': Door in de reguliere toegang hierin te voorzien en de benodigde flexibiliteit te organiseren, wordt deze cliëntondersteuning overbodig.

4.1.4 Algemene voorzieningen

Algemene voorzieningen zijn in principe toegankelijk voor iedereen, soms met een lichte toegangstoets. Ze zijn voorliggend op een maatwerkvoorziening. Algemene voorzieningen werken mee aan het toegankelijker maken van de samenleving voor iedereen, de zogenaamde inclusieve samenleving.

Algemene voorzieningen zijn bijvoorbeeld het welzijnswerk, het maatschappelijk werk, mantelzorgondersteuning en cliëntondersteuning.

De functies van het welzijnswerk hebben een belangrijke rol in de ondersteuning en de arrangementen. Het welzijnswerk is een belangrijke schakel voor gemeenten en zorgaanbieders om inwoners te bereiken, netwerken in kaart te brengen, te mobiliseren en te ondersteunen. Ook hebben zij een ondersteunende en begeleidende rol naar mantelzorgers en vrijwilligers.

Het onderscheid tussen een maatwerkvoorziening en een algemene voorziening werkt door op het vlak van de eigen bijdragen die aan cliënten kunnen worden opgelegd. Ook voor een algemene voorziening kan eventueel een eigen bijdrage van de cliënt in de kosten worden gevraagd (m.u.v. cliëntondersteuning). Deze bijdrage kan, anders dan die voor een maatwerkvoorziening, niet inkomensafhankelijk zijn.

Op grond van het wetsvoorstel zijn hulp op afstand en cliëntondersteuning verplicht te bieden algemene voorzieningen.

Van de organisaties die algemene voorzieningen aanbieden verwachten we dat zij hun dienstverlening meer dan voorheen gaan afstemmen op de –individuele– wensen en behoeften van kwetsbare burgers. Hun signaal rol en vraaggerichte benaderingswijze moet ertoe leiden dat betere ondersteuning vanuit de algemene voorzieningen wordt geboden waardoor minder maatwerk nodig zal zijn.

Wat willen we bereiken?

De ontwikkelrichting die we als gemeente inzetten is die van individuele maatwerkvoorzieningen naar meer algemene voorzieningen zoals een dagbesteding of een groepsopvang. Naast de op cliëntniveau gerichte beweging van individueel naar algemeen richten we ons als gemeenten ook op het ontwikkelen van meer algemene voorzieningen voor mensen die ondersteuning nodig hebben. Zoals gezegd zijn deze voorzieningen in principe voor iedereen toegankelijk, dus zonder of slechts met een lichte toegangstoets. Het resultaat van de ondersteuning blijft het bevorderen van de zelfredzaamheid en de participatie in de samenleving maar de ondersteuning kan hiermee meer in gezamenlijkheid en met minder kosten worden georganiseerd.

We streven naar meer 'algemene voorzieningen' waar iedereen (zonder indicatie) tegen een redelijke vergoeding gebruik van kan maken, zoals bijvoorbeeld een maaltijdsdienst of een klussendienst. Nu al zijn er dergelijke voorzieningen, soms volledig commercieel, soms met subsidie van de gemeente en ook geheel gerund door vrijwilligers.

De financiële opgaven in het sociaal domein zijn groot. Vernieuwende initiatieven kunnen eraan bijdragen dat deze opgave wordt gehaald. Wij juichen dergelijke initiatieven toe. Deze passen in de nieuwe tijdgeest waarin de samenleving met elkaar de schouders eronder zet en initiatieven ontplooit. Zo wordt er geëxperimenteerd met het opzetten van ontmoetingsplekken (bijvoorbeeld in de pilot Huis van de Waard), waar kwetsbare en zelfredzame inwoners elkaar kunnen treffen, worden gestimuleerd om inclusief te denken en te doen en met elkaar in beweging komen en naar elkaar omzien. Deze ontmoetingsplek vormt een alternatief voor (lichte) ondersteuning/begeleiding die nu individueel of in groep vanuit de AWBZ wordt geboden. Het is daarnaast een verrijking en versterking van de leefbaarheid en de sociale samenhang in een kern.

Wat gaan we doen?

- De verplichte algemene voorzieningen (cliëntondersteuning en hulp op afstand) voorbereiden in 2014 en implementeren met ingang van 2015
- In 2014 een verkennend onderzoek instellen naar de haalbaarheid van huishoudelijke hulp als algemene voorziening per 2015
- In 2014 een verkennend onderzoek instellen naar de haalbaarheid van collectief vraagafhankelijk vervoer als algemene voorziening per 2015
- Op basis van de resultaten van de pilot op meerdere plaatsen in de regio AV de hierboven beschreven ontmoetingsplekken realiseren als algemene voorziening.

4.1.5 Hulp op afstand

Het wetsvoorstel schrijft voor dat op ieder moment van de dag telefonisch of elektronisch anoniem een luisterend oor en advies beschikbaar is. Het gaat daarbij om dienstverlening dat primair is gericht op psychosociale hulpverlening door het anoniem en op afstand bieden van een luisterend oor aan volwassenen die daarmee een klankbord, informatie en advies wordt geboden.

Hulp-op-afstand is een verplichte algemene voorziening. Vanwege de wenselijkheid van een landelijk dekkend netwerk wil de staatssecretaris¹⁵ erin voorzien dat de kosten gelijkmatig door alle gemeenten worden gedragen. Uit die bijdrage kan het landelijke aanbod worden gefinancierd (vergelijkbaar met de Kindertelefoon). Hij is hierover in gesprek met de VNG.

Wat willen we bereiken?

Een operationele algemene voorziening Hulp-op-afstand

¹⁵ Brief 4 juni 2013: Betreft Visie hulp op afstand

Wat gaan we doen

Op basis van de uitkomsten van het gesprek met de VNG organiseren we in de loop van 2014 de algemene voorziening Hulp-op-afstand in lijn met de landelijke afspraken.

4.1.6 Algemene maatregelen

Het wetsvoorstel geeft opdracht aan gemeenten om algemene maatregelen te treffen ter bevordering van de sociale samenhang, de toegankelijkheid van voorzieningen, diensten en ruimten voor mensen met een beperking, de veiligheid en leefbaarheid in de gemeente en het voorkomen en bestrijden van huiselijk geweld. Met deze maatregelen wordt bijgedragen aan het bevorderen van een inclusieve samenleving.

Het treffen van algemene maatregelen is bij uitstek een lokale verantwoordelijkheid. Deze komt terug in de lokale paragraaf. Het onderdeel huiselijk geweld komt later terug bij de paragraaf maatschappelijke opvang.

4.2 Differentiatie en maatwerk

4.2.1 Toegang

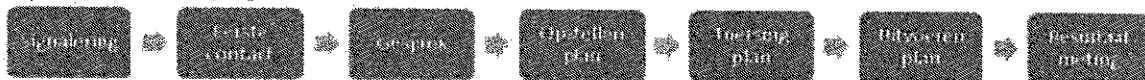
Een centraal element in de nieuwe vormgeving van het sociale domein vormt de toegang. Met name bij de inrichting van de toegang krijgen de centrale begrippen uit het visie document vorm en inhoud: één gezin, één plan, één coördinator; eigen kracht; gebruik maken en versterken van het eigen netwerk; nadruk op signalering en preventie; een vraaggerichte en integrale aanpak vanuit de drie transities: Participatiewet, jeugd en Wmo.

Wat bedoelen we met toegang?

Met toegang bedoelen we *het proces met als beginpunt het moment waarop het gezin zich meldt (of wordt gemeld) tot het moment waarop passende hulp en/of ondersteuning wordt ingezet*. Dit proces bestaat uit een aaneenschakeling van beslissingen: de al of niet vroegtijdige melding of signalering, de vraagverheldering, de bepaling van de vervolgstappen en het realiseren van een passende ondersteuning.

In de onderstaande figuur is dit proces weergegeven. Dit is een vereenvoudigde weergave van wat eigenlijk als een vertakte beslisboom is weer te geven

Figuur 1: Proces toegang



Wat willen we bereiken?

- Er zal nooit sprake zijn van die ene, unieke ingang voor alle vragen en signalen op het sociale domein. Dit zijn ook de plaatsen in de leefomgeving van mensen. We willen wél toe naar een sluitend stelsel van toegang, waarbij het voor de inwoner duidelijk is waar hij of zij met een vraag terecht kan.
- In de toegang waar mogelijk doorverwijzen naar oplossingen in de 0e en 1e lijn om uit te gaan van de eigen kracht van mensen en om duurdere zorg te voorkomen. Hierbij is het van belang dat er opgeschaald wordt indien nodig en afgeschaald waar mogelijk.
- Alle werkprocessen in de (brede) definitie van de 'toegang' (op alle niveaus; intern en extern, én bij betrokken partnerorganisaties) vraag- en gebiedsgericht zijn *gekanteld*. Deze werkprocessen: moeten gericht zijn op (versterken) eigen kracht, eigen regie en

samen-redzaamheid¹⁶. De principes zijn: 'terugleggen, afschalen waar het kan, tijdig ópschalen waar het moet' en een gebiedsgerichte oriëntatie.

Wat gaan we doen?

Proces toegang

Als een burger (gezin, alleenstaande et cetera) problemen ervaart of vragen heeft met een eenvoudig en/of enkelvoudig karakter dan gaan we er vanuit dat het gezin dit zelf kan oplossen in de eigen kracht. Indien zij dit niet kan dan schakelt de burger zelf vindplaatsen of voorzieningen uit hun sociale leefomgeving in. Het ondersteunen van (kwetsbare) burgers begint dus in de samenleving en niet in de hulpverlening. Enkelvoudige vragen worden direct door de desbetreffende vindplaats of voorziening opgelost. Eenvoudige vragen kunnen ook digitaal worden opgelost.

Een deel van de burgers zal het antwoord op hun vraag of probleem niet kunnen krijgen in de sociale leefomgeving en/of op bijvoorbeeld het internet en zal op een andere manier hulp moeten vinden. Bij meervoudige vragen zal vanuit alle leefgebieden gekeken worden welke ondersteuning nodig is. Waar nodig kunnen specialisten worden ingezet. Daarnaast zullen ook vindplaatsen (zoals huisartsen en peuterspeelzalen) hun signalen ('*daar is meer aan de hand*') over burgers moeten melden. Op dat moment komen de sociale teams in beeld.

We maken in de nieuwe situatie niet langer gebruik van het begrip indicatiestelling. Dit begrip maakt deel uit van de "oude cultuur" en ademt claimgerichtheid. Dit past niet in de gekantelde benadering die ons voor ogen staat. Wij gaan voor maatwerk als eindresultaat.

Gebiedsgerichte aanpak

Voor de inrichting van de toegang tot het sociale domein kiezen we voor een gebiedsgerichte aanpak. De gebiedsgerichte aanpak kent twee belangrijke elementen:

- Met een gebiedsgerichte aanpak kunnen de meeste ondersteuningsvragen in een vroegtijdig stadium eenvoudig worden beantwoord, in de sociale leefomgeving van gezinnen en – dicht bij huis – door organisaties en initiatieven in de 0^e en 1^e lijn.
- Met een gebiedsgerichte aanpak zullen we tegelijkertijd – aan de andere kant van het spectrum – moeten voorzien in een effectieve, sluitende coördinatie van de hulp en ondersteuning aan gezinnen waarin sprake is van een complexe, meervoudige en urgente problematiek, waarbij ook de eigen regie veelal sterk afgebrokkeld is.

Om misverstanden te voorkomen: dat laatste betekent niet dat alles organisatorisch naar de wijk/de kern/het gebied gaat. De organisatorische situering van die processen kan op uiteenlopende niveaus plaats vinden, op basis van criteria van functionaliteit, effectiviteit & efficiency: decentraal (wijk/gebied/kern), centraal lokaal (per gemeente), subregionaal (regio AV), regionaal (regio ZHZ). Het belangrijkste is dat de toegang in de beleving van het gezin, vanuit diens leefwereld, eenduidig en nabij is.

Model sociaal team:

Afhankelijk van de aard van het probleem of signaal wordt er vanuit het sociaal team door één generalistische hulpverlener (de regisseur) een gesprek met het gezin en diens netwerk (familie, buren, vrienden) georganiseerd. Er vindt dus geen overleg over het gezin plaats maar met het gezin. Bij dit gesprek wordt de vraag/problematiek verhelderd en geïnventariseerd wat het gezin zelf kan, wat het eigen netwerk kan bijdragen en tenslotte of er aanvullende hulp of ondersteuning nodig is vanuit professionals (1^{ste} en/of 2^{de} lijn).

¹⁶ Samenredzaamheid is meer dan zelfredzaamheid. Zelfredzaamheid verwijst naar individueel gedrag, samen-redzaamheid verwijst naar gedeelde verantwoordelijkheid.

Door middel van het hanteren van de zelfredzaamheidsmatrix wordt een gezinsplan opgesteld en de hierin afgesproken hulp opgestart. Het uitgangspunt is dat de regie over dit gezinsplan in handen van het gezin zelf ligt. Maar er zullen situaties zijn (zoals bij gezinnen met een (licht) verstandelijk beperking) waarbij dit in mindere mate of niet mogelijk is. Als er specifieke, specialistische zorg nodig is, dan kan het sociaal team specialisten inschakelen. Vanuit jeugd is hiervoor een diagnostisch adviesnetwerk en een regionale zorgmarkt ingericht. Zij maken vanaf dat moment deel uit van het sociaal team. Ook in het kader van gedwongen hulpverlening willen we zoveel mogelijk uit blijven gaan van een gezamenlijk plan. Hiermee borgt het sociaal team het uitgangspunt 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur. Indien besloten wordt tot de inzet van specialistische zorg blijft de regisseur uit het sociaal team verbonden aan het gezin en blijft samen met het gezin de regie voeren over het gezinsplan. Het sociaal team heeft ook een belangrijke functie in het afschalen van zorg en hulpverlening en daarmee het voorkomen van onnodige inzet van (te) zware interventies.

Coördinatie en uitvoering liggen bij sociale teams onder leiding van een door de gemeente aangestelde coördinator. Hiervoor wordt gekozen om de zware operatie van transformatie van het sociale domein verantwoord vorm te kunnen geven. Waar in de modellen het begrip 'regie' wordt genoemd, heeft die met name betrekking op de sluitende coördinatie m.b.t. complexe casussen (waarin sprake is van meervoudige problematiek). Wij noemen dat 'Coördinatie'. In de werkgroep Toegang wordt de integrale afstemming tussen de verschillende domeinen nader uitgewerkt.

Bovendien zijn de volgende uitgangspunten van belang:

- De sociale teams bestaat in ieder geval uit medewerkers van gemeente, welzijn -en zorgorganisaties, organisaties op gebied van jeugd (deelnemers uit de 1e lijn). Op basis van de gebiedsanalyse kan ook bijvoorbeeld de woningbouwcorporatie of een wijkagent deel uitmaken van sociaal team.
- Zichtbaar, vroegtijdig signaleren, generalistische aanpak, inzet eigen kracht en sociaal netwerk, preventie;
- Mandaat bij de sociale teams voor inzetten en inroepen (specialistische) hulp of eventueel tijdelijk inzetten van hulp en/of respijtzorg;
- De sociale teams onderhouden nauw contact met alle organisaties in de wijk/kern en daarbuiten op het gebied van wonen, zorg, welzijn, jeugd en onderwijs, werk en inkomen en veiligheid;
- De samenstelling en invulling van de sociale teams van generalisten wordt gebaseerd op een 'gebiedsscan'. Hieruit moet af te leiden zijn welke problemen vaker voorkomen in een gebied en welke deskundige professionals er in dat gebied het meest nodig zijn. Het sociaal team is lokaal aanwezig en werkt in een afgebakend gebied. Deze gebieden kunnen op basis van de te maken gebiedsanalyses qua omvang variëren. Dit is onder andere afhankelijk van de aard en omvang van de problematiek per gemeente.
- Het sociaal team maakt naast de professionele afweging voor het inzetten van hulp ook een financiële afweging. Dit komt kostenbewustzijn bij professionals ten goede. Het sociaal team zorgt ervoor dat interventies zo licht als mogelijk zijn maar er wel wordt doorverwezen naar specialistische zorg als dat nodig is. De gemeente zal hier in de eerste periode sterk op monitoren in verband met de financiële beheersbaarheid en de rechtmatigheid.

4.2.2 Integrale arrangementen Wmo

Het huidige aanbod van AWBZ voorzieningen op het gebied van de begeleiding en kortdurend verblijf is divers. Het gaat om een groot aantal producten die door een eveneens groot aantal aanbieders wordt aangeboden. Sommige voorzieningen zijn op gemeentelijk niveau georganiseerd en anderen op (sub-) regionaal niveau. Voor een kleine groep mensen met een zeer bijzondere ondersteuningsbehoefte zijn er ook bovenregionale voorzieningen. Dit geldt bijvoorbeeld voor zintuiglijk gehandicapten en mensen in de maatschappelijke- of vrouwenopvang.

Om binnen de AWBZ in aanmerking te komen voor een voorziening moet er sprake zijn van (gezondheids-) problematiek. Dit wordt een grondslag genoemd. Binnen de AWBZ zijn er zes grondslagen¹⁷. De Wmo legt een nieuwe basis voor individueel maatwerk: het gaat er niet om waar iemand recht op heeft maar wat iemand nodig heeft om te kunnen participeren. De compensatieplicht in de huidige Wmo wordt vervangen door de ruimer geformuleerde resultaatverplichting. Dit benadrukt dat gemeente en burger de ruimte hebben om te komen tot oplossingen die zijn toegesneden op individuele en lokale omstandigheden. Hiertoe moeten gemeenten algemene en maatwerkvoorzieningen bieden die de zelfredzaamheid en de participatie van cliënten ondersteunen. Dit kan worden georganiseerd door het beschrijven van integrale arrangementen.

Wat willen we bereiken?

Het doel van het beschrijven van de arrangementen is:

- Op basis van een vraagverhelderingsgesprek kunnen bepalen welk arrangement nodig is en welke ondersteuningsvormen ingezet kunnen worden vanuit welke aanbieders.
- De manier waarop dienstverlening aan nieuwe cliënten verbonden kan worden met de bestaande infrastructuur in het sociale domein.
- Het verbinden van formele en informele vormen van ondersteuning.

Integrale arrangementen

In de Wmo verstaan we onder een integraal arrangement een samenhangend pakket van ondersteuning op de elf leefgebieden¹⁸ van het sociale domein. Het integraal arrangement moet leiden tot voortgang en resultaat in zelfredzaamheid en participatie. De opbouw van het arrangement volgt de uitgangspunten van de Wmo piramide. We gaan zo veel als mogelijk uit van de eigen kracht en het zelforganiserend vermogen van de cliënt en diens omgeving, van algemene voorzieningen georganiseerd in de samenleving en waar nodig van maatwerk. Dit leidt ertoe dat in het arrangement het ondersteunen en ontwikkelen van de 'eigen kracht' en het sociaal netwerk en het gebruik maken van of toe leiden naar algemene voorzieningen een belangrijke plaats innemen. Een individuele maatwerkvoorziening is aanvullend hierop.

