

# Nota 'Overheveling begeleiding van de AWBZ naar de WMO, fase 1'

## Inleiding

### **De functie begeleiding**

De extramuraal begeleiding is één van de (zes) zorgfuncties binnen de AWBZ. De functie begeleiding bestaat uit twee vormen:

- Begeleiding Individueel (BGI)
- Begeleiding Groep (BGG).

Onder beide functies gaat een veelvoud aan activiteiten en zorgaanbieders schuil. BGI wordt ingezet voor onder andere woonbegeleiding of thuisbegeleiding. Onder BGG valt onder meer dagbesteding en dagopvang.

De overheveling van de functie begeleiding naar gemeenten is een belangrijke maatregel om de kostenstijgingen in de AWBZ te beperken. Voor de financiering van de begeleiding en de uitvoeringskosten van de begeleiding zouden de gemeenten naar verwachting een bedrag ontvangen gebaseerd op de huidige kosten in de AWBZ (ca. 2,7 á 3 mld) verminderd met een decentralisatiekorting van 5%.

Centraal begrip bij de overheveling is het compensatiebeginsel, dat wil zeggen: mensen hebben geen recht op voorzieningen, in gesprek met de cliënt is het wenselijk om te komen tot oplossingen die garant staan voor (meer) duurzame participatie. De 'eigen kracht' en het sociaal netwerk dragen bij aan deze participatie.

### **Regionale samenwerking**

Met de komst van de WMO in 2007 hebben de gemeenten in de regio Alkmaar de samenwerking op sociaal terrein geïntensiveerd. Dit is zichtbaar bij de inkoop/aanbesteding Hulp bij het huishouden, regiotaxi en hulpmiddelen.

Met de overheveling van de begeleiding wordt deze samenwerking uitgebreid. De regionale aanpak biedt voordelen: met een gezamenlijke afspraak over de inkoop van voorzieningen kan efficiencywinst gehaald worden en door gezamenlijke afstemming van regelgeving, procedures en administratieve vereisten ontstaat uniformiteit en daarmee verlichting van de overhead van aanbieders.

### **Gefaseerde aanpak**

Om de overheveling te realiseren kunnen we vier fasen onderscheiden:

- |         |   |
|---------|---|
| Fase 1: | Verkenningfase: inventarisatie en analyse van doelgroepen en huidig aanbod én formulering algemene visie en uitgangspunten overheveling ( 1 februari 2012 – 1 juli 2012). |
| Fase 2: | Verdiepingsfase: uitwerking visie en uitgangspunten (augustus 2012 – januari 2013)  |
| Fase 3: | Vorbereidingsfase: voorbereiding inkoop en organisatie Toegang tot begeleiding (planning: nader te bepalen)   |
| Fase 4: | Realisatiefase: inkoop/contractering, inrichting/versterking WMO-loket, overdracht cliënten (planning: nader te bepalen).   |

De nota belicht fase 1 van de overheveling: inventarisatie en analyse van doelgroepen en huidig aanbod én formulering algemene visie en uitgangspunten.

### **Participatie**

De resultaten van gespreksessies met cliëntgroepen (Verstandelijk en lichamelijk gehandicapten) en zorgaanbieders zijn meegenomen in deze nota. Vanuit de projectgroep is niet met alle doelgroepen gesproken. Omdat we in Langedijk burgerparticipatie en de belangen van cliënten belangrijk vinden, is nog een aantal werkbezoeken georganiseerd om te spreken met gezinnen, GGZ cliënten en ouderen (Actiezorg, Dagactiviteitencentrum GGZ en de dagverzorging op de Westervenne). Daarvan zijn de korte verslagen bijgevoegd. Deze werkbezoeken gaven een beeld van de cliënten en de soort begeleiding die zij krijgen. Daarnaast en vooral is met de cliënten gesproken over wat voor hun belangrijk is en mogelijke (knel)punten in de overheveling van de begeleiding.