Globale arrangementen

Het beschrijven van globale arrangementen helpt bij de bepaling van het maatwerk. Bij het beschrijven van globale arrangementen beoordelen we welke vormen van ondersteuning aan de orde kunnen zijn om de benodigde resultaten te behalen. Als uitgangspunten voor de resultaten gelden het behoud of de toename van de zelfredzaamheid en participatie in de samenleving op één of meerdere domeinen. Een ander belangrijk uitgangspunt is de ontwikkelrichting in de arrangementen. Deze volgt de Wmo-piramide van individuele ondersteuning naar algemene of collectieve vormen van

¹⁷ Grondslagen AWBZ zijn somatiek, psychogeriatrisch, psychiatrisch, lachamelijke handicap, verstandelijke handicap en zintuiglijke handicap

¹⁸ Participatie, Taalniveau, Inkomen, Huisvesting, Gezinsrelatie, Psychische Gezondheid, Fysieke Gezondheid, Zelfzorg (ADL)vaardigheden, Justitiële contacten, Verslaving

ondersteuning en het zoveel mogelijk benutten van de eigen kracht. Van belang hierbij is dat we kijken welke andere onderdelen uit het sociaal domein zoals welzijn, Werk & Inkomen, AWBZ en Jeugdzorg, onderdeel kunnen uitmaken van de integrale ondersteuning Wmo.

De globale arrangementen worden ontwikkeld in samenspraak met cliënten, zorg- en welzijnspartijen.

De globale arrangementen zijn dus uitdrukkelijk een hulpmiddel bij de bepaling van de ondersteuning. Uiteindelijk is altijd de specifieke situatie van de cliënt leidend in het maatwerk.

Globale cliëntprofielen

Het formuleren van globale cliëntprofielen is nodig als instrument, om bij individuele cliënten een indruk te kunnen krijgen van haalbare resultaten en het daarvoor benodigde ondersteuningsarrangement. Een cliëntprofiel is de beschrijving van een groep cliënten die op essentiële kenmerken overeenkomen. Voor elk profiel beschrijven we welke globale resultaten van de ondersteuning verwacht mogen worden om dagelijkse levensverrichtingen uit te voeren en het persoonlijk leven te structureren en daarover regie te kunnen voeren.

Als uitgangspunt voor de bespreking van de cliëntprofielen gelden volgende doelgroepen:

- Ouderen met somatische problematiek
- Ouderen met psychogeriatrische problematiek
- Volwassenen met psychiatrische problematiek
- Volwassenen met een verstandelijke beperking
- Volwassenen met een auditieve en/of visuele beperking
- Palliatief terminale zorg
- Multiprobleemgezinnen
- Zorgmijders

Wat gaan we doen?

Relatie met Jeugd en Participatie

De transities AWBZ, Jeugd en Participatie worden in gezamenlijkheid door de gemeenten en de GR-en in de AV opgepakt. Zo is de gezamenlijke visie op het Sociaal Domein vastgesteld waarin we onder andere het uitgangspunt 1 gezin, 1 plan, 1 coördinator is opgenomen. Zo veel als mogelijk werken we de uitvoering van de plannen in gezamenlijkheid uit. Dit komt onder andere tot uiting in de toegang, maar ook in de arrangementen. De uitgangspunten voor de arrangementen zijn in samenspraak met Jeugd en Participatie uitgewerkt en alleen daar afwijkend waar het specifiek de Wmo betreft.

We zetten in op het verbinden en het toegankelijk maken van algemene voorzieningen voor de brede doelgroep van het sociaal domein.

Arrangementen samenstellen

De arrangementen worden in overleg met cliënten, en de zorg- en welzijnsaanbieders en met behulp van de resultaten van lopende pilots in de regio ontwikkeld, waarbij de volgende onderwerpen/vragen als basis dienen:

- We willen de ondersteuning lokaal organiseren, mits dat financieel en organisatorisch haalbaar is. Welke vormen ondersteuning kunnen goed lokaal georganiseerd worden gegeven de geformuleerde uitgangspunten?
- We hebben cliëntprofielen nodig om het ondersteuningsaanbod te kunnen bepalen: hoe algemeen of specifiek moeten de cliëntprofielen worden beschreven om er adequaat mee te kunnen werken?
- Welke combinaties van voorzieningen zijn er te maken voor verschillende soorten ondersteuning, hulp bij het huishouden 1 en 2 en begeleiding?

- Wat kunnen we goed lokaal organiseren, welke activiteiten, begeleiding, opvang en/of inloopfunctie en verpleging en verzorging?
- Voor welke groepen met welke ondersteuningsvragen moeten vanaf 2015 absoluut ondersteuning beschikbaar zijn en welke ondersteuning is dat?
- Voor welke groepen met welke ondersteuningsvraag kunnen vanaf 2015 zonder al te grote risico's alternatieve -algemene- vormen van ondersteuning ontstaan?
- Hoe verbinden we de informele en formele zorg met elkaar?

Relatie tot Toegang, Sturing en Bekostiging

Vanuit de integrale toegang komen we, indien nodig, tot integrale arrangementen. In het integrale arrangement is altijd beschreven wat er zelf wordt georganiseerd / opgelost en van welke ondersteuning in de 1^e lijn gebruik gemaakt kan worden. Indien nodig wordt individuele ondersteuning afgesproken. Deze kan in de vorm van zorg in natura of eventueel als persoonsgebonden budget worden verstrekt. Hoe we hierop sturen en welke verantwoording nodig is, zowel op resultaten als financieel, in de verordening nader uitgewerkt.

4.2.3 Hulp bij het huishouden

Voor de hulp bij het huishouden veranderen zowel het budget als de wet. In 2015 krijgen de gemeenten 40% minder budget voor de hulp bij het huishouden (HH).

In de wet zullen naar verwachting de volgende veranderingen plaatsvinden:

- **Introductie van algemene voorzieningen.** 'Een algemene voorziening is een aanbod van diensten en activiteiten dat zonder uitgebreid voorafgaand onderzoek naar de behoeften en persoonskenmerken en mogelijkheden van de gebruikers toegankelijk is en dat is gericht op het versterken van de zelfredzaamheid en participatie of opvang'.
- **Maatwerkvoorziening.** Als een algemene voorziening geen oplossing biedt komt een maatwerkvoorziening in beeld: 'Een maatwerkvoorziening is een op de behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van een persoon afgestemd geheel van diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen.' Het doel van deze maatwerkvoorziening is het leveren van een bijdrage aan de zelfredzaamheid en participatie van de inwoners.
- **Ondersteuning komt in plaats van compensatie:** het compensatiebeginsel vervalt. In de nieuwe wet wordt gesproken over de ondersteuning van de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie, beschermd wonen en opvang. De term Hulp bij het huishouden wordt in de nieuwe wet niet meer genoemd.

Voor de gemeente is het van belang om maatregelen te treffen om financiële risico's te beperken. De ontwikkeling om hulp bij het huishouden als algemene voorziening te benoemen staat hierin centraal.

Het uitgangspunt is dat er in eerste instantie verwezen gaat worden naar een algemene voorziening. Dit kan betekenen dat er in de toekomst wordt doorverwezen naar de particuliere markt maar ook het verder ontwikkelen van de Alfaceque als algemene voorziening behoort tot de mogelijkheden. Ondersteuning in de vorm van een maatwerkvoorziening zal alleen nog mogelijk zijn voor mensen waarvoor een algemene voorziening geen afdoende oplossing biedt. Dit betekent ook dat een persoonsgebonden budget alleen beschikbaar wordt gesteld als een algemene voorziening en of maatwerkvoorziening in natura geen oplossing biedt.

Mensen die het niet kunnen betalen, worden gecompenseerd.

Er wordt een plan uitgewerkt om te anticiperen op bovenstaande ontwikkelingen. Hierin zal ook aandacht worden besteedt aan de communicatie naar cliënten.

Een overgangsregeling voor huishoudelijke hulp komt niet terug in de wet. Dit zal dus geregeld moeten worden in de nieuwe verordening.

4.2.4 Begeleiding

Het doel van begeleiding is het bevorderen, het behoud of het compenseren van zelfredzaamheid van inwoners met een beperking. Begeleiding kan individueel of in groepsverband worden gegeven. Begeleiding heeft betrekking op mensen die zelfstandig wonen of mensen die niet zelfstandig maar begeleid door familie wonen in hetzelfde huis.

Onder de functie Begeleiding gaat een veelvoud aan activiteiten schuil. Binnen Begeleiding wordt onderscheid gemaakt tussen 'Begeleiding Individueel' en 'Begeleiding Groep'. Begeleiding Individueel wordt ingezet voor onder andere woonbegeleiding of thuisbegeleiding. Onder Begeleiding Groep vallen onder andere verschillende soorten dagbesteding voor mensen met een verstandelijke beperking en voor mensen met een psychische of psychiatrische beperking en de dagopvang voor ouderen met lichamelijke en/of psychogeriatrische beperkingen. Met het oog op de geprognostiseerde stijging van dementie, wordt speciale aandacht aan deze groep gegeven, via de pilot Ketenzorg dementie.

Zeer recent is bekend geworden dat ook kortdurend verblijf ter ontlasting van de mantelzorg overgaat naar de Wmo (vanaf 18 jaar). Bovendien krijgen gemeenten een verantwoordelijkheid voor de extramurale persoonlijke verzorging, gericht op ondersteuning bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen voor mensen met een verstandelijke of zintuiglijke beperking en psychiatrische problematiek. Hiermee is 5% van het budget persoonlijke verzorging gemoed.¹⁹ Ook op dit onderdeel ligt een bezuinigingstaakstelling. De overige persoonlijke verzorging lijkt vooralsnog onderdeel te worden van de Zvw.

Voor bepaalde groepen die klein in aantal zijn en een hoog gespecialiseerd aanbod van begeleiding hebben dat maar door enkele aanbieders kan worden geleverd, zullen mogelijk landelijke afspraken worden gemaakt. Welke doelgroepen dat zijn, is landelijk nog niet bepaald.

Wat willen we bereiken?

Een goed ondersteuningsaanbod regelen voor deze nieuwe doelgroep. Dit aanbod draagt bij aan het bevorderen, het behoud of het compenseren van zelfredzaamheid van inwoners met een beperking. Het aanbod is integraal en vraaggericht.

Wat gaan we doen?

We gaan in 2014 in gesprek met aanbieders van zorg en welzijn en cliëntvertegenwoordigers op welke wijze ondersteuning in de vorm van begeleiding zo goed mogelijk vormgegeven kan worden. Begeleiding is een onderdeel van het arrangement. Ook wordt aangesloten op pilots als Ketenzorg Dementie en de pilot Huis van de Waard. Hierbij houden we rekening met financiële en organisatorische criteria.

De ontwikkelrichting is:

- op zoek naar meer algemene voorzieningen
- van individueel naar groepsgewijs aanbod
- individuele begeleiding wanneer noodzakelijk
- lokale verankering.

¹⁹ Is nog onderwerp van discussie tussen VNG en het kabinet.

4.2.5 Vervoer

Vervoer is een belangrijke voorziening als onderdeel van de huidige Wmo. We onderscheiden hierin collectieve vervoersvoorzieningen (Molenhopper) en diverse individuele vervoersvoorzieningen.

Vervoer maakt ook deel uit van AWBZ-functie Begeleiding Groep. Deze functie maakt onderdeel uit van de decentralisatie die overkomt naar de gemeente. Ongeveer 80 procent van de doelgroep ontvangt hierbij ook vervoer van huis naar de dagbestedingslocatie en vice-versa. De kosten van het vervoer omvat naar schatting circa 30 procent van de totale kosten.

Met deze vervoersvoorzieningen zijn aanzienlijke bedragen gemoeid. De verschillende vervoersvoorzieningen staan nu los van elkaar.

Op grond van het wetsvoorstel wordt het mogelijk om van het collectief vraagafhankelijk vervoer (Molenhopper) een algemene voorziening te maken. Op grond van de huidige Wmo is dit niet toegestaan. Cliënten betalen dan niet langer het Wmo-tarief, maar het kostendekkende tarief. Via de financiële maatwerkvoorziening betalen mensen met een laag inkomen een gereduceerd tarief.

Wat willen we bereiken?

Wij zoeken combinatiemogelijkheden om daarmee mogelijk efficiencywinst en kostenbesparing te realiseren. Wij zien ook kansen om andere vormen van doelgroepenvervoer hierbij te betrekken zoals bijvoorbeeld leerlingenvervoer.

Wat gaan we doen?

Het verdient aanbeveling alle huidige varianten van doelgroepenvervoer te inventariseren en op basis daarvan de mogelijkheden te bezien om het 'nieuwe' doelgroepenvervoer vorm en inhoud te geven. Voorbereiding dient in 2014 zijn beslag te krijgen.

De vervoersbedrijven en het servicebureau Molenhopper kunnen bij de verdere uitwerking een belangrijke rol spelen.

4.2.6 Bieden van opvang, voorkomen huiselijk geweld

In de huidige Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is in de prestatievelden 7, 8 en 9 (verder te noemen Maatschappelijke Zorg) aan gemeenten de navolgende zorgverantwoordelijkheid opgedragen voor:

- maatschappelijke opvang (dak- en thuislozen)
- vrouwenopvang
- ambulante verslavingszorg
- aanpak Huiselijk Geweld
- Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz)

Het gaat hier om zorgverantwoordelijkheid voor het bieden van een tijdelijk of langer vangnet voor

- kwetsbare burgers die (soms gedwongen) de thuissituatie hebben verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving
- mensen belast met complexe meerdere problemen tegelijk
- sociaal kwetsbaren zonder duidelijke hulpvraag (zorgmissers)
- zorgmijders

De onderliggende problematiek kan gelegen zijn in: psychiatrische problemen, verslaving, verwaarlozing, huiselijk geweld, schulden, dakloosheid of dreigende huisuitzetting, ernstig maatschappelijk overlast-gevend gedrag al dan niet in een combinatie hiervan. Door multi-problematiek kan de reguliere zorg overstijgend zijn, waardoor een Integrale Persoongerichte Aanpak noodzakelijk is, soms zelfs in combinatie met drang en dwang maatregelen.

Relatie Centrumgemeente en regiogemeenten

In het beleidsveld Maatschappelijke Zorg zijn verantwoordelijkheden en taken in een complementaire constructie toegekend aan een Centrumgemeente (Dordrecht) en daartoe gerekende regiogemeenten (Zuid-Holland Zuid). Regiogemeenten hebben verantwoordelijkheid in de fase van bijdrage aan voorkomen van maatschappelijke uitval en bijdragen aan nazorg in de maatschappelijke herstel fase. De Centrumgemeente heeft de verantwoordelijkheid voor opvang- en zorgcoördinatie voor regio-inwoners die door crisis, complexe meervoudige problemen, al dan niet gepaard gaand met overlastgevend gedrag, korter of langer opvang nodig hebben en/of een Integrale Persoonsgerichte Aanpak.

Met de decentralisatie van AWBZ voorzieningen naar de Wmo, komen er nieuwe voorzieningen Maatschappelijke Zorg naar gemeenten en wel onder verantwoordelijkheid van de centrumgemeente Dordrecht. Het gaat om:

- RIBW's (regionale instellingen voor beschermd wonen)
- inloop-GGZ
- begeleiding van mensen met psychische problemen (nog onderwerp van discussie).

Wat willen we bereiken?

- Voor de inwoner die tijdelijk of langdurig maatschappelijke ondersteuning nodig heeft: maatschappelijk herstel waar mogelijk en stabilisatie waar nodig (vangnetfunctie).
- Opvang- en verblijfsvoorzieningen en inlooffuncties zijn verspreid in de regio Zuid Holland Zuid beschikbaar
- Aansluitende keten van lokale zorgcoördinatie naar bovenregionale zorgcoördinatie voor complexe Zorg al dan niet in combinatie met Veiligheidsketen
- Opschalen van zorgcoördinatie waar nodig en afschalen waar mogelijk
- Transparantie over niveaus coördinatieverantwoordelijkheid, beschikbaarheid bovenregionale complexe zorgcoördinatie (en/of Zorg- en Veiligheidscoördinatie) in regiogemeenten
- Adviespunt Melding Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (AMHK) is vanaf 1 januari 2015 operationeel (op ZHZ- niveau) en vormt de frontoffice van de aanpak van geweld in huiselijke kring en kindermishandeling
- Verder ontwikkelen Veiligheidshuis

Wat gaan we doen?

- Binnen de kaders van de regiovisie Sociaal Domein AV en in samenspraak tussen regiogemeenten en de Centrumgemeente wordt in de loop van de 2014 de paragraaf Maatschappelijke Zorg 2015-2018 verder vormgegeven.
- Uitvoering 2014: Dit wordt binnen de nog geldende Regiovisie Maatschappelijke Zorg Zuid-Holland Zuid 2012-2014 uitgevoerd.

4.2.7 Keuzevrijheid

Binnen het sociaal domein gaan we uit van de eigen regie en eigen kracht. De inwoner staat zelf aan het stuur en heeft zoveel mogelijk de regie. Keuzevrijheid is hiermee onlosmakelijk verbonden.

In de huidige Wmo heeft de cliënt een vrije keuze tussen zorg in natura en een Persoonsgebonden budget (PGB). Op grond van het wetsvoorstel blijft het PGB nog steeds mogelijk maar is de keuzevrijheid wel beperkter. Een PGB is mogelijk wanneer een maatwerkvoorziening in natura niet passend is. Dit is in lijn met de huidige AWBZ praktijk en sluit ook aan bij het wetsontwerp Jeugdzorg.

Van niet passend kan bijvoorbeeld sprake zijn als ondersteuning niet goed vooraf is in te plannen, de ondersteuning op ongebruikelijke tijden of op veel korte momenten per dag geboden moet worden, als ondersteuning op verschillende locaties moet worden geleverd, als het noodzakelijk is om 24 uur ondersteuning op afroep te organiseren, of

als de ondersteuning door de aard van de beperking door een vaste zorgverlener moet worden geboden.

Om fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik van het PGB tegen te gaan, gaat het wetsvoorstel uit van invoering van het trekkingsrecht. Daarbij krijgen mensen het geld niet meer op de eigen bankrekening, maar krijgt de Sociale Verzekeringsbank de opdracht om het PGB te beheren voor haar budgethouders. Dit is een belangrijk instrument ter voorkoming van fraude.

De alfacheque is in de huidige uitwerking een vorm van PGB en zou in de toekomstige situatie waarschijnlijk niet meer mogelijk zijn tenzij huishoudelijke hulp wordt omgezet naar een algemene voorziening. Zie ook de paragraaf over huishoudelijk hulp.

Ook bij de keuze voor zorg in natura is keuzevrijheid van belang. Inwoners moeten een keuze kunnen maken welke zorgaanbieders het best bij hen past. Levensbeschouwing is voor een deel van onze inwoners een belangrijk criterium.

Keuzevrijheid is daarom een belangrijk onderdeel van het inkoopvraagstuk en een belangrijke onderbouwing voor de keuzerichting om met een vorm van bestuurlijk te willen aanbesteden.

In heel specifieke gevallen, bijvoorbeeld bij heel specialistisch zorg, kan keuzevrijheid geen thema zijn, omdat er eenvoudigweg maar één aanbieder is.

Wat willen we bereiken

Uitgangspunten bij de keuze tussen zorg in natura en PGB:

- We nemen de wettekst als uitgangspunt. De wet gaat uit van het beginsel: ondersteuning in natura tenzij een PGB meer passend is
- We nemen maatwerk als vertrekpunt. Dus een PGB is mogelijk wanneer het nodig is om specifieke zorg te kunnen organiseren,
- Geen PGB voor eenvoudige, relatief kortdurende ondersteuningsvragen
- In beginsel geen PGB voor mantelzorg. Mantelzorg is tenslotte informele zorg die door het eigen netwerk wordt aangeboden en mag in principe niet worden betaald uit het PGB. Maar het gaat hier om maatwerk en in specifieke situaties zijn uitzonderingen mogelijk. In dat geval dient de ondersteuning wel van goede kwaliteit te zijn
- De hoogte van het PGB moet samenhangen met vereiste deskundigheid
- 1 plan, 1 PGB (met voldoende schuifruimte binnen budget)

Uitgangspunten rondom keuzevrijheid zorg in natura:

- We erkennen dat keuzevrijheid belangrijk is bij de keuze voor een zorgaanbieder
- mensen moeten een zorgaanbieder kunnen kiezen die het best bij hen past binnen de randvoorwaarde dat deze voldoet aan de gestelde kwalitatieve randvoorwaarden.

Wat gaan we doen?

- We werken de nadere uitwerking van het PGB zoveel mogelijk in samenhang uit met de decentralisatie Jeugdzorg.
- De nadere uitwerking van het PGB wordt in de loop van 2014 juridisch vertaald in een verordening
- Het aspect keuzevrijheid nemen we mee als uitgangspunt in het inkooptraject zorg in natura.

4.2.8 Eigen bijdragen

In de huidige situatie geldt een eigen bijdrageregeling voor alle Wmo-voorzieningen met uitzondering van rolstoel en kind-voorzieningen. De hoogte van de eigen bijdrage wordt vastgesteld aan de hand van het inkomen en een deel van het vermogen. Het CAK incasseert de eigen bijdragen.

Het wetsvoorstel volgt in grote lijnen de bestaande Wmo en AWBZ-regelingen maar wijkt op onderdelen af. Belangrijke elementen uit het wetsvoorstel zijn:

- Het is mogelijk (kan- bepaling) om eigen bijdragen te vragen.
- Wanneer gemeenten hiertoe over gaan dient dit bij verordening geregeld te worden.
- Ruimere mogelijkheden aan gemeenten om eigen bijdragen te vragen dus ook voor rolstoelen en kind-voorzieningen.
- Geen eigen bijdrage mogelijk voor cliëntondersteuning.
- Hoogte eigen bijdrage voor maatwerkvoorzieningen kan afhankelijk zijn van inkomen en vermogen.
- Hoogte eigen bijdrage voor algemene voorzieningen: niet afhankelijk van inkomen en vermogen.
- Het totaal van de eigen bijdragen mag de kostprijs niet overstijgen.
- In verband met cumulatieproblematiek is het CAK de aangewezen instantie voor inning van de eigen bijdragen. Uitzondering geldt voor opvangvoorzieningen. Hiervoor kan een andere instantie worden aangewezen

Het wordt straks mogelijk om de eigen bijdrage voor een woningaanpassing te laten doorlopen totdat de kostprijs van de voorziening is betaald. Ook de invoering van de eigen bijdrage voor rolstoelen en voor woningaanpassingen/hulpmiddelen voor kinderen wordt wellicht mogelijk.

Wat willen we bereiken?

De eigen bijdrage is een middel om mensen zelf (financiële) verantwoordelijk te laten nemen en past daarom in de lijn van eigen verantwoordelijkheid. Maar de eigen bijdrage is ook wenselijk vanuit het oogpunt van betaalbaarheid van de Wmo. We maken daarom gebruik van het instrument eigen bijdrage

Daarbij hanteren we de volgende uitgangspunten:

- Cliënten betalen een eigen bijdrage voor de ondersteuning.
- De hoogte van de eigen bijdrage voor de verschillende voorzieningen kan verschillend worden vastgesteld.
- Geen eigen bijdrage voor cliëntondersteuning (wettelijk verplicht)
- Geen eigen bijdrage bij lichte ondersteuning (preventie) en mantelzorgondersteuning. We willen deze ondersteuning laagdrempelig houden om escalatie te voorkomen
- In beginsel gaan we uit van kostendekkende tarieven voor algemene voorzieningen.
- Bij het ondersteunen van de financieel kwetsbaren maken we gebruik van mogelijkheden van bijzondere bijstand/financiële maatwerkregeling

Wat gaan we doen?

In 2014 werken we ons beleid ten aanzien van het toepassen van eigen bijdragen nader uit. De uitwerking van dit beleid zal in de loop van 2014 aan de raden worden voorgelegd en krijgt zijn vertaling in de verordening.

Waar mogelijk en wenselijk doen we dit in samenhang met de decentralisatie Jeugdzorg.

4.2.9 Financiële maatwerkvoorziening inkomensondersteuning

In het Regeerakkoord is afgesproken dat een aantal regelingen voor financiële compensatie van zorgkosten per 1 januari 2014 en 1 januari 2015 worden afgeschaft. De regelingen verschillen sterk en worden door verschillende instanties uitgevoerd. Hieronder volgt een opsomming van deze regelingen.

Afgeschaft per 2014

- De algemene tegemoetkoming Wtcg; Het betreft een algemene vergoeding die op grond van het zorggebruik in het voorgaande jaar jaarlijks wordt uitgekeerd. Uitvoeringsorgaan: CAK
- de korting op de eigen bijdrage bij intramurale zorg; Voor AWBZ-zorg met verblijf worden verschillende kortingen verstrekt. Uitvoeringsorgaan: CAK.
- de Compensatie eigen risico (Cer); Op grond van deze regeling kan in bepaalde gevallen een geldbedrag worden verstrekt ter compensatie van de verplichting van het eigen risico. Uitvoeringsorgaan: CAK
- de regeling specifieke zorgkosten (fiscale aftrek ziektekosten); Deze tegemoetkoming is voor mensen met een zeer laag inkomen die nauwelijks tot geen belasting betalen (bijv. AOW). Zij kunnen op grond van deze tegemoetkoming ondanks dat zij weinig tot geen belasting hebben betaald toch ziektekosten opvoeren en hiervoor een tegemoetkoming ontvangen. Uitvoeringsorgaan: Belastingdienst.

Vanaf 2015

- De korting op de eigen bijdrage extramurale zorg. Mensen die een eigen bijdrage betalen voor zorg via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ontvangen een korting van 33% op de eigen bijdrage Wmo. Die korting geldt ook voor mensen met een persoonsgebonden budget.

Het budget van de bestaande regelingen wordt vanaf 2014 (oplopend tot circa € 270²⁰ miljoen structureel vanaf 2017) overgeheveld naar het gemeentefonds. Bovendien worden de bovenstaande regelingen per 1 januari 2014 afgeschaft.

Opdracht aan gemeenten

Er is nog geen duidelijkheid over de vervangende gemeentelijke maatwerkregeling voor inkomenssteun aan chronisch zieken en gehandicapten. De regeling is nog niet uitgewerkt door het Rijk. Gemeenten moeten echter voor 1 januari 2015 bepalen welke meerkosten voor chronisch zieken en gehandicapten ze willen vergoeden en op welke manier.

Wat willen we bereiken?

Op basis van de huidige informatie van het ministerie van VWS en de VNG zijn er twee scenario's voor deze maatwerkvoorziening. Gemeenten kunnen maatwerk bieden door het compenseren van beperkingen met voorzieningen via de Wmo of door het geven van directe inkomenssteun via de bijzondere bijstand.

Op dit moment kan nog geen keuze gemaakt worden tussen deze twee opties. Dit komt omdat er onvoldoende informatie beschikbaar is over de doelgroep en omdat nog niet duidelijk welke eisen het Rijk aan gemeenten stelt over dit onderwerp. Zodra de benodigde informatie beschikbaar is, worden de opties uitgewerkt. Ondanks alle onzekerheden is wel duidelijk dat er slechts beperkte middelen voor deze voorziening beschikbaar komen. Er zullen dus keuzes moeten worden gemaakt. Er is echter te weinig informatie om hierop vooruit te lopen.

²⁰ Bron: VNG; reactie op brief HLZ. 6-11-2013. en Addendum VNG Reactie op de Rijksbegroting na Begrotingsakkoord 15-10-2013

Uitgangspunt voor de invulling van de Maatwerkvoorziening inkomensondersteuning voor onze regio zal zijn dat middelen op de juiste plek terecht komen. Vermoed wordt dat in onze regio met name minima met zorgkosten worden geraakt door het wegvallen van de regelingen. Het aanwenden van de beschikbare middelen ten aanzien van deze groep burgers zal daarom een belangrijk uitgangspunt zijn.

Wat gaan we doen?

De ontwikkelingen en informatievoorziening over dit onderwerp worden nauwlettend gevolgd. Zodra de benodigde informatie beschikbaar is, wordt:

1. Een analyse gemaakt van de doelgroep(en) en gevolgen van de wijzigingen.
2. Met betrokken cliëntenvertegenwoordigers/-groepen het gesprek gestart over de invulling van de voorziening en wat een passende uitwerking voor de regio AV is.
3. Een voorstel voor de invulling van deze voorziening uitgewerkt.

4.3 Vertrouwen in de samenleving

Verhoudingen tussen inwoners, instellingen en overheid zijn aan het veranderen. Inwoners met en zonder beperking zijn veelal heel goed zelf in staat om hun leven te organiseren. Als gemeenten zetten wij actief in op inwoners die dit niet kunnen en ondersteuning nodig hebben. Dit doen we vanuit een nieuwe rol die zich richt op minder denken voor mensen en uitgaat van vertrouwen in de samenleving.

4.3.1 We sturen op resultaten

Vanuit de rol als regisseur dienen gemeenten de kwaliteit van de ondersteuning te monitoren, te evalueren en zo nodig bij te sturen. Sturing kan op verschillende manieren worden gerealiseerd. In onderstaand schema staat een overzicht.

Wat wil je meten?	Indicatoren	Instrumenten/ methoden (voorbeelden)
<i>input</i>	hebben de voorzieningen bijvoorbeeld een keurmerk, werken organisaties met erkende interventies en gekwalificeerde professionals die zich aan richtlijnen houden?	<ul style="list-style-type: none"> - opleidingsplannen - certificeringen
<i>throughput</i>	verloopt de inzet van de diensten snel, efficiënt, met betrokkenheid van de juiste personen, wat is de capaciteit en is deze voldoende voor de instroom? Is er sprake van een integrale aanpak? Protocollen, richtlijnen.	<ul style="list-style-type: none"> - doorlooptijd - meten capaciteit - controle integrale aanpak
<i>output:</i>	worden de doelgroepen bereikt die bereikt moeten worden, hoeveel gebruik wordt er van gemaakt	<ul style="list-style-type: none"> - gebruik van de zorg - collectieve trajecten versus individuele trajecten - voorkomen terugval - voorkomen escalatie
<i>outcome:</i>	zijn de gebruikers van diensten tevreden, is er veel uitval, leidt geboden hulp tot oplossing of hanteerbaar maken van de problemen? Zelfredzaamheid/	<ul style="list-style-type: none"> - zelfredzaamheidsmatrix - participatiematrix - leefbaarheidsonderzoek - armoede monitor - kosten van de ondersteuning

	participatie.	<ul style="list-style-type: none"> - verschuiving zorg naar 0e lijn - maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA)
--	---------------	---

Als gemeenten willen wij de effecten en resultaten van het gevoerde beleid volgen en zo nodig het beleid bijsturen. Het sturen op resultaten start bij de inkoop, wordt geformaliseerd in een (inkoop)contract en wordt gevolgd via de monitoring.

Wat willen we bereiken?

De monitoring richt zich in de praktijk nog veel op input en throughput-indicatoren. We willen de monitoring verder ontwikkelen naar structurele evaluatie en het sturen op resultaten. Het huidige contractmanagement ontwikkelt zich verder en het blikveld wordt verbreed van het monitoren van een specifieke dienst, voorziening of beleidsterrein naar het brede sociale domein. We spreken dan over domeinmonitoring. Waar de monitoring in contractmanagement zich richt op de vraag of de afgesproken prestaties worden geleverd conform de gemaakte afspraken, verbreedt domeinmonitoring naar de vraag of de prestatie wel passend is of dat er effectievere alternatieven zijn. Waarbij de monitoring zich richt op zowel kwantitatieve als kwalitatieve aspecten van de prestatie en het resultaat.

Het sturen op resultaten is niet enkel de verantwoordelijkheid van gemeenten. Ook cliënten hebben een taak, al was het enkel maar omdat zij als directe afnemer de kwaliteit kunnen beoordelen. Alleen door samenwerking en dialoog met cliënten en aanbieders over doelen en resultaten kan het monitoren op resultaten succesvol ontwikkelen.

Wat gaan we doen?

Financiële controle

Dienstverlening bewaken door het uitvoeren van financiële, materiële en bestedingscontroles. De verantwoordingsmethodiek voor inwoners met een PGB wordt in de nieuwe wet via de Sociale Verzekeringsbank georganiseerd. De uitwerking hiervan wordt gevolgd en daar waar mogelijk wordt geparticipeerd. De verantwoordingsmethodiek voor aanbieders aan gemeenten moet eenvoudig en periodiek zijn. Zo eenvoudig als mogelijk is hierbij het uitgangspunt, waarbij vereenvoudiging door toepassing van ICT-instrumenten wordt onderzocht. Via steekproeven wordt de financiële verantwoording gecontroleerd.

Tevredenheidsonderzoek

De beste graadmeter voor de geleverde kwaliteit van ondersteuning wordt waarschijnlijk gevormd door klantervaringen. Daarom is het periodiek uitvoeren van een tevredenheidsonderzoek onder cliënten en aanbieders een vast onderdeel van de monitoring. Cliënten kunnen als geen ander bepalen of een leverancier gemaakte afspraken nakomt. Daarnaast komen signalen vaak bij ouderverenigingen en cliëntenorganisaties. Zij vervullen in deze een waakhondfunctie en worden actief uitgenodigd om deze signalen te delen met gemeenten. Bij de uitwerking van de tevredenheidsmeting worden partijen zoals cliëntenvertegenwoordigers, Wmo-raden en aanbieders betrokken. De scores van leveranciers worden openbaar gepubliceerd (via website) waarmee cliënten worden ondersteund in het maken van een gefundeerde keuze van een aanbieder.

Naast tevredenheidsonderzoek bij cliënten wordt ook de tevredenheid van gemeenten en aanbieders gemonitord. Via Social Return on Investment of een maatschappelijke kosten-batenanalyse wordt samen met betrokken partijen het effect van de ondersteuning meetbaar en inzichtelijk gemaakt. Doel hiervan is continue verbetering want de ontwikkelingen in de samenleving staan niet stil. Vanuit de monitoring wordt in samenwerking met partijen continu gezocht naar (geleidelijke) verbetering en innovatie.

Dit gebeurt vanuit vragen als: is de geboden ondersteuning effectief of zijn er betere, efficiëntere, passender alternatieven. Komende beleidsperiode wordt samen met betrokken partijen verkend of Social Return on Investment of een maatschappelijke kosten-batenanalyse een waardevol instrument kan zijn in de monitoring.

Zoals eerder gesteld is monitoring, evaluatie en sturing niet enkel een zaak van gemeenten. Het systeem wordt daarom in samenspraak met betrokken partijen, cliënten en aanbieders, uitgewerkt.

4.3.2 Kwaliteit

Het wetsvoorstel belegt de integrale verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de wet, waaronder de kwaliteit van de geboden maatschappelijke ondersteuning bij het college van burgemeester en wethouders. Het wetsvoorstel voorziet in basishouders. Het wetsvoorstel voorziet in basishouders waaraan de geboden maatschappelijke ondersteuning dient te voldoen. Zo dient de ondersteuning veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht te worden geleverd, afgestemd op de reële behoefte, in afstemming met andere ondersteuning en zorg en met respect en inachtneming van de rechten van de cliënt. Verder dient de ondersteuning te voldoen aan de landelijke professionele standaarden. Kort samengevat, de ondersteuning dient van goede kwaliteit te zijn en in veilige omstandigheden te worden geleverd.

Veel kenmerken van kwaliteit zijn redelijk goed te meten. Denk bijvoorbeeld aan geschiktheid voor gebruik, het voldoen aan specificaties, normering van beroepsgroepen en certificering. Of instellingen die bijvoorbeeld een verklaring omtrent gedrag van hun medewerkers eisen en vaak een meld-code of klachtenregeling hanteren. Voor specifieke beroepsgroepen geldt een registratie in het beroepsregister. Hiernaast zijn er ook criteria van kwaliteit die minder goed te meten zijn. Voor de cliënten zelf staat de kwaliteit van het leven en het welbevinden centraal. De cliënt geeft zelf aan hoe tevreden hij of zij is over de geleverde service. Sommige facetten van kwaliteit zijn dus ook afhankelijk van de perceptie en voorkeuren van personen.

Gemeenten worden primair verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde ondersteuning en worden daarbij ondersteund door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De IGZ houdt toezicht op het toepassen van de professionele standaarden door aanbieders en brengt hierover verslag uit aan de gemeentebesturen. Bij spoedeisende omstandigheden kan de IGZ direct ingrijpen. Net als in de huidige Wmo legt de gemeente via horizontale verantwoording jaarlijks verantwoording af voor de geleverde kwaliteit.

Wat willen we bereiken?

Ondersteuning dient van goede kwaliteit te zijn en in veilige omstandigheden te worden geleverd en ook tijdig te zijn. De waarborgen hiervoor worden via proces en product-beheermaatregelen als normering, certificering en intervisie, via inkoop en monitoring georganiseerd. Ook in de uitvoering; in werkafspraken staan goede kwaliteit, veilige omstandigheden, tijdigheid en andere kwaliteitsaspecten centraal. Door enerzijds kwaliteitscriteria onderdeel te maken van inkoop, uitvoering en monitoring en kwaliteit daarnaast ook onderwerp van gesprek te laten zijn in de continue dialoog met aanbieders, willen wij een open attitude ten aanzien van kwaliteit bereiken. Waarin kwaliteitssystemen en monitoring als instrumenten voor continue verbetering worden gezien.

Wat gaan we doen?

1. Door de VNG wordt een aantal landelijke thema's omtrent kwaliteit nader uitgewerkt. Dit zijn inspectie/toezicht, landelijke richtlijnen voor prestatiemeting, kwaliteitsborging

en -criteria, normering beroepsgroepen, vertrouwenswerk en klachtrecht. We stellen voor om hierbij aan te sluiten en de uitkomsten van de landelijke werkgroepen in onze regionale uitwerking mee te nemen.

2. In samenwerking met het zorgkantoor bekijken we welke trajecten op het gebied van kwaliteitsborging zinvol zijn om over te nemen.
3. Als bovenstaande niet voldoet, zullen we als regiogemeenten aanvullende kwaliteitscriteria opstellen. Het uitgangspunt hierbij is wel: 'zo min mogelijk bureaucratie en verantwoording'.
4. De transities zijn een omvangrijke en complexe opgave, die vele kansen en uitdagingen kennen. Per 1 januari 2015 willen gemeenten klaar zijn voor de nieuwe opgaven, maar de realiteit dwingt ons te erkennen dat het verstandig is om voor de startperiode flexibele capaciteit te organiseren om onvoorziene knelpunten snel en adequaat op te lossen. Ook tijdigheid en continuïteit zijn onderdeel van borging en kwaliteit. Hiervoor wordt voor 2015 een incidenteel budget van de Wmo-middelen gereserveerd.
5. Tevens komt er een regionale ombudsman, die knelpunten op individueel niveau via mediation bespreekbaar maakt en oplossingen aandraagt.

4.4 Samenwerken en kennisdelen

4.4.1 Samenwerking: We werken samen en zoeken naar integraliteit

Ons streven naar integraliteit komt tot uitdrukking in het zoeken naar samenwerking met alle actoren die in het sociaal domein actief zijn. Maar ook in het zoeken naar afstemming tussen de verschillende decentralisaties en samenwerking met partijen die verantwoordelijk zijn voor andere financieringsstromen (AWBZ en Zvw).

4.4.1.1 afstemming jeugd en participatiewet

Jeugdwet

In oktober 2013 heeft de Tweede Kamer ingestemd met het concept-wetsvoorstel van de Jeugdwet. Met de Jeugdwet wil het Kabinet het jeugdstelsel vereenvoudigen en het efficiënter en effectiever te maken. Het uiteindelijke doel is het versterken van de eigen kracht van het kind, en het zorgende en probleemoplossend vermogen van het gezin en sociale omgeving. Het kabinet heeft daarom de intentie de gehele jeugdhulp onder verantwoordelijkheid van de gemeenten te brengen. Het gaat om de volgende onderdelen:

- de provinciale (geïndiceerde) jeugdzorg
- de gesloten jeugdzorg
- de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-ggz)
- de zorg voor jeugdigen met een verstandelijke beperking
- de begeleiding en persoonlijke verzorging van jeugdigen
- vervoer bij begeleiding en persoonlijke verzorging van jeugdigen
- kortdurend verblijf ten behoeve van jeugdigen
- ggz in het kader van het jeugdstrafrecht (forensische zorg)
- de uitvoering van kindbeschermingsmaatregelen en van jeugdreclassering

Door deze operatie wordt de nu versnipperde zorg voor kinderen onder één paraplu geplaatst, namelijk die van de gemeenten. Het doel is dat gemeenten hierdoor in staat gesteld worden om samenhangend beleid te voeren op alle vormen van jeugdhulp, groot en klein, preventief en repressief.

De decentralisatie van de jeugdzorg naar gemeenten is zowel een transitie, de periode van formele veranderingen van het huidige stelsel, als een noodzakelijke transformatie van het stelsel van jeugdhulp. De geconstateerde tekortkomingen van het huidige stelsel

vormen de opgaven voor deze transformatie. De opgaven in de transformatie van de jeugdhulp zijn:

- versterken van eigen kracht en de inzet van het sociale netwerk van gezinnen
- het de-medicaliseren en normaliseren van afwijkend gedrag
- eerdere inzetten van de juiste hulp, dus preventief werken en op maat gesneden
- het voorkomen van situaties waarin verschillende hulpverleners ongecoördineerd met één gezin bezig zijn
- de ruimte geven aan de professional en de vermindering van regeldruk.

De jeugdhulp moet met minder budget worden uitgevoerd dan de afgelopen jaren. Vanaf 2015 wordt in drie jaar tijd een structurele bezuiniging van 15% doorgevoerd. De continuïteit en de kwaliteit van zorg mag onder het geheel van transitie, transformatie en bezuinigingen niet in het geding komen.

De afstemming tussen de decentralisaties jeugd en AWBZ komt heel concreet terug in de toegang, arrangementen en de organisatie van de uitvoering (o.a. in de sociale wijkteams). Daarbij kiezen we voor een integrale benadering.

Participatiewet.

Tegelijk met de invoering van de nieuwe Wmo en de Jeugdwet wordt ook de Participatiewet ingevoerd. De Participatiewet is de rechtsopvolger van de huidige Wet Werk en Bijstand (WWB), waarin ook de huidige Wet sociale werkvoorziening (Wsw) zullen opgaan. Daarnaast wordt de huidige regeling voor jongeren met een arbeidsbeperking (Wajong) herzien, waardoor gemeenten vanaf 2015 verantwoordelijk worden voor een grotere groep mensen die ondersteuning nodig heeft naar werk. De overgang van Wajongers (nu nog de verantwoordelijkheid van UWV) naar gemeenten gaat geleidelijk.

In de Participatiewet staat werk voorop. Iedereen die kan werken, wordt gestimuleerd en waar nodig ondersteund naar werk. Het liefst bij reguliere werkgevers. Het bedrijfsleven en de overheid hebben toegezegd om op termijn 125.000 banen te realiseren voor mensen met een arbeidsbeperking. Wordt dit niet gehaald, wordt er een verplichting voor werkgevers ingevoerd in de vorm van een Quotumwet.

Als werk bij een reguliere werkgever niet mogelijk is, kunnen net als in de huidige WWB en Wsw, tal van instrumenten ingezet worden om toch te zorgen dat mensen mee kunnen doen op de arbeidsmarkt. Onder andere loonkostensubsidie, detachering en beschermt werk. Deze taken zijn nu al de verantwoordelijkheid van gemeenten. De grootste veranderingen zijn enkele wettelijke kaders (samenvoeging van wetten) en een grotere doelgroep. Daarnaast geldt ook bij de Participatiewet dat het Rijk een efficiencykorting doorvoert. Ondersteuning en begeleiding naar werk is alleen beschikbaar voor degenen die dat echt nodig hebben.

De verbinding met de Wmo zit vooral in het feit dat als mensen naar vermogen meedoen op de arbeidsmarkt, er minder aanspraak gedaan hoeft te worden op andere vormen van ondersteuning. Het hebben van werk geeft mensen structuur in het leven en een inkomen. Hoe meer mensen kunnen voorzien in hun eigen bestaan, hoe minder ondersteuning er vanuit de overheid nodig is op allerlei andere terreinen.

Het is dan ook van belang dat binnen het sociaal team het thema 'werk' nadrukkelijk wordt meegenomen voor zover dat van toepassing is, zodat integraal naar een ondersteuningsvraag gekeken wordt.

Wat willen we bereiken?

Verschillende taken die nu op rijks- of provinciaal niveau zijn georganiseerd komen eveneens onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. Het doel is om hiermee het sociale stelsel te vereenvoudigen, te vernieuwen, te ontschotten maar ook om te bezuinigen. Door taken integraal door gemeenten te laten uitvoeren, het bestuursorgaan

dat het dichtst bij haar inwoners staat, moeten deze ambities op lokaal en sub-regionaal niveau gerealiseerd worden.

Wat gaan we doen?

De verbinding tussen de decentralisaties maken we sub-regionaal en in samenhang. Dit komt met name tot uitdrukking in een integrale benadering van de toegang en het opstellen van integrale arrangementen vanuit de verschillende invalshoeken/decentralisaties.

4.4.1.2 afstemming Zvw, AWBZ

Onze inwoners delen een hulpvraag niet in een deel voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet publieke gezondheid (Wpg). Een inwoner heeft een ondersteuningsvraag en zoekt een antwoord of oplossing. De diverse onderdelen van de ondersteuning kunnen geleverd worden vanuit verschillende wetten. Afstemming tussen de verschillende uitvoerders van deze wetten ligt dan ook voor de hand.

Wat willen we bereiken?

Een verbeterde positie van de kwetsbare burger; zo lang mogelijk zelfstandig, in goede gezondheid in de eigen omgeving wonen. Met dat gezamenlijke doel voor ogen werken gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren samen. Hiermee spelen we in op de behoefte van burgers aan een integrale benadering. Een gezamenlijke aanpak levert nu en in de toekomst een belangrijke bijdrage aan goede zorg, welzijn en dienstverlening.

Wat gaan we doen?

Samenwerken met zorgkantoor Waardenland en zorgverzekeraar VGZ. Op 26 november 2013 is een convenant ondertekend tussen de regiogemeenten, zorgkantoor en zorgverzekeraar met daarin afspraken hoe aan die samenwerking vorm en inhoud wordt gegeven. Samenwerking heeft betrekking op de volgende terreinen:

- gemeenschappelijke aanpak van wijkgericht werken
- stimuleren van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van cliënten en inwoners
- in samenhang organiseren van preventie.

Afstemming met nieuwe langdurige intramurale zorg en de extramurale verpleging is noodzakelijk ter voorkoming van waterbede effecten.

4.4.2 Lokaal- regionaal

De hulp en ondersteuning voor burgers kan op verschillende schaalniveaus plaatsvinden: lokaal, sub-regionaal, op ZHZ-niveau, bovenregionaal etc. Om de afweging te maken op welke schaal vormen van ondersteuning en zorg georganiseerd kunnen worden zijn vier thema's van belang:

1. *Omvang van de doelgroep in relatie tot de schaalgrootte van de uitvoering:* dit heeft te maken met het aantal burgers dat gebruik maakt van een bepaalde vorm van ondersteuning en hoe de huidige ondersteuningsinfrastructuur is georganiseerd. Waar veel wordt verwacht van de sociale infrastructuur (eigen kracht en wijkkracht) is het aannemelijk dat de ondersteuning zo dichtbij bij mogelijk bij de inwoner wordt georganiseerd. Een aantal vormen van ondersteuning komt zo weinig voor dat de natuurlijke schaalgrootte hiervan op (boven)regionaal niveau ligt.
2. *Kostenbewustheid:* We kijken welke schaalgrootte het meest kosteneffectief is. Het kan efficiënt zijn om onderdelen regionaal te organiseren omdat het om een kleine doelgroep gaat.

3. *Kwaliteitsborging en expertise*: een van de belangrijkste taken van de gemeenten is het borgen van de kwaliteit. Wanneer expertise niet op lokale schaal beschikbaar is en de kosten te hoog zijn om op lokale schaal te organiseren, willen we dit op bovenlokaal niveau organiseren.
4. *Ruimte voor lokaal bestuur*: We willen lokale accenten plaatsen die aansluiten bij lokale initiatieven en situaties.

Voor de organisatie van het ondersteuningsaanbod zoeken we naar de passende schaal. Ons uitgangspunt daarbij is: *'de inwoner, het huishouden en de buurt centraal'*. Dat betekent dat - waar het kan - we de ondersteuning en zorg zo dichtbij mogelijk organiseren.

Volgend schema geeft schaalkeuzes op hoofdlijnen aan met betrekking op de voorbereiding en organisatie van de nieuwe/wijzigende Wmo-taken. Dit vraagt nog nadere uitwerking, waarbij lokale omstandigheden en (sub) regionale afspraken uitdrukkelijk worden meegenomen.

CONCEPT

Wmo-doelen	lokaal	Regio AV	Regio ZHZ
Doel 1	Het bevorderen van sociale samenhang, de mantelzorg, het vrijwilligerswerk en de veiligheid en leefbaarheid in de gemeente en daarnaast het voorkomen en bestrijden van huiselijk geweld		
Preventie	B, BO, I&C, U		
Sociale samenhang	B, BO, I&C, U		
Mantelzorg en vrijwilligerswerk	B, BO, I&C, U	A, S	
Veiligheid & Leefbaarheid?	B, BO, I&C, U		
Voorkomen en bestrijden huiselijk geweld ²¹	B, BO, I&C, U (t.a.v. preventie, signalering, stoppen en lichtere hulp en nazorg)	A, S	Centrumgemeente: B, BO, I&C, U (t.a.v. toegang & toeleiding complexe multiprobleem, gespecialiseerde zorgregie)
Doel 2	Het ondersteunen van de participatie en zelfredzaamheid van personen met een beperking of met chronische, psychische of psychosociale problemen, indien mogelijk in de eigen leefomgeving		
Cliëntondersteuning	B, U	BO, I&C	<p>Legenda:</p> <p>B= beleid, besluitvorming BO = beleidsontwikkeling I&C = subsidie/ inkoop en contract-beheer U = uitvoering A = afstemming S = samenwerking</p>
Hulp bij het huishouden (naar een algemene voor-ziening)	B, U	BO, I&C	
Begeleiding (groep, individueel)	B, U	BO, I&C	
Vervoer (Molenhopper naar een algemene voorziening, vervoer begeleiding)	B, U	BO, I&C	
Financiële maatwerkregeling	B, U	BO, I&C	
Doel 3:	Het bieden van opvang (maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, beschermd wonen en verslavingszorg vallen hieronder): Maatschappelijke Zorg		
Visie regio ZHZ Maatschappelijke Zorg: <ul style="list-style-type: none"> Toegang tot Opvang voorzieningen Complexe Zorgregie Doorontwikkeling Veiligheidshuis 	BO, A, S in samenspraak tussen regio ZHZ gemeenten met centrumgemeente	BO, op Maatschappelijke Zorg thema's	B, BO, I&C, U Centrumgemeente
Preventief en Nazorg beleid Maatschappelijke Zorg	B, BO, I&C, U	A, S	

²¹ op grondslag Regiovisie Aanpak Kindermishandeling en geweld in huiselijke kring

Ook als het gaat om ondersteunende taken werken we samen. Dit geldt voor de communicatie-opgave maar ook bij het implementatietraject. Denk aan het gezamenlijke scholen en trainen van medewerkers, inrichten van de informatievoorziening, monitoring, prestatie meting en verantwoording etc.

5 Inkoop/subsidiering

Gemeenten worden met de nieuwe taken een aanzienlijke partij in de zorgmarkt. Dit geeft niet alleen verantwoordelijkheden naar de inwoners die ondersteuning ontvangen, maar ook naar de aanbieders en hun medewerkers. Gemeenten hebben gewenst of ongewenst via hun inkoop invloed op de marktordening. De keuze voor een bepaalde inkoopstelsel kan gevolgen hebben voor de samenstelling van de markt of marktordening. De keuze voor wijkgericht contracteren, een regisseursmodel (waarbij gemeenten met raamcontracten met meerdere aanbieders werken) of een veilingmodel maakt dat de markt in een aantal jaren kan veranderen. Zo laat een veilingmodel meer ruimte voor kleine aanbieders. Meer dan bij wijkgericht contracteren, waarbij grotere aanbieders met een breed aanbod meer kans hebben en waarbij het dan de vraag is welke ondersteuning de 'hoofdaannemer' overlaat aan andere (kleinere) aanbieders. Gemeenten moeten het model kiezen dat het beste past bij hun uitgangspunten, kader en wensen. Vaak zal er geen ideaalmodel beschikbaar zijn dat op alle aspecten beter scoort dan de andere systemen/modellen. Een regisseursmodel, waarbij de gemeente de schakel vormt tussen de inwoner/cliënt en de aanbieders, vergt goed gekwalificeerde functionarissen met brede kennis van de sociale kaart, goede sociale en gespreksvaardigheden en kennis van beperkingen. Het welslagen van dit model is afhankelijk van de kwaliteit van deze functionaris. Ook een sociaal wijkteam met eigen budget, een tussenvorm van wijkgericht contracteren en het regisseursmodel, heeft risico's ten aanzien van samenwerking en het overstijgen van organisatiebelangen. De zorg kent marktwerking en daarmee heeft de overheid gezorgd dat deze organisaties belang hebben bij omzet met het oog op continuïteit. Kunnen alle partijen in een wijkteam de organisatiebelangen overstijgen? Wat te doen als lopende het jaar het budget dreigt op te raken? Inkoop heeft dus een directe relatie met toegang en beïnvloedt de marktordening. In de regio AV wordt geëxperimenteerd met vormen van een sociaal wijkteam en het regisseursmodel.

Wat willen we bereiken?

Bestuurders, Wmo-raden en cliëntenorganisaties benadrukken de wenselijkheid van een breed palet aan aanbieders. Zij schetsen een toekomstbeeld van de markt, waarin ruimte is voor meerdere aanbieders van verschillende omvang en achtergrond. De markt blijft ook ruimte bieden voor bestaande lokale en regionale aanbieders met keuzemogelijkheden vanuit een levensbeschouwelijke overtuiging. Zij stellen dat het denkbaar is dat voor zeer specialistische ondersteuning in de regio AV slechts één aanbieder is. Voor andere ondersteuning moet worden gestreefd om een monopolie voor bepaalde segmenten te voorkomen.

Een inkoopmodel dat hier goed bij aansluit, is bestuurlijk aanbesteden. Bij vormen van bestuurlijk aanbesteden gaan gemeenten (opdrachtgever) in gesprek met (zorg)aanbieders over de wensen en eisen van gemeenten en de inzichten en mogelijkheden van aanbieders. Daarbij wordt geïnvesteerd in de relatie en wordt van gedachten gewisseld over elkaars doelen en beeldvorming. Ook selectie- en gunningscriteria, prestaties, monitoring en prijsvorming zijn onderdeel van dit gesprek. De uitkomst is een langdurig en flexibel raamcontract dat niet enkel over de inhoud gaat, maar ook over hoe partijen met elkaar in gesprek blijven om zo nodig opnieuw te onderhandelen over de inhoud. Hierdoor blijft er ruimte voor innovatie. Bij bestuurlijk aanbesteden is er geen bestek met strakke regels, waarin als een bijna onmogelijke

opgave getracht wordt alle onzekerheden en afhankelijkheden in de markt vooraf te regelen. Zeker in de huidige turbulente en onzekere tijd lijkt het risico op een suboptimale uitkomst bij een dergelijk proces reëel. Ook bij bestuurlijk aanbesteden geldt dat de opdrachtgever uiteindelijk besluit wat er gebeurt, maar zij probeert samen met partijen vorm te geven aan de inhoud en proces. Het eindresultaat is een raamcontract met meerdere aanbieders en keuzevrijheid voor de afnemers van diensten.

Wat gaan we doen?

De ontwikkelrichting voor de zorginkoop is een vorm van bestuurlijk aanbesteden, waarbij bestaande regionale en lokale partners worden betrokken. Zij kennen de sociale kaart en zijn dus beter in staat om de benodigde aansluiting op de 0^e lijn-zorg te maken. In de uitwerking van de bestuurlijke aanbesteding kan de praktische keuze worden gemaakt om het gesprek met een afvaardiging van aanbieders te starten, waarbij niet alleen omvang maar ook innovatie een selectiecriteria kan zijn.

Op dit moment lijkt een vorm van bestuurlijk aanbesteden het best passende inkoopmodel bij de gewenste uitgangspunten (diversiteit in aanbieders). Mochten partijen lopende dit proces, door voortschrijdend inzicht, tot een ander oordeel komen, dan kan dit leiden tot de keuze van een ander inkoopmodel dat even goed of beter aansluit bij de uitgangspunten. Onafhankelijk van het model is ons uitgangspunt voor de inkoop : de juiste ondersteuning voor beste prijs/kwaliteit verhouding voor inwoners te realiseren.

Voor de subsidiëring of inkoop van de uit te voeren taken moet een organisatie worden ingericht die de contractering en het contractbeheer gaat uitvoeren. Met het oog op efficiency en bundeling van kennis kiezen we voor de voorbereiding voor gemeentelijke samenwerking. De uitvoering zal aansluiten op de bestaande (samenwerkings-)structuren.

6 Uitvoering

De inwoner staat centraal in de dienstverlening rondom de nieuwe Wmo. In de huidige situatie heeft iedere gemeente binnen de regio AV de uitvoering op eigen wijze geregeld en passend binnen de eigen context. De huidige infrastructuur is ons startpunt.

Wat willen we bereiken?

We hanteren de volgende uitgangspunten:

- Voor de toekomstige uitvoering van ondersteuningstaken sluiten we aan bij de bestaande infrastructuur
- Het gaat om het resultaat en het resultaat is maatwerk
- Het keukentafelgesprek als instrument
- Werkwijze: vanuit toegang naar arrangementen (ondersteuningsplan)
- In de werkwijze ruimte inbouwen voor evaluatie. Werkt het plan?
- Het sociaal wijkteam als ontwikkelingsrichting, waarbij het team beschikt over uitvoeringsmandaat
- Het sociaal wijkteam sluit qua samenstelling en werkwijze aan bij de lokale situatie Passend binnen de couleur locale
- Regelarme uitvoering, minimale bureaucratie
- Aansluiting in de lokale uitvoeringsorganisaties tussen decentralisaties Jeugd en Wmo
- Regionale afstemming binnen de regio AV en goede aansluiting op de regio ZHZ

Wat gaan we doen?

In 2014 gaan we de bestaande loketten inrichten om klaar te staan voor de uitvoering van de nieuwe Wmo-taken in samenhang met Jeugd. Dit is een forse opgave en bestaat uit meerdere vraagstukken (organisatorisch, personeel, automatisering, opleiding).

De keuze om te starten vanuit de bestaande infrastructuur is een pragmatische keuze. Het kan een groeimodel zijn, op weg naar één uitvoeringsorganisatie. Dit is een langere termijn opgave. Bij verdere ontwikkelingskeuzes geldt: inhoud volgt vorm.

Verder gaan we in 2014 aan de slag met de vorming van sociale wijkteams

7 Rechtsbescherming

De Algemene wet bestuursrecht is van toepassing op de huidige Wmo. Dit verandert niet in de nieuwe situatie.

De Raad voor de Rechtspraak verwacht dat het aantal juridische procedures gaat toenemen. Het niveau van maatwerkvoorziening, de vaststelling van de eigen bijdrage en het aanspreken van het eigen vermogen zijn potentiële conflictbronnen. De VNG onderschrijft deze verwachting en pleit ervoor om te zoeken naar andere manieren om een geschil op te lossen. Zij pleit voor mogelijkheden als de inzet van een mediator, een ombudsfunctionaris of een second opinion. Vertegenwoordigers van de adviesorganen Wmo hebben een vergelijkbare oproep gedaan.

Wij sluiten aan bij de opvatting dat alternatieve vormen om een geschil op te lossen wenselijk zijn en verwachten dat de VNG als onze belangenbehartiger hierin initiatieven neemt als onderdeel van het de implementatietraject.

8 Participatie

Samenwerken en kennisdelen is één van de vier uitgangspunten van de regionale visie op het Sociaal domein. Participatie is een vorm van samenwerken en kennis delen.

Gemeenten krijgen er nieuwe taken bij en moeten op die nieuwe taken kennis en expertise ontwikkelen. We willen borgen dat (potentiële) zorgvrager en zijn behoeften en ervaringen leidend zijn voor de geboden ondersteuning. Participatie, inbreng door alle betrokken partijen is daarbij essentieel. Van individuele cliënten, wmo-raden, cliëntenorganisaties, welzijnsorganisaties, zorgaanbieders/professionele organisaties tot zorgverzekeraars en het zorgkantoor. Die samenwerking en participatie is in de beleidsontwikkeling al gestart en we willen deze dialoog in volgende fasen continueren en verder uitbreiden.

Wat willen we bereiken?

Wij vinden het belangrijk om partijen in de gehele beleidscyclus, vanaf een zeer vroeg stadium tot in de uitwerking van de uitvoering en evaluatie, te betrekken en hen om advies te vragen. Daarbij gaat het zowel om het betrekken van cliënten als leveranciers van ondersteuning (formeel en informeel). Ook is de kennis en expertise van de huidige inkopers van deze ondersteuning van belang. Al deze groepen hebben via bijeenkomsten, klankbordgroepen, werkgroepen en feedbackronden op conceptversies geparticipeerd in de totstandkoming van dit periodiek plan. De tijdsdruk die op dit proces ligt, was daarbij soms een grote uitdaging. De tijdsdruk had tot gevolg dat uitnodigingen voor bijeenkomsten of reactietermijnen veelal beperkt waren. Anderzijds had het tot gevolg dat ambtelijke stukken vroeger dan gebruikelijk in het proces met andere partijen

worden gedeeld voor feedback. Deze open en op coproductie gerichte aanpak willen wij vasthouden in de volgende fasen.

Bij de samenwerking en participatie is het gezamenlijke doel om de juiste ondersteuning op het juiste moment op de juiste plaats te realiseren en een zo geruisloos mogelijke overgang voor bestaande cliënten te bewerkstelligen.

Wat gaan we doen?

Voor de participatie van cliënten en burgers in het vervolgtraject worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

1. Bij de uitwerking van het periodiek plan worden alle relevante groepen van (vertegenwoordigers van) cliënten en burgers betrokken. In dit kader wordt een zogenaamde participatiekaart opgesteld²²;
2. In het plan is bijzondere aandacht voor de betrokkenheid van kleine groepen en groepen die hun behoeften moeilijk kenbaar kunnen maken;
3. Verder is er aandacht voor participatie op regionaal en lokaal niveau en voor de verbinding tussen deze niveaus;
4. Ook wordt een verbinding gelegd met de participatie van cliënten en burgers in het kader van de decentralisatie van de Jeugdhulp en de invoering van de Participatiewet;
5. In het traject is ruimte voor nieuwe participatievormen; en
6. Daarnaast blijven natuurlijk de formele participatie-trajecten van de Wmo-raden.

9 Communicatie

Met de verschillende transitie komt er veel nieuws op ons af. Op onze inwoners en klanten nog meer. Onzekerheid bij mensen die onze ondersteuning nodig hebben is niet goed. Communicatie en tijdige informatie is van groot belang.

Pas medio zomer 2014 weten we wie daadwerkelijk de klanten worden. Tot die tijd verloopt communicatie via publieksmedia.

Door de wijziging van de wetgeving moeten inwoners hun gedrag veranderen. De ondersteunings-vraag moet eerst uitgezet worden in de naaste omgeving voordat professionals aan het werk gaan. Zoals alle gedragsveranderingen zal ook deze gedragsverandering alleen kunnen plaatsvinden door de boodschap vaak te herhalen. Ondanks alle inspanningen zal dit zeker één jaar duren voor dat de verandering zichtbaar is. Ook daarna blijft herhaling van boodschap/communicatie noodzakelijk.

Voor de juiste implementatie moet er daarom enerzijds voldoende informatie beschikbaar zijn bij onze inwoners. Anderzijds moeten we zorgverleners ondersteunen bij het overdragen van de boodschap aan de klanten dat de ondersteuning anders zal verlopen en wat zij zelf kunnen doen.

Wat willen we bereiken?

Voor inwoners, klanten/cliënten, instellingen is duidelijk:

- wat de veranderingen in het hele sociale domein voor hen betekenen
- wat zij zelf kunnen bijdragen in de benodigde cultuurverandering
- wat zij van de lokale overheid kunnen verwachten en wat niet
- Waar zij terecht kunnen voor informatie over het proces

Voor medewerkers van de gemeentelijke en de informele en formele zorg- en welzijnsorganisaties is duidelijk:

- Wat er van hen wordt verwacht
- Hoe zij kunnen bijdragen in de benodigde cultuurverandering

²² Een participatiekaart is een overzicht van alle relevante groepen van (vertegenwoordigers) van cliënten en burgers.

- Waar zij terecht kunnen met vragen/suggesties

Gemeentebesturen (college en raad) en adviesorganen in de regio Alblasserwaard Vijfheerenlanden:

- zijn op de hoogte van de landelijke besluiten en de lokale activiteiten om voorbereid te zijn op de transitie .
- Ondersteunen bij het uitdragen van de boodschap dat ondersteuning anders wordt georganiseerd

Wat gaan we doen?

- We communiceren lokaal vanuit een centrale regie (regio AV) op maat voor iedere betrokken organisatie, doelgroep of specifieke actor en maken gebruik van bestaande communicatiekanalen.
- Ontmoeting en dialoog tussen inwoners, organisaties en interne betrokkenen is een leidraad: De mens staat centraal.
- In de communicatie zoeken we aansluiting bij onze partners: in de communicatie hebben we de beleving van de inwoners voorop staan, niet ons beleid of procedures: we denken van buiten naar binnen.
- We vertellen het verhaal namens direct betrokkenen: zorgverleners, inwoners, gemeentelijke medewerkers. Door de direct betrokkenen visueel aan het woord te laten komt de boodschap beter over dan wanneer een gemeente of instelling vertelt wat klanten moeten doen.
- Waar mogelijk participatie. Waarbij de randvoorwaarde is dat: het (vooraf) duidelijk moet zijn wat er met de inbreng gebeurt.

De middelen die we inzetten zijn: website voor inwoners (bereikbaar primair via de gemeente en instellingen), kennis en informatieplatform voor professionals, digitale informatiebrieven, posters, folders, bijeenkomsten etc.

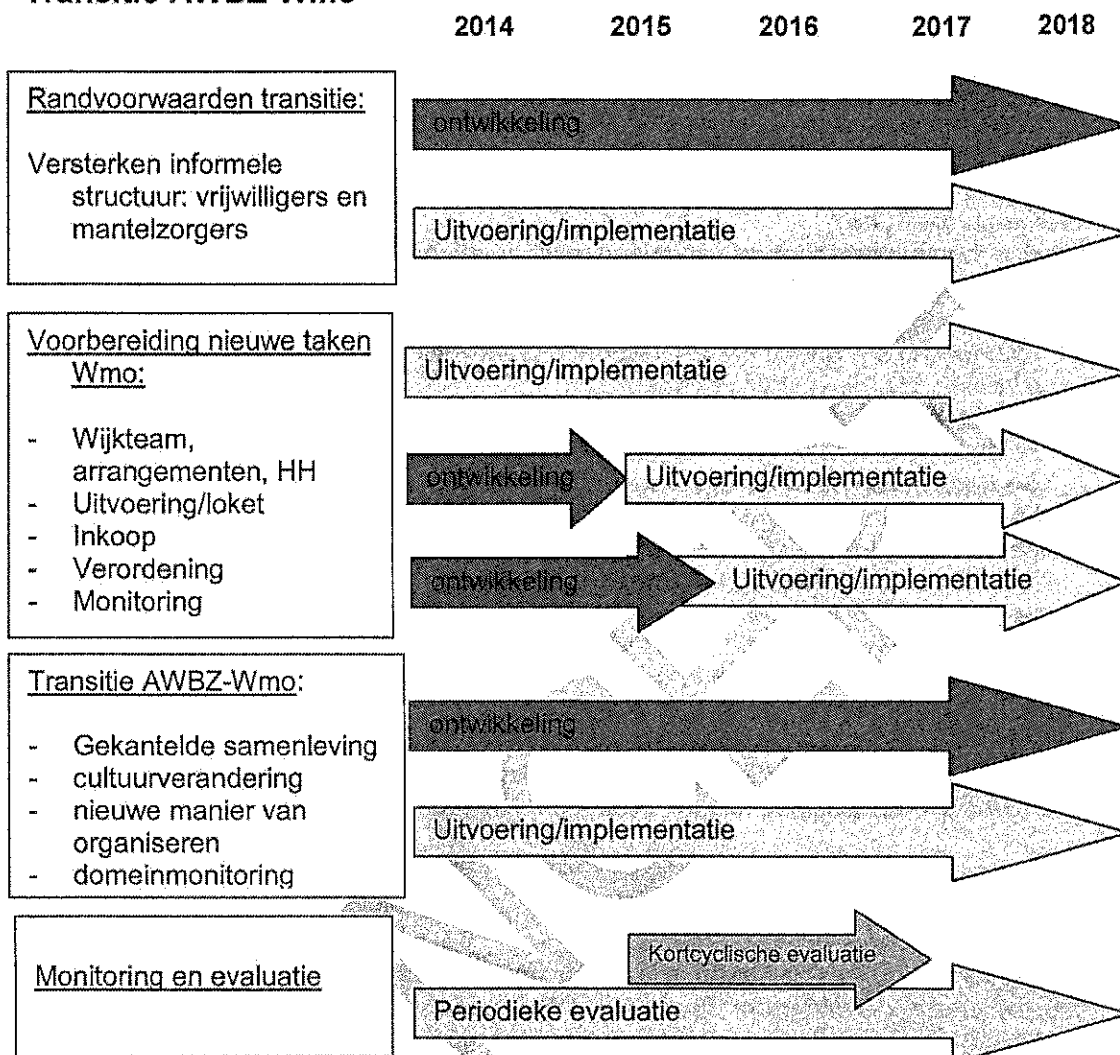
10 Planning

De voorbereiding van de transities is een proces met vele onzekerheden. Er is de wens om een overall planning voor de drie transities, tussenproducten en eindproducten te realiseren. De werkelijkheid is echter weerbarstig en de bestaande plannings worden regelmatig bijgesteld omdat er nieuwe informatie, termijnen bekend worden of nieuwe dwarsverbanden worden ontwikkeld.

Gemeenteraden stellen in februari 2014 de periodieke plannen of beleidsplannen vast. Zodra het wettelijke en financiële kader bekend is, wordt het periodiek plan hierop getoetst. In oktober wordt de verordening ter vaststelling aan de gemeenteraden voorgelegd.

De planning voor de inspanningen op de diverse doelen hebben wij getracht te visualiseren in onderstaand schema. De lokale welzijnsstructuur is een belangrijke randvoorwaarde om de transities te kunnen realiseren. Adequate mantelzorg- en vrijwilligersondersteuning, het welzijnswerk, kortom een sterke nulde-lijn is een voorwaarde om de transitie te realiseren. De wijze waarop de welzijnsstructuur is georganiseerd, verschilt per gemeente. Maar wij stellen vast dat in iedere gemeente de ontwikkeling en versterking van de lokale welzijnsstructuur en informele ondersteuning al een beleidsspeerpunt is. Zowel de ontwikkeling als uitvoering van beleid en inspanningen zijn hiervoor al gestart.

Transitie AWBZ-Wmo



De realisatie van de diverse doelen en inspanningen, die in dit periodiek plan staan beschreven, worden ook beïnvloed door lokale factoren als pilots, welzijnsstructuur en lokale samenwerkingspartners. Daarom staan er bij de voorbereiding op de nieuwe taken meerdere tempo's afgebeeld. In sommige gemeenten wordt op dit moment in pilots geëxperimenteerd met wijkteams. Andere gemeenten experimenteren met het combineren van doelgroepen of in het kader van de Participatiewet. Die gemeenten doen daar ervaring mee op en zullen op dat doel of die inspanning mogelijk een sneller tempo kunnen realiseren. Kennis en ervaring van de pilots worden met de regio gedeeld. Het tempo op de verschillende onderwerpen kunnen per gemeente verschillen, maar het streven is wel om op 1 januari 2015 in alle AV-gemeenten de noodzakelijke voorbereidingen gereed te hebben en zo veel als mogelijk is klaar te zijn voor de nieuwe taken. Daarnaast zijn er inspanningen die zich richten op het realiseren van een gekantelde samenleving, een cultuuromslag. Dit zijn lange termijn doelen. De ontwikkeling en implementatie start voor sommige onderdelen al in 2014 maar loopt gedurende de gehele looptijd van dit periodiek plan door.

In de loop van/eind 2014 zullen bepaalde onderdelen van de voorbereiding mogelijk

operationeel worden of schaduw draaien. Vanaf 1 januari 2015 wordt de uitvoering voor de nieuwe taken volledig operationeel. Met een dergelijk omvangrijke opgave als de decentralisaties is het noodzakelijk om in de opstartfase waarborgen in te bouwen om snel te kunnen aanpassen voor onvoorziene zaken of uitzonderlijke situaties. Bij paragraaf 5.3.2 Kwaliteit staat hierover al iets genoemd. Daarnaast worden nieuwe processen en uitvoering in de eerste periode kort-cyclisch geëvalueerd om eventuele verschillen tussen resultaat en doel zo snel mogelijk op te lossen.

11 Financiële paragraaf

In relatie tot de verschillende decentralisaties krijgen gemeenten te maken met een forse bezuinigingsopgave. Voor het onderdeel Wmo geldt een bezuiniging van 40% op de hulp bij het huishouden en een bezuiniging van 25% op de overkomende AWBZ-taken.

Gemeenten krijgen zo veel mogelijk één budget, een sociaal deelfonds van het Gemeentefonds.

Voor de bestaande taken is de geldstroom naar gemeenten op dit moment verdeeld over drie kanalen:

- de algemene uitkering (bijvoorbeeld bijzondere bijstand en maatschappelijk werk);
- de integratie- en decentralisatie-uitkeringen (bijvoorbeeld Wmo huishoudelijke hulp en CJG);
- de specifieke uitkeringen (bijvoorbeeld Wsw en Wwb).

Hier komen de te decentraliseren budgetten nu bij. Behalve dat er onzekerheid bestaat over de exacte bedragen wordt ook de vormgeving van het sociaal deelfonds (de rijksvergoeding nieuwe stijl) voor het sociaal domein pas in de meicirculaire uitgewerkt. Een ding is wel duidelijk, de algemene uitkering zal fors hoger worden.

Dat vereist een goede sturing vanuit de financiële kaders en vraagt dus ook een stevige inbedding van de nieuwe taken in de P&C-cyclus.

Vanuit de stuurgroep SIP is een werkgroep gevormd die als opdracht heeft om de financiële consequenties van de verschillende decentralisaties in kaart te brengen. Ook rondom de verdere implementatie zullen financiële kwesties nader uitgewerkt moeten worden (bijvoorbeeld rondom ontschotting en vereveningsopgaven binnen de regio).

De vertegenwoordigers van adviesorganen hebben voorgesteld om in ieder geval financiële ruimte te creëren voor de opstartfase en deze ruimte te benutten voor het opvangen van opstartproblemen. Deze aanbeveling nemen we mee in de nadere financiële uitwerking.

Wat willen we bereiken?

Inzicht krijgen in de beschikbaar komende middelen rondom de decentralisaties vanaf 2015
De financiële gevolgen van de nieuwe taken inbedden in de P&C-cyclus
Uitvoering van de Wmo- taken in beginsel budgettair neutraal realiseren

Wat gaan we doen?

Een inventarisatie maken van de financiële gevolgen van de decentralisaties
Een verkennend onderzoek doen naar oplossingen voor financiële kwesties rondom de implementatie van de verschillende decentralisaties.

12 Lokale paragraaf

Lokale toets Periodiek plan

Voor de lokale toets van dit beleidsplan heeft er een integraal ambtelijk overleg op beleids- en uitvoeringsniveau plaatsgevonden, is er overleg geweest met de portefeuillehouder Wmo en is het Wmo-platform geconsulteerd en om advies gevraagd. Vervolgens heeft de gemeenteraad het concept beleidsplan opiniërend behandeld.

Lokale doelgroep

Mede op verzoek van de gemeenteraad treft u bijgaand een uitgebreide analyse van de doelgroepen aan die vallen onder de AWBZ-functies die getransformeerd worden naar de Wmo. De bijgaande concept rapportage van de zogenaamde historische profielen is opgesteld door JSO Expertisecentrum op basis van database-informatie van CIZ (Centrum indicatiestelling zorg) en Vektis (Vektis is het centrum voor informatie en standaardisatie dat is ontstaan vanuit een initiatief van de zorgverzekeraars). Het betreft informatie van alle inwoners met een geldige indicatie voor AWBZ-zorg over de loop van drie jaren (2010, 2011 en 2013) uit de zes A&V-gemeenten, waarbij tevens tabellen per gemeente zijn opgesteld. De informatie over Hardinxveld-Giessendam staat op bladzijde 5 (aantal AWBZ-indicaties), bladzijde 7 (aantallen op soort beperking), bladzijde 9 (aantallen Zorg in natura, Persoonsgebonden budget of beide), bladzijde 14 (aantallen per functiecategorie), bladzijde 19 (percentage cliëntgroepen in verhouding tot inwonertal), bladzijde 21 (cliëntgroepen verdeeld in leeftijd en grondslag), bladzijde 25 (gemiddelde uren en dagdelen naar functie en cliëntgroep).

Lokale invulling beleid

Ondanks veel verzoeken om een inkijk te geven in de uitvoering/invulling van dit beleidsplan, treft u voornamelijk richtinggevende kaders aan voor de komende implementatieperiode. Vooralnog moet verwezen worden naar de pagina's 20 en 50 van dit plan. Daar treft u de inspanningen aan die op basis van dit plan regionaal en lokaal nog zorgvuldig met de betrokken partijen moeten worden uitgewerkt vanaf 2014.

Bijlage I Lijst van definities en gebruikte afkortingen

(Het) Arrangement	Het pakket aan oplossingen bij elkaar
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Formele zorg	Professionele zorgverlening door zorgaanbieders
Centrumgemeente	Een gemeente die in een intergemeentelijk samenwerkingsverband volgens de Wet Gemeenschappelijke Regelingen(WGR), een bepaalde functie uitvoert voor omliggende gemeenten.
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
(Het) Gesprek	Het gesprek staat voor zorgvuldig onderzoek, een goede analyse, breed kijken, samen zoeken naar oplossingen. Het gaat om het afstappen van het claimdenken en het uitgaan van de eigen kracht en de eigen verantwoordelijkheid.
Gezin	Met gezin wordt de leefeenheid bedoeld. Dit hoeft dus niet per definitie meer dan 1 persoon te zijn.
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
Inclusieve samenleving	Een samenleving waarin iedereen meetelt en waarin iedereen deel kan nemen aan activiteiten.
Informele zorg	Vrijwillige/onbetaalde zorg door mantelzorgers, familie, kennissen en vrijwilligers
(De) Kanteling	De Kanteling helpt gemeenten om de ondersteuning zo in te vullen, dat mensen met een beperking betere kansen hebben om volwaardig mee te doen aan de samenleving. Een gekantelde manier van werken vraagt een nieuwe benadering van gemeenten én burgers. Meer tijd nemen voor het eerste gesprek met de burger bijvoorbeeld, en afstappen van de standaard voorzieningenlijst. In elk gesprek staan regie over het eigen leven en zelfredzaamheid voorop.
Mantelzorger	Zorg aan iemand in de directe omgeving, verleent door huisgenoten of familie
MEE	Organisatie die mensen met een handicap, beperking of chronische ziekte helpt en verwijst naar de benodigde instanties
Oggz	Openbare geestelijke gezondheidszorg
Ondersteuningsstructuur	de gehele keten van zorgverleners rond een zorgvrager, zowel formeel als informeel
Pgb	Persoonsgebonden budget
Toegang	het proces met als beginpunt het moment

	waarop het gezin zich meldt (of wordt gemeld) tot het moment waarop passende hulp en/of ondersteuning wordt ingezet.
Transities	invoering Participatiewet, de transitie van de Jeugdzorg, en overheveling AWBZ-taken naar Wmo
VNG	de Vereniging Nederlandse Gemeenten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wpg	Wet publieke gezondheid
Wwb	Wet werk en bijstand
Wwnv	Wet werken naar vermogen

CONCEPT

Historische profielen op basis van CIZ/Vektis in de regio Alblasserwaard-Vijfheerenlanden

Concept rapportage historische profielen op basis van CIZ (Centrum indicatiestelling zorg) en Vektis informatie, betreffende alle bewoners uit de gemeenten Giessenlanden, Gorinchem, Hardinxveld-Giessendam, Leerdam, Molenwaard en Zederik met een geldige indicatie voor AWBZ zorg over de loop van drie jaren (2010, 2011 en 2013).

Versie: 13 november 2013

Inleiding

In de regio AV pakken de gemeenten de decentralisaties gezamenlijk aan. JSO ondersteunt via de programmaliijn 'Samenhang in Transitie' de decentralisaties. Afspraken over de ondersteuning zijn opgemaakt in het plan van aanpak "Klantprofielen en monitoring & evaluatie in pilots sociaal domein regio AV 2013, 28 juli 2013. In dit kader is JSO gevraagd om door middel van (een vorm van) klantprofielen te verduidelijken welke producten door welk type cliënten wordt afgenomen en biedt op deze wijze inzicht in mogelijk beleid met betrekking tot inkoop van zorg.

Klantprofielen beogen de inwoners in beeld te brengen die (mogelijk) een beroep doen op zorg / ondersteuning op gebied van zorg, welzijn, wonen en participatie. Met dit beeld kunnen gemeente en zorgaanbieders de behoefte aan en het aanbod van zorg en ondersteuning op elkaar afstemmen in zorgarrangementen. Klantprofielen geven een beschrijving van kenmerken van de betreffende inwoner(s) op de diverse leefgebieden, van de bijbehorende zorgbehoeften en van de daaraan verbonden kosten.

Op 28 juni 2013 heeft JSO met Zwanet van Kooten afgesproken om een rapportage over klantprofielen op basis van historische informatie zal worden gemaakt. Deze rapportage betreft een eerste concept op basis van CIZ (Centrum indicatiestelling zorg) en Vektis informatie. Historische analyse op basis van het Vektis systeem of aan de hand van informatie vanuit het regionaal zorgkantoor bleek echter niet volledig mogelijk. Vektis is een informatiesysteem van de zorgverzekeraars over het zorggebruik dat in opdracht van de VNG en VWS naar elke gemeente informatie verstrekt. De verwerking van de gebruiksdata zijn op dit moment enkel voor één jaar beschikbaar. Historische analyse op basis van Informatie vanuit het regionaal zorgkantoor bleek echter ook niet haalbaar in verband met onvoldoende betrouwbaarheid van de beschikbare bronnen. De informatie in deze rapportage is gemaakt op basis van alle bewoners uit de gemeenten Giessenlanden, Gorinchem, Hardinxveld-Giessendam, Leerdam en Zederik met een geldige indicatie voor AWBZ zorg over de loop van drie jaren (2010, 2011 en 2013, peildatum is 1 januari van elk jaar). Er is gekozen voor 2013 omdat in Vektis bestanden de gegevens van 2012 te vinden zijn. Het betreft hier de indicaties en dus niet per definitie de afgenomen zorg. De gemeente Molenwaard komt niet voor in de lijst op de website van CIZ vanwege de nog niet aangepaste postcodetabel. De gemeente Molenwaard is wel meegenomen door de drie betreffende gemeenten (die nu Molenwaard vormen) bij elkaar op te tellen. Na een eerste conceptrapportage (besproken op 10 oktober 2013) zijn er nog enkele vragen aan JSO ter verduidelijking gesteld:

- Wat zijn volgens CIZ verklaringen voor de sterke afname van functiecategorieën Zintuiglijke Handicap en Kortdurend Verblijf? En wat zijn volgens CIZ verklaringen voor de enorme stijging voor functiecategorie Lichamelijke Handicap?
- Wat is de dominante doelgroep bij RIVAS en welke cijfers kunnen zij leveren over de volgende combinaties:
 - o Hulp in de huishouding & Persoonlijke Begeleiding
 - o Hulp in de huishouding, Persoonlijke Begeleiding & Persoonlijke Verzorging
 - o Hulp in de huishouding & Persoonlijke Verzorging

Verder zijn er nog enkele inhoudelijke aspecten besproken die zijn aangepast:

- De functiecategorieën intramuraal zijn weggehaald uit het rapport.
- Totaal aantal indicaties zijn weergegeven.
- Percentages van gegevens t.o.v. het totaal zijn weergegeven in enkele tabellen.
- Gemiddeld aantal toegekende uren en/of dagdelen per cliëntgroep zijn weergegeven.
- Waar bekend is er een koppeling gemaakt met demografische gegevens.

Datum: 13 november 2013

Léon van Lier (onderzoeker) & Rob Rutten (projectleider)

Historische profielen op basis van CIZ rapportages

Onderstaande informatie betreft een overzicht van alle cliënten met een **geldige** indicatie voor AWBZ zorg over de loop van drie jaren (2010, 2011 en 2013, peildatum is 1 januari van elk jaar). Er is gekozen voor 2013 omdat in Vektis bestanden de gegevens van 2012 te vinden zijn. Het komt voor dat de totalen in een tabel niet overeenkomen met de gegevens binnen de tabellen. CIZ geeft hier de volgende verklaring voor:

De inhoud van de rapportage is privacygevoelig. Om de privacy van cliënten te waarborgen, zijn de volgende maatregelen genomen:

1) In een tabel worden per cel aantallen vanaf de waarde vijf getoond. Bij de waardes nul tot en met vier staan kruisjes in de cellen. Als in een tabel over zorgomvang het aantal geldige cliënten is 'weggekruist', wordt het gemiddelde aantal uren of dagdelen zorg voor die categorie ook niet getoond;

2) Alle aantallen in deze rapportage worden afgerond op vijftallen.

Deze twee maatregelen kunnen ertoe leiden dat de optelling van het aantal cliënten in een tabel, niet overeenkomt met de randtotalen van deze tabel.

Het betreft hier de indicaties en dus niet per definitie de afgenomen zorg. De gemeente Molenwaard komt niet voor in de lijst op de website van CIZ. De verklaring van CIZ is omdat Molenwaard nog niet voorkomt op de gebruikte postcodetabel. Het is wel mogelijk de drie gemeenten die samen Molenwaard vormen, gezamenlijk op te vragen, zo zijn de cijfers van Molenwaard toch te gebruiken. Per tabel (of per groep tabellen met dezelfde informatie) is kort uitgelegd om wat voor type gegevens het gaat. Voor de leesbaarheid beginnen tabellen op een nieuwe pagina indien nodig.

Tabel 1: overzicht per gemeente van alle geldige indicatie voor AWBZ op 1 januari

Onderstaande tabel laat zien hoeveel geldige indicaties voor AWBZ zorg er zijn afgegeven door het CIZ op peildatum 1 januari van het betreffende jaar. Alle gemeenten laten een stijging zien van het aantal afgegeven indicaties. Alleen Zederik is gelijk gebleven tussen 2011 en 2013. Percentueel gezien heeft de hoogste stijging plaatsgevonden in Giessenlanden (19%). In de tabel is bij de naam van de gemeente het percentage weergegeven hoeveel stijging er heeft plaatsgevonden tussen 2010 en 2013.

Gemeente	2010	2011	2013
Giessenlanden (19%)	420	440	500
Gorinchem (16%)	1645	1750	1910
Hardinxveld-Giessendam (10%)	705	735	775
Leerdam (12%)	1030	1090	1155
Molenwaard (15%)	855	910	980
Zederik (5%)	455	480	480
Totaal (14%)	5110	5405	5800
<i>Nederland</i>	<i>705.590</i>	<i>744.280</i>	<i>802.065</i>
<i>% t.o.v. landelijk cijfer</i>	<i>0,7%</i>	<i>0,7%</i>	<i>0,7%</i>

Tabel 1a: geldige indicaties 1 januari 2013 in verhouding tot aantal inwoners

Onderstaande tabel laat zien hoeveel geldige indicaties voor AWBZ zorg er zijn afgegeven door het CIZ op peildatum 1 januari 2013, afgezet tegen het aantal inwoners van de betreffende gemeente zoals weergegeven volgens CBS. Het percentage betekent hoeveel procent van de inwoners van de gemeente een indicatie hebben gekregen vanuit CIZ.

Gemeente	Indicaties	Inwoners	% verhouding
Giessenlanden	500	14.466	3,4%
Gorinchem	1910	35.128	5,4%
Hardinxveld-Giessendam	775	17.722	4,3%
Leerdam	1155	20.718	5,5%
Molenwaard	980	29.190	3,3%
Zederik	480	13.538	3,5%
Totaal	5800	130.762	4,4%

Tabel 2: overzicht op regioniveau van dominante grondslag toekenning indicatie

De onderstaande tabel geeft weer op welke (dominante) grondslag de indicatie voor AWBZ zorg is afgegeven. Deze gegevens zijn een optelling van alle gemeentelijke cijfers. Het betreft hier dus een totaal voor de regio Alblasserwaard-Vijfheerenlanden. Het stijgingspercentage ten opzichte van 2010 in de laatste kolom vermeld. Alleen de indicaties op grondslag Zintuiglijke handicap zijn afgenomen. Percentueel is er een grote stijging in indicaties op basis van Lichamelijke handicap (100% toename). Ook Psychogeriatrische en Psychiatrische aandoening zijn ruim gestegen.

Regio AV				
Dominante grondslag	2010	2011	2013	%
Somatische aandoening / beperking	2735	2830	2880	+5%
Psychogeriatrische aandoening / beperking	570	610	780	+37%
Psychiatrische aandoening / beperking	380	445	485	+28%
Lichamelijke handicap	190	240	365	+92%
Verstandelijke handicap	1110	1205	1260	+14%
Zintuiglijke handicap	125	80	20	-84%
Totaal	5110	5405	5800	+14%

Tabel 2a: percentages van dominante grondslag toekenning indicatie op regioniveau

De onderstaande tabel geeft de totalen voor de regio AV weer (kleine cijfers) wat betreft dominante grondslag van de indicaties. De percentages voor de cijfers geven aan om hoeveel procent van het totaal aantal indicaties dit gaat.

Regio AV						
Dominante grondslag	2010		2011		2013	
Somatische aandoening / beperking	53%	2735	52%	2830	50%	2880
Psychogeriatrische aandoening / beperking	11%	570	11%	610	13%	780
Psychiatrische aandoening / beperking	7%	380	8%	445	8%	485
Lichamelijke handicap	4%	190	4%	240	6%	365
Verstandelijke handicap	22%	1110	22%	1205	22%	1260
Zintuiglijke handicap	2%	125	1%	80	0,3%	20
Totaal		5110		5405		5800

Tabel 3: overzicht per gemeente van dominante grondslag toekenning indicatie

De onderstaande tabellen geven weer op welke (dominante) grondslag de Indicatie voor AWBZ zorg is afgegeven. Deze gegevens zijn op gemeenteniveau geordend.

Giessenlanden			
Dominante grondslag	2010	2011	2013
Somatische aandoening / beperking	250	250	275
Psychogeriatrische aandoening / beperking	35	45	65
Psychiatrische aandoening / beperking	20	15	20
Lichamelijke handicap	25	30	40
Verstandelijke handicap	85	95	95
Zintuiglijke handicap	5	5	-
Totaal	420	440	500

Gorinchem			
Dominante grondslag	2010	2011	2013
Somatische aandoening / beperking	775	790	800
Psychogeriatrische aandoening / beperking	170	175	245
Psychiatrische aandoening / beperking	180	210	230
Lichamelijke handicap	60	80	140
Verstandelijke handicap	430	475	490
Zintuiglijke handicap	30	20	10
Totaal	1645	1750	1910

Hardinxveld-Giessendam			
Dominante grondslag	2010	2011	2013
Somatische aandoening / beperking	405	420	450
Psychogeriatrische aandoening / beperking	90	100	110
Psychiatrische aandoening / beperking	50	55	50
Lichamelijke handicap	25	30	30
Verstandelijke handicap	115	120	125
Zintuiglijke handicap	20	10	-
Totaal	705	735	775

Leerdam			
Dominante grondslag	2010	2011	2013
Somatische aandoening / beperking	535	575	570
Psychogeriatrische aandoening / beperking	120	125	155
Psychiatrische aandoening / beperking	55	65	80
Lichamelijke handicap	25	35	60
Verstandelijke handicap	260	270	285
Zintuiglijke handicap	30	20	-
Totaal	1030	1090	1155

Molenwaard			
Dominante grondslag	2010	2011	2013
Somatische aandoening / beperking	475	495	525
Psychogeriatrische aandoening / beperking	100	110	135
Psychiatrische aandoening / beperking	50	65	75
Lichamelijke handicap	35	45	55
Verstandelijke handicap	165	180	185
Zintuiglijke handicap	30	20	10
Totaal	855	910	980

Zederik			
Dominante grondslag	2010	2011	2013
Somatische aandoening / beperking	295	300	260
Psychogeriatrische aandoening / beperking	55	55	70
Psychiatrische aandoening / beperking	25	35	30
Lichamelijke handicap	20	20	40
Verstandelijke handicap	55	65	80
Zintuiglijke handicap	10	5	-
Totaal	455	480	480

Tabel 4: Voorkeursleveringsvorm extramurale zorg

Onderstaande tabel laat zien in welke voorkeursvorm de indicaties voor extramurale zorg zijn afgegeven. Het kan zijn Zorg in natura of Persoonsgebonden budget. Bij ZIN wordt de zorg direct vergoed, bij PGB koopt de cliënt zelf de zorg in. Er is ook een combinatie mogelijk van ZIN en PGB (weergegeven als Z+P). Er is een stijging van 18% in de voorkeur voor ZIN. Een stijging van 16% in PGB en een daling van 5% voor de combinatie. Kanttekening daarbij is dat in 2011 er een grotere stijging zichtbaar was in de combinatie, deze trend heeft zich dus (nog) niet doorgezet.

Voorkeursleveringsvorm (extramuraal)	2010			2011			2013		
	ZIN	PGB	Z+P	ZIN	PGB	Z+P	ZIN	PGB	Z+P
Giessenlanden	235	45	10	235	45	15	285	50	15
Gorinchem	680	100	25	725	110	30	830	130	20
Hardinveld-Giessendam	360	65	10	370	65	20	410	60	15
Leerdam	440	60	20	465	85	15	515	100	15
Molenwaard	445	100	30	455	105	25	520	100	20
Zederik	240	35	10	265	35	15	275	30	15
Totaal	2400	405	105	2515	445	120	2835	470	100

Tabel 5: Functiecategorie indicatie op regioniveau

Onderstaande tabellen zijn de functiecategorieën waarin de indicaties worden afgegeven. Het betreft een optelling op regioniveau. Er zijn veel verschillende categorieën, waarbij er veel combinaties voor kunnen komen. Het geeft een beeld van de stijging/daling van de verschillende functiecategorieën in de weergegeven jaren. Het stijgings- of dalingspercentage t.o.v. 2013 staat in de laatste kolom weergegeven. In de CIZ rapportage is ook intramurale zorg weergegeven. Omdat dit niet overgeheveld wordt naar de gemeenten, is ervoor gekozen deze categorieën buiten beschouwing te laten. De totalen zijn van de huidige tabel en kunnen daarmee dus verschillen van de totalen van de CIZ rapportage (zie eerdere verklaring).

Regio AV				
Functiecategorie	2010	2011	2013	% verschil
Persoonlijke verzorging	1145	1285	1445	+ 26%
Verpleging	165	170	185	+12%
Persoonlijke verzorging + Verpleging	250	245	345	+38%
Behandeling (eventueel met persoonlijke verzorging en/of verpleging)	65	65	85	+30%
Begeleiding individueel	360	405	425	+18%
Begeleiding individueel (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	180	190	210	+17%
Begeleiding groep	140	135	145	+4%
Begeleiding groep (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	190	220	210	+11%
Begeleiding individueel en Begeleiding groep	80	75	100	+25%
Begeleiding individueel en groep (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	90	80	100	+11%
Kortdurend verblijf (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding individueel en/of begeleiding groep)	230	210	140	-39%
Totaal	2895	3080	3390	+17%

Tabel 5a: Functiecategorie indicatie op regioniveau percentages van totalen

De onderstaande tabel geeft de totalen voor de regio AV weer (kleine cijfers). De percentages voor de cijfers geven aan om hoeveel procent van het totaal aantal indicaties dit gaat.

Regio AV						
Functiecategorie	2010		2011		2013	
Persoonlijke verzorging	39%	1145	42%	1285	43%	1445
Verpleging	6%	165	5%	170	5%	185
Persoonlijke verzorging + Verpleging	9%	250	8%	245	10%	345
Behandeling (eventueel met persoonlijke verzorging en/of verpleging)	2%	65	2%	65	2%	85
Begeleiding individueel	12%	360	13%	405	12%	425
Begeleiding individueel (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	6%	180	6%	190	6%	210
Begeleiding groep	5%	140	4%	135	4%	145
Begeleiding groep (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	6%	190	7%	220	6%	210
Begeleiding individueel en Begeleiding groep	3%	80	2%	75	3%	100
Begeleiding individueel en groep (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	3%	90	2%	80	3%	100
Kortdurend verblijf (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding individueel en/of begeleiding groep)	8%	230	7%	210	4%	140
Totaal		2895		3080		3390

Tabel 6: Functiecategorie indicatie op gemeenteniveau

Onderstaande tabellen zijn de functiecategorieën waarin de indicaties worden afgegeven. De uitsplitsing is op gemeenteniveau. Er zijn veel verschillende categorieën, waarbij er veel combinaties voor kunnen komen. Het geeft een beeld hoe de indicaties voor de functiecategorieën zich hebben ontwikkeld in de jaren 2010-2013. In de CIZ rapportage is ook intramurale zorg weergegeven. Omdat dit niet overgeheveld wordt naar de gemeenten, is ervoor gekozen deze categorieën buiten beschouwing te laten. De totalen zijn van de huidige tabel en kunnen daarmee dus verschillen van de totalen van de CIZ rapportage (zie eerdere verklaring).

Giessenlanden			
Functiecategorie	2010	2011	2013
Persoonlijke verzorging	130	130	165
Verpleging	20	15	20
Persoonlijke verzorging + Verpleging	25	20	30
Behandeling (eventueel met persoonlijke verzorging en/of verpleging)	-	10	5
Begeleiding individueel	20	25	20
Begeleiding individueel (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	15	15	20
Begeleiding groep	15	20	15
Begeleiding groep (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	20	25	35
Begeleiding individueel en Begeleiding groep	5	-	5
Begeleiding individueel en groep (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	5	5	10
Kortdurend verblijf (In combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding individueel en/of begeleiding groep)	35	30	25
Totaal	290	295	350

Gorinchem			
Functiecategorie	2010	2011	2013
Persoonlijke verzorging	325	340	355
Verpleging	40	35	60
Persoonlijke verzorging + Verpleging	55	70	100
Behandeling (eventueel met persoonlijke verzorging en/of verpleging)	20	15	30
Begeleiding individueel	140	165	180
Begeleiding individueel (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	60	65	70
Begeleiding groep	25	35	40
Begeleiding groep (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	40	55	55
Begeleiding individueel en Begeleiding groep	25	25	30
Begeleiding individueel en groep (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	30	25	30
Kortdurend verblijf (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding individueel en/of begeleiding groep)	45	45	30
Totaal	805	875	980

Hardinxveld-Giessendam			
Functiecategorie	2010	2011	2013
Persoonlijke verzorging	165	195	210
Verpleging	20	25	30
Persoonlijke verzorging + Verpleging	40	35	60
Behandeling (eventueel met persoonlijke verzorging en/of verpleging)	15	15	5
Begeleiding individueel	55	55	55
Begeleiding individueel (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	25	20	20
Begeleiding groep	25	15	20
Begeleiding groep (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	35	40	30
Begeleiding individueel en Begeleiding groep	10	10	20
Begeleiding individueel en groep (In combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	10	10	10
Kortdurend verblijf (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding individueel en/of begeleiding groep)	35	30	20
Totaal	435	450	480

Leerdam			
Functiecategorie	2010	2011	2013
Persoonlijke verzorging	195	235	285
Verpleging	35	40	25
Persoonlijke verzorging + Verpleging	45	50	70
Behandeling (eventueel met persoonlijke verzorging en/of verpleging)	15	20	25
Begeleiding individueel	65	65	65
Begeleiding individueel (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	35	40	45
Begeleiding groep	25	20	25
Begeleiding groep (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	50	40	35
Begeleiding individueel en Begeleiding groep	15	15	15
Begeleiding individueel en groep (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	15	20	20
Kortdurend verblijf (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding individueel en/of begeleiding groep)	25	20	15
Totaal	520	565	625

Molenwaard			
Funcatiecategorie	2010	2011	2013
Persoonlijke verzorging	210	245	280
Verpleging	30	30	30
Persoonlijke verzorging + Verpleging	50	40	60
Behandeling (eventueel met persoonlijke verzorging en/of verpleging)	15	5	10
Begeleiding individueel	60	65	75
Begeleiding individueel (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	30	35	40
Begeleiding groep	35	30	30
Begeleiding groep (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	35	40	40
Begeleiding individueel en Begeleiding groep	15	15	20
Begeleiding individueel en groep (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	20	15	20
Kortdurend verblijf (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding individueel en/of begeleiding groep)	70	65	35
Totaal	570	585	640

Zederik			
Functiecategorie	2010	2011	2013
Persoonlijke verzorging	120	140	150
Verpleging	20	25	20
Persoonlijke verzorging + Verpleging	35	30	25
Behandeling (eventueel met persoonlijke verzorging en/of verpleging)	0	0	10
Begeleiding individueel	20	30	30
Begeleiding individueel (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	15	15	15
Begeleiding groep	15	15	15
Begeleiding groep (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	10	20	15
Begeleiding individueel en Begeleiding groep	10	10	10
Begeleiding individueel en groep (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling)	10	5	10
Kortdurend verblijf (in combinatie met persoonlijke verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding individueel en/of begeleiding groep)	20	20	15
Totaal	275	310	315

Tabel 7: Cliëntengroepen verdeeld in leeftijd en grondslag

Onderstaande tabel geeft de groepen cliënten weer gebaseerd op leeftijd en dominante grondslag. De indeling van leeftijden is aangehouden zoals CIZ deze hanteert. Wat betreft ZG en LG is er geen onderverdeling in leeftijd gemaakt. De gegevens betreffen de regio Alblasserwaard-Vijfheerenlanden. Een eventueel stijging- of dalingspercentage staat in de laatste kolom vermeld.

Regio AV				
Cliëntgroep	2010	2011	2013	% verschil
SOM 0-64 jaar	290	290	325	+12%
SOM 65-74 jaar	365	365	380	+4%
SOM 75 jaar en ouder	2115	2205	2210	+4%
PG 65 jaar en ouder	550	595	745	+35%
PSY 18 jaar en ouder	380	445	485	+28%
VG 0-17 jaar	360	355	340	-6%
VG 18 jaar en ouder	745	820	915	+23%
ZG	125	80	20	-84%
LG	190	240	365	+92%
Totaal	5120	5395	5785	+13%

Tabel 7a: Percentages cliëntengroepen ten opzichte van totaal

Onderstaande tabel geeft aan hoeveel procent van een specifieke cliëntengroep zich verhoudt tot het totaal aantal cliënten.

Regio AV						
Cliëntgroep	2010		2011		2013	
SOM 0-64 jaar	6%	290	5%	290	6%	325
SOM 65-74 jaar	7%	365	7%	365	6%	380
SOM 75 jaar en ouder	41%	2115	41%	2205	38%	2210
PG 65 jaar en ouder	11%	550	11%	595	13%	745
PSY 18 jaar en ouder	7%	380	8%	445	8%	485
VG 0-17 jaar	7%	360	6%	355	6%	340
VG 18 jaar en ouder	14%	745	15%	820	16%	915
ZG	2%	125	1%	80	0,3%	20
LG	4%	190	4%	240	6%	365
Totaal		5120		5395		5785

Tabel 7b: Cliëntengroepen in verhouding tot inwoneraantal

Onderstaande tabel geeft de verhouding weer tussen het aantal inwoners dat valt binnen een specifieke cliëntengroep en het totaal inwoners van de betreffende gemeente. De aantallen zijn direct in percentages weergegeven.

Gemeente 2013						
Cliëntgroep	Giessenlanden	Gorinchem	Hardinxveld-Giessendam	Leerdam	Molenwaard	Zederik
SOM 0-64 jaar	0,3%	0,3%	0,2	0,3%	0,2%	0,2%
SOM 65-74 jaar	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%
SOM 75 jaar en ouder	1,3%	1,7%	2%	2,1%	1,4%	1,5%
PG 65 jaar en ouder	0,4%	0,7%	0,6%	0,7%	0,4%	0,5%
PSY 18 jaar en ouder	0,1%	0,6%	0,3%	0,4%	0,2%	0,2%
VG 0-17 jaar	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,2%
VG 18 jaar en ouder	0,4%	1,1%	0,5%	1%	0,3%	0,4%
ZG	-	0,02%	-	-	0,03%	-
LG	0,3%	0,4%	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%

Tabel 8: Cliëntengroepen verdeeld in leeftijd en grondslag

Onderstaande tabellen geven de groepen cliënten weer gebaseerd op leeftijd en dominante grondslag. De indeling van leeftijden is aangehouden zoals CIZ deze hanteert. De gegevens zijn in onderstaande tabellen uitgesplitst naar gemeente.

Giessenlanden			
Cliëntgroep	2010	2011	2013
SOM 0-64 jaar	30	30	40
SOM 65-74 jaar	50	40	45
SOM 75 jaar en ouder	175	185	195
PG 65 jaar en ouder	35	45	60
PSY 18 jaar en ouder	20	15	20
VG 0-17 jaar	40	40	35
VG 18 jaar en ouder	45	55	60
ZG	5	5	-
LG	25	30	40
Totaal	420	440	500

Gorinchem			
Cliëntgroep	2010	2011	2013
SOM 0-64 jaar	95	80	105
SOM 65-74 jaar	100	100	115
SOM 75 jaar en ouder	595	615	590
PG 65 jaar en ouder	165	170	235
PSY 18 jaar en ouder	180	210	230
VG 0-17 jaar	85	95	90
VG 18 jaar en ouder	345	380	395
ZG	30	20	10
LG	60	80	140
Totaal	1645	1750	1910

Hardinxveld-Giessendam			
Clïentgroep	2010	2011	2013
SOM 0-64 jaar	25	20	30
SOM 65-74 jaar	55	50	55
SOM 75 jaar en ouder	330	355	370
PG 65 jaar en ouder	85	100	105
PSY 18 jaar en ouder	50	55	50
VG 0-17 jaar	55	55	40
VG 18 jaar en ouder	60	65	85
ZG	20	10	-
LG	25	30	30
Totaal	705	735	775

Leerdam			
Clïentgroep	2010	2011	2013
SOM 0-64 jaar	55	65	60
SOM 65-74 jaar	60	70	70
SOM 75 jaar en ouder	425	445	445
PG 65 jaar en ouder	115	120	150
PSY 18 jaar en ouder	55	65	80
VG 0-17 jaar	65	70	60
VG 18 jaar en ouder	190	200	225
ZG	30	20	-
LG	25	35	60
Totaal	1030	1090	1155

Molenwaard			
Clïentgroep	2010	2011	2013
SOM 0-64 jaar	55	60	60
SOM 65-74 jaar	65	65	65
SOM 75 jaar en ouder	360	380	405
PG 65 jaar en ouder	95	105	130
PSY 18 jaar en ouder	50	65	75
VG 0-17 jaar	90	95	85
VG 18 jaar en ouder	75	85	100
ZG	30	20	10
LG	35	45	55
Totaal	855	910	980

Zederik			
Clïentgroep	2010	2011	2013
SOM 0-64 jaar	30	35	30
SOM 65-74 jaar	35	40	30
SOM 75 jaar en ouder	230	225	205
PG 65 jaar en ouder	55	55	65
PSY 18 jaar en ouder	25	35	30
VG 0-17 jaar	25	30	30
VG 18 jaar en ouder	30	35	50
ZG	10	5	-
LG	20	20	40
Totaal	455	480	480

Tabel 9a: Gemiddelde uren (BGI, PV en VP) en dagdelen (BGG) naar functie- en cliëntgroep¹

De onderstaande tabel geeft aan hoeveel uur of hoeveel dagdelen er gemiddeld zijn toegekend aan de indicatie per cliëntgroep. Voor de functies Begeleiding Individueel, Persoonlijke Verzorging en Verpleging gaat het om uren. Voor Begeleiding in een Groep dagdelen. Onderstaande tabel is op regionaal niveau opgesteld. Het gemiddelde per gemeente is gedeeld door het aantal gemeenten waarbij de functie is ingevuld (waar dus een getal staat). Hiermee ontstaat een globaal beeld hoeveel uur/dagdelen er zijn toegekend.

Regio AV	2010				2011				2013			
	BGI	BGG	PV	VP	BGI	BGG	PV	VP	BGI	BGG	PV	VP
SOM 0-64 jaar	6,4	4,9	7,3	3,9	4,8	5,5	6,3	3,5	7,7	5,2	6,2	3,4
SOM 65-74 jaar	6,6	4,6	4,6	2,9	6,6	4,7	4,7	3,4	-	4,6	5,0	3,0
SOM 75 jaar en ouder	10,6	4,4	4,6	2,5	17,5	4,7	5,0	2,8	27,8	4,8	5,2	2,8
PG 65 jaar en ouder	3,7	5,7	6,5	-	3,5	5,9	6,5	-	3,8	5,6	6,6	-
PSY 18 jaar en ouder	2,9	4,3	3,3	-	2,8	4,2	3,7	-	2,6	4,7	4,4	-
VG 0-17 jaar	3,7	3,3	6,2	-	3,1	3,2	5,3	-	3,2	2,6	6,1	-
VG 18 jaar en ouder	3,9	6,6	5,4	-	3,9	7,2	7,0	-	3,6	7,3	5,8	-
ZG	2,9	4,8 ²	6,4	-	2,1	2,5	-	-	2,8 ²	3,2 ²	-	-
LG	4,1	4,8	10,6	5,8	3,3	5,2	10,0	5,9	3,4	5,1	10,0	4,3

¹ In het overzicht van CIZ is erbij vermeld hoeveel cliënten een indicatie hebben. In deze tabel is besloten dat weg te laten, om puur een beeld te schetsen om hoeveel uur het gaat, totaal aantal cliënten is apart weergegeven in tabel 9b. Deze tabel is een samenvoeging van 4 overzichten vanuit de CIZ rapportage. De totalen zijn weggelaten omdat deze verwarring kan veroorzaken (gezien de tellingen van CIZ). De functie Kortdurend Verblijf is ook weggelaten omdat dit slechts weinig voorkomt.

² Slechts bij 1 gemeente is een indicatie op deze grondslag afgegeven.

Tabel 9b: totaal aantal cliënten met indicatie voor betreffende functiegroep

Tabel 9b betreft totaal aantal cliënten met een indicatie voor de betreffende functiegroep. De totalen van de gemeenten zijn bij elkaar opgeteld om een beeld te schetsen over de gehele regio.

Regio AV	2010				2011				2013			
Cliënten	BGI	BGG	PV	VP	BGI	BGG	PV	VP	BGI	BGG	PV	VP
SOM 0-64 jaar	50	35	160	90	35	35	160	105	40	25	180	120
SOM 65-74 jaar	10	20	230	90	10	20	240	85	-	15	275	110
SOM 75 jaar en ouder	60	120	1180	300	50	115	1270	295	40	85	1405	350
PG 65 jaar en ouder	30	70	80	-	25	75	90	-	15	95	125	-
PSY 18 jaar en ouder	190	55	30	-	250	65	45	-	270	85	65	-
VG 0-17 jaar	185	185	80	-	155	190	95	-	155	165	100	-
VG 18 jaar en ouder	240	95	45	-	255	90	50	-	290	105	45	-
ZG	15	5 ²	15	-	10	10	-	-	5 ²	5 ²	-	-
LG	85	50	90	20	75	65	110	25	85	60	170	45

Tabel 10: Gemiddelde uren (BGI, PV en VP) en dagdelen (BGG) naar functie- en cliëntgroep³

De onderstaande tabellen geven aan hoeveel uur of hoeveel dagdelen er gemiddeld zijn toegekend aan de indicatie per cliëntgroep. De functies Begeleiding Individueel, Persoonlijke Verzorging en Verpleging betreft uren. De functie Begeleiding in een Groep betreft dagdelen. Onderstaande tabellen zijn uitgesplitst op gemeenteniveau.

Giessenlanden	2010				2011				2013			
	BGI	BGG	PV	VP	BGI	BGG	PV	VP	BGI	BGG	PV	VP
SOM 0-64 jaar	3,5	-	4,8	6,2	3,3	6,2	4,2	3,6	3,7	6,2	5,8	3,1
SOM 65-74 jaar	-	-	3,7	3,5	-	-	3,3	3,9	-	-	4,4	2,3
SOM 75 jaar en ouder	21,0	4,5	4,0	2,4	-	5,0	4,4	2,6	49,0	5,1	5,3	3,2
PG 65 jaar en ouder	-	-	-	-	-	6,0	-	-	-	5,4	5,9	-
PSY 18 jaar en ouder	2,7	4,9	-	-	-	-	-	-	2,6	5,9	-	-
VG 0-17 jaar	3,7	3,3	3,5	-	2,9	3,9	7,9	-	2,6	2,9	6,6	-
VG 18 jaar en ouder	4,7	3,8	-	-	3,7	6,4	-	-	3,7	7,2	5,0	-
ZG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LG	3,7	3,9	7,4	7,5	2,7	4,4	11,8	6,6	3,4	4,5	8,3	5,8

Gorinchem	2010				2011				2013			
	BGI	BGG	PV	VP	BGI	BGG	PV	VP	BGI	BGG	PV	VP
SOM 0-64 jaar	9,4	5,0	7,0	4,0	9,3	6,0	7,1	4,0	9,3	5,8	6,5	3,4
SOM 65-74 jaar	12,2	4,0	4,8	3,0	2,2	4,5	5,2	3,4	-	4,4	4,6	2,9
SOM 75 jaar en ouder	10,4	5,0	4,7	2,5	21,2	5,3	4,8	2,9	31,5	5,4	4,9	2,8
PG 65 jaar en ouder	3,4	5,5	5,2	-	3,3	6,0	6,6	-	3,8	5,4	6,3	-
PSY 18 jaar en ouder	3,0	5,4	3,7	-	2,7	4,8	3,3	-	2,6	4,8	3,8	-
VG 0-17 jaar	3,4	2,8	4,4	-	3,1	2,5	3,7	-	3,6	2,3	4,6	-
VG 18 jaar en ouder	3,9	6,4	4,4	-	3,7	5,7	5,6	-	3,3	6,1	5,5	-
ZG	2,7	-	-	-	1,4	1,8	-	-	-	-	-	-
LG	3,3	3,7	10,0	4,2	3,9	3,7	8,9	4,4	3,5	4,2	9,5	4,2

³ In het overzicht van CIZ is erbij vermeld hoeveel cliënten een indicatie hebben. In deze tabel is besloten dat weg te laten, om puur een beeld te schetsen om hoeveel uur het gaat. Deze tabel is een samenvoeging van 4 overzichten vanuit de CIZ rapportage. De totalen zijn weggelaten omdat dit verwarring kan veroorzaken (gezien de tellingen van CIZ). De functie Kortdurend Verblijf is ook weggelaten aangezien dit slechts weinig voorkomt.

Hardinveld- Giessendam	2010				2011				2013			
	BGI	BGG	PV	VP	BGI	BGG	PV	VP	BGI	BGG	PV	VP
SOM 0-64 jaar	-	-	10,4	2,9	-	-	7,6	2,8	-	-	5,7	3,1
SOM 65-74 jaar	-	-	5,9	3,3	-	-	6,3	2,5	-	-	5,4	2,6
SOM 75 jaar en ouder	3,4	4,5	4,7	2,5	24,1	4,9	5,4	3,0	29,8	4,6	5,2	2,7
PG 65 jaar en ouder	-	5,9	5,9	-	3,7	5,4	7,0	-	3,8	6,1	8,1	-
PSY 18 jaar en ouder	2,8	3,5	-	-	2,6	3,8	3,7	-	2,7	3,8	2,1	-
VG 0-17 jaar	3,9	3,8	6,1	-	4,0	2,6	5,7	-	3,9	2,3	8,1	-
VG 18 jaar en ouder	4,2	7,5	3,5	-	3,7	8,1	3,8	-	3,4	7,7	4,1	-
ZG	-	-	5,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LG	4,0	5,5	10,3	-	3,8	5,3	8,9	-	3,3	-	12,5	-

Leerdam	2010				2011				2013			
	BGI	BGG	PV	VP	BGI	BGG	PV	VP	BGI	BGG	PV	VP
SOM 0-64 jaar	-	5,3	4,5	2,3	-	4,5	4,4	3,1	3,0	-	4,6	3,0
SOM 65-74 jaar	1,0	5,1	4,3	3,1	11,0	-	5,1	4,5	-	5,4	5,8	2,9
SOM 75 jaar en ouder	10,2	4,5	5,5	2,6	12,2	4,3	5,5	2,7	14,8	4,7	5,6	2,6
PG 65 jaar en ouder	3,6	5,7	6,8	-	3,6	6,3	7,8	-	-	6,4	7,8	-
PSY 18 jaar en ouder	3,2	4,7	2,9	-	2,6	4,3	3,4	-	2,5	5,2	4,5	-
VG 0-17 jaar	4,2	3,6	4,9	-	2,9	3,5	5,1	-	3,0	2,4	6,5	-
VG 18 jaar en ouder	3,5	7,6	7,0	-	3,7	7,3	5,8	-	3,4	7,7	8,1	-
ZG	3,2	-	8,4	-	2,8	-	-	-	-	-	-	-
LG	3,3	-	9,9	-	2,7	6,7	9,1	-	2,3	4,7	8,6	0,9

Molenwaard	2010				2011				2013			
	BGI	BGG	PV	VP	BGI	BGG	PV	VP	BGI	BGG	PV	VP
SOM 0-64 jaar	4,3	5,3	7,4	3,7	4,0	5,7	7,2	3,8	19,4	4,5	8,3	4,2
SOM 65-74 jaar	-	4,7	4,3	2,2	-	4,8	3,8	2,8	-	4,0	5,6	4,2
SOM 75 jaar en ouder	9,9	4,0	4,3	2,5	16,0	4,1	4,5	3,3	25,7	4,1	4,8	2,5
PG 65 jaar en ouder	3,5	5,5	5,9	-	-	6,3	5,9	-	-	5,1	6,0	-
PSY 18 jaar en ouder	2,9	3,0	-	-	2,9	3,9	4,5	-	2,8	4,5	5,4	-
VG 0-17 jaar	3,9	3,2	5,4	-	3,2	3,7	5,3	-	3,5	2,8	6,4	-
VG 18 jaar en ouder	3,1	6,5	5,3	-	3,5	7,0	5,6	-	3,4	6,9	6,4	-
ZG	-	4,8	5,4	-	-	3,3	-	-	2,8	3,2	-	-
LG	4,2	5,6	13,6	5,6	3,6	5,8	12,4	6,6	3,7	5,9	13,3	6,3

Zederik	2010				2011				2013			
	BGI	BGG	PV	VP	BGI	BGG	PV	VP	BGI	BGG	PV	VP
SOM 0-64 jaar	8,3	4,0	9,6	4,2	2,7	5,0	7,2	3,7	3,1	4,3	6,3	3,8
SOM 65-74 jaar	-	-	4,4	2,3	-	-	4,7	3,3	-	-	4,0	2,9
SOM 75 jaar en ouder	8,6	3,8	4,7	2,3	14,2	4,7	5,3	2,3	16,2	5,2	5,3	2,8
PG 65 jaar en ouder	4,5	5,7	8,9	-	-	5,7	5,3	-	-	5,5	5,4	-
PSY 18 jaar en ouder	3,1	4,6	-	-	3,0	4,2	-	-	2,3	4,3	6,0	-
VG 0-17 jaar	3,4	3,1	12,8	-	2,8	2,9	4,1	-	2,8	2,7	4,7	-
VG 18 jaar en ouder	3,9	8,0	6,6	-	5,2	9,0	14,0	-	4,6	8,1	-	-
ZG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LG	6,0	5,3	12,7	-	-	5,5	9,2	-	4,1	6,3	7,6	-

Algemene bevindingen

In dit onderdeel van de rapportage bespreken we enkele algemene bevindingen. Als eerste komen we terug op de specifieke vragen die aan JSO zijn gesteld in de bespreking van de conceptrapportage. Vervolgens beschrijven we enkele conclusies aan de hand van opvallendheden uit de diverse gegevens die zijn weergegeven. En als laatste geven we aan in welke voorlopige richting we denken dat de ontwikkelingen gaan lopen op basis van de historische gegevens.

Specifieke vragen aan JSO

Tijdens de bespreking van de eerste conceptrapportage (10 oktober 2013) zijn enkele specifieke vragen gesteld aan JSO met het verzoek hier een antwoord op te formuleren.

- *Welke verklaringen zijn er volgens het CIZ voor afname van functiecategorieën Zintuiglijke Handicap en Kortdurend Verblijf? En voor de enorme stijging voor functiecategorie Lichamelijke Handicap?*

Het CIZ heeft hier de volgende uitleg voor gegeven:

- Het is niet meer noodzakelijk om via het CIZ een indicatie met grondslag Zintuiglijke Handicap te krijgen. De zorg gaat nu direct via het zorgkantoor. De afname van deze grondslag is dus te verklaren door het ontbreken van de noodzaak.
- De stijging van de grondslag Lichamelijke Handicap is volgens het CIZ niet heel scherp te verklaren. Er zijn volgens het CIZ drie mogelijke verklaring, maar deze dienen ook met de nodige voorzichtigheid bekeken te worden. Als eerste is het onderscheid tussen Somatische grondslag en Lichamelijk Handicap minder scherp, hierdoor kan het besluit voor een indicatie verschuiven. Verder zou het zo kunnen zijn dat er een nieuwe voorziening is geopend of dat er sprake is van vergrijzing binnen de regio, waardoor een stijging ontstaat. Verder onderzoek zou duidelijk moeten maken welke verklaring de meeste logische is.
- Per 1 januari 2011 zijn de beleidsregels voor Kortdurend Verblijf verscherpt. Was deze vroeger nog bedoeld om mantelzorgers te ontlasten, nu zijn er hogere toegangseisen voor deze indicatie. De drempel is opgehoogd en daarom wordt deze indicatie minder vaak afgegeven.

Een andere specifieke vraag betreft de functiecategorieën hulp in de huishouding, persoonlijke begeleiding en persoonlijke verzorging.

- *JSO heeft bij Rivas nagevraagd of zij kunnen aangeven welke dominante doelgroep zij hebben. En om cijfers aan te leveren over de volgende combinaties:*
 - o *Hulp in de huishouding & Persoonlijke Begeleiding*
 - o *Hulp in de huishouding, Persoonlijke Begeleiding & Persoonlijke Verzorging*
 - o *Hulp in de huishouding & Persoonlijke Verzorging*

In het overleg met Rivas is naar voren gekomen dat de combinatie Persoonlijke Begeleiding (Thuisbegeleiding) en Hulp in de Huishouding (huishoudelijke hulp) zelden voorkomt. Dit omdat Thuisbegeleiding er op gericht is om mensen aan te leren zelfstandig het huishouden te draaien. Als vervolgens een inschatting wordt gemaakt dat de mensen dit alsnog niet aan kunnen, dan wordt aansluitend aan Thuisbegeleiding nog Huishoudelijke Hulp ingezet. In bijzondere gevallen komt de combinatie wel voor, bijvoorbeeld bij ernstige vervuiling of als er sprake is van verstandelijke beperking. De combinatie Huishoudelijke Hulp en Persoonlijke Verzorging komt wel voor. Voor Rivas zijn de cijfers niet op een eenvoudige wijze te achterhalen. Indien cijfermateriaal toch wenselijk is, zal aanvullend onderzoek gedaan moeten worden. Over de dominante grondslag voor indicaties zijn geen eenduidige uitspraken te doen. Alle mogelijke grondslagen komen voor, dit vertoont geen opvallende verschillen met bovenstaande cijfers over toegekende indicaties.

Conclusies en opvallendheden

Als eerste moeten we formuleren dat bovenstaande cijfers geen basis vormen voor het formuleren van specifieke profielen. In overleg is dit concept ook verder losgelaten. Wel bieden de cijfers voldoende materiaal om enkele zaken naar voren te brengen.

1. Voor de hele regio Alblasserwaard-Vijfheerenlanden is er sprake van een stijging van het aantal afgegeven indicaties tussen 2010 en 2013. Regionaal is er sprake van 14% stijging. De hoogste stijging heeft plaatsgevonden in Giessenlanden (19%). Gekeken naar het landelijk aantal afgegeven indicaties, dan neemt beslaat regio AV 0,7% van het totaal.
2. Gekeken naar het aantal inwoners in de regio AV dan heeft 4,4% van het totaal aantal inwoners een indicatie op 1 januari 2013. Gemeente Leerdam heeft de grootste groep met een geldige indicatie, namelijk 5,5%. En de gemeente Molenwaard heeft de kleinste groep, namelijk 3,3%.
3. Voor de hele regio is er sprake van een grote stijging (92%) van indicaties die zijn afgegeven op de grondslag Lichamelijke Handicap, daarnaast is er een grote afname (84%) van indicaties op grondslag Zintuigelijke Handicap. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn eerder beschreven.
4. Er is procentueel gekeken hoe het totaal aantal indicaties verspreid is over de verschillende grondslagen. De meeste indicaties betreffen Somatische Aandoening en/of Beperking, namelijk 50%. Gevolgd door Verstandelijke Handicap met 22%. Van alle indicaties wordt bijna driekwart dus afgegeven op Somatische Aandoening en Verstandelijke Handicap.
5. Er is een stijging van 18% in de voorkeursleveringvorm extramurale zorg voor Zorg In Natura. Een stijging van 16% in Persoonsgebonden Budget en een daling van 5% voor de combinatie. Kanttekening daarbij is dat in 2011 er een grotere stijging zichtbaar was in de combinatie, deze trend heeft zich dus (nog) niet doorgezet.
6. Op regionaal niveau zijn er vier functiecategorieën die een duidelijke stijging laten zien. De grootste stijging heeft plaatsgevonden bij Persoonlijke Verzorging in combinatie met Verpleging, namelijk 38%. Gevolgd door Behandeling (eventueel met persoonlijke verzorging en/of verpleging) met een stijging van 30%. De functies Persoonlijke Verzorging en Begeleiding Individueel in combinatie met Begeleiding in een Groep zijn (ruim) een kwart gestegen. Ook hier is gekeken om hoeveel procent van het totaal aantal afgegeven indicaties het gaat, de uitschieter hierbij is Persoonlijke Verzorging wat 43% van het totaal aantal indicaties betreft.
7. Er is sprake van een regionale stijging (tussen 2010 en 2013) op bijna alle cliëntengroepen. De grootste stijging vindt plaats bij Lichamelijk Gehandicapt, te weten 92%. De groepen Psychogeriatric en Verstandelijk Gehandicapt (18+) zijn gestegen met respectievelijk 35% en 23%. Er zijn twee cliëntengroepen waar een daling zichtbaar is. Dit zijn Zintuiglijke Handicap met een afname van 84% en Verstandelijk Gehandicapt (0-17 jaar) met 6%. De verklaring voor de grote afname bij Zintuiglijke Handicap is eerder gegeven. Een mogelijke verklaring voor de afname bij VG 0-17 jaar is dat cliënten 18 jaar geworden zijn (en dus een cliëntengroep opschuiven) en er dus geen nieuwe cliënten met een VG Indicatie 0-17 jaar zijn bijgekomen.
8. De grootste cliëntengroep ten opzichte van het totaal is Somatisch 75 jaar en ouder. Kanttekening hierbij is dat dit percentage lager ligt dan in de jaren daarvoor, toen was deze groep 41% van het totaal. De meeste cliëntengroepen zijn in de loop der jaren gelijk gebleven, met uitzondering van de groep VG 18 jaar en ouder. Die staat nu op 16% en in 2010 op 14%. Ook de groep Psychogeriatric stijgt van 11% naar 13%.

9. Als we kijken naar het inwoneraantal per gemeente en de diverse cliëntengroepen, dan springt in alle gemeenten de groep Somatisch 75 jaar en ouder eruit. De gemeente Hardinxveld-Giessendam het meest met 2% en in gemeente Giessenlanden het minst met 1,3%.
10. Er is gekeken naar het gemiddeld aantal uren of dagdelen die zijn toegekend voor de verschillende cliëntengroepen. In het grote geheel is er sprake van een afname van het gemiddeld aantal toegekende uren of dagdelen of deze zijn gelijk gebleven. Er zijn twee uitzonderingen. Als eerste de groep Somatisch 75 jaar en ouder die gemiddeld in 2013 een indicatie hebben gekregen voor 27,8 uur per week Begeleiding Individueel. In 2010 was dit nog 10,6 uur per week. En als tweede de groep Somatisch 0-64 jaar die in 2013 gemiddeld 7,7 uur Begeleiding Individueel ontvingen, wat in 2010 nog 6,4 uur was.
11. De meeste indicaties zijn binnen de regio AV afgegeven voor Persoonlijke Verzorging bij de doelgroep Somatisch 75 jaar en ouder. Ook hier is sprake van een stijging ten opzichte van 2010, toen zijn er 1180 indicaties afgegeven.

Voorlopige richting voor de toekomst

Op basis van de cijfers en opvallendheden zijn er enkele voorlopige richtingen voor de toekomst te formuleren. We willen benadrukken dat dit geen harde voorspellingen zijn en de werkelijkheid anders kan uitpakken. We geven hiermee aan welke zaken mogelijk kunnen gebeuren als bepaalde stijgingen en afnamen doorzetten.

- Over het geheel genomen stijgen het aantal afgegeven indicaties. Dat betekent dat er meer mensen aanspraak maken op zorg. De verwachting is dat de stijging door zet.
- De regio Alblasterwaard-Vijfheerlanden kan rekening houden met het feit dat ongeveer 5% van de inwoners een indicatie nodig heeft voor zorg.
- De meeste indicaties worden afgegeven op Somatische Aandoening en/of Beperking en Verstandelijke Handicap, die bestrijken driekwart samen van het totaal. Er is geen verwachting dat dit zal afnemen in de toekomst.
- Gezien de verandering van beleidsregels zal de afname van enkele functiecategorieën doorzetten (omdat indicatie niet meer nodig is). En een verplaatsing van bijvoorbeeld Somatisch en Lichamelijke Handicap kan wederom plaatsvinden.
- De grootste groep binnen de regio AV is 75 jaar of ouder en Psychogeriatric. De stijgingen van de jaren geven de indruk dat deze stijging zich verder voort zal zetten. De functies Persoonlijke Verzorging en Verpleging zullen vaker gevraagd worden.
- Als de lijn zich doorzet is er een stijging te verwachten van Verstandelijk Gehandicapten van 18 jaar en ouder en een afname van Verstandelijk Gehandicapten onder de 18 jaar. De jongere groep schuift dus door naar de oudere groep.
- De gemiddeld aantal toegekende uren voor Begeleiding Individueel bij de groep 75 jaar en ouder zal waarschijnlijk stijgen, er wordt door deze groep om meer zorg per week gevraagd.