In fase 2 wordt de participatie verdiept. Opnieuw zal met cliëntgroepen gesproken worden, tevens worden gemeenteraden en WMO-raden in de gelegenheid gesteld om te adviseren en (concept)kaders te stellen.

### **Relatie met Jeugdzorg en Wet Werken naar vermogen**

De overheveling begeleiding heeft raakvlakken met de transitie Jeugdzorg omdat de doelgroep jeugd met verstandelijke beperkingen en 'geestelijke problematiek' gebruik maakt van begeleiding. Daarnaast is er een raakvlak tussen de arbeidsmatige dagbesteding en de sociale werkvoorziening. Omdat de Wet Werken naar Vermogen, evenals de transitie AWBZ controversieel is verklaard, zullen we dit raakvlak (nog) niet belichten.

### **Financiën**

De rijksmiddelen beschikbaar voor de gemeentelijke voorbereiding, de implementatiebudgetten, blijven voor 2012 en 2013 beschikbaar. Wanneer een nieuw kabinet echter afziet van de decentralisatie van begeleiding zullen de middelen voor 2013 worden teruggeboekt. Gemeenten in de regio kiezen er voor om de implementatiebudgetten niet samen te voegen. De besteding van deze middelen is een lokale aangelegenheid. Voor Langedijk zijn de volgende middelen beschikbaar: 2012: € 87.000,- en voor 2013 € 58.000,-. Het is wenselijk om het (nog) beschikbare budget 2012, toe te voegen aan het budget 2013.

De kans dat een volgend kabinet geheel van de decentralisatie zal afzien, acht de VNG klein. In het debat van 28 juni heeft de Tweede Kamer uitgesproken dat zij het belangrijk vindt dat het Transitiebureau ook de komende periode de partijen blijft ondersteunen bij de voorbereidingen en het versterken van de Wmo.

De Provincie Noord-Holland heeft in het kader van de regionale samenwerking een budget van € 225.000,- beschikbaar gesteld. Dit bedrag wordt in 2012 en 2013 ingezet voor ondermeer fact finding en ontwikkeling nieuwe (regionale) arrangementen.

### **Opzet van de nota**

In deze notitie wordt het resultaat van fase 1 gepresenteerd. De notitie kent de volgende opzet:

1. Wat houdt de functie Begeleiding in?
2. Huidige cliëntengroepen en het aanbod in de regio.
3. Resultaat gespreksessies cliëntgroepen en zorgaanbieders.
4. Algemene visie en uitgangspunten overheveling begeleiding.
5. Acties fase 2 samengevat.

### **Bijlagen**

- Bijlage 1: Impactmonitor, bureau HHM, april 2012  
Bijlage 2: Gesprekken met cliëntgroepen, Stichting MEE, mei 2012  
Bijlage 3: Samenvatting gesprekken met aanbieders, Bureau HHM, mei 2012  
Bijlage 4: 3 gespreksverslagen werkbezoeken cliënten uit Langedijk

## 1. Wat houdt de functie Begeleiding in?

De cliëntgroepen die gebruik maken van de functie begeleiding hebben matige of zware beperkingen op het terrein van sociale redzaamheid, bewegen en verplaatsen, psychisch functioneren, geheugen en oriëntatie.

Het doel van de functie, zoals omschreven in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ, is bevordering, behoud of compensatie van zelfredzaamheid zodat opname in een instelling of verwaarlozing wordt voorkomen. Met de nodige begeleiding kunnen mensen met een beperking beter functioneren op allerlei levensgebieden: zelfzorg, wonen, werken, financiën, vrije tijd, sociaal netwerk en contacten met instanties.

De functie begeleiding kan ook worden ingezet om mantelzorgers te ontlasten.

De functie begeleiding wordt in de AWBZ zowel individueel als groepsgericht aangeboden.

Voorbeelden van AWBZ begeleiding zijn:

- woonbegeleiding , thuisbegeleiding, activerende psychiatrische thuiszorg
- praktische pedagogische thuishulp en gezinsondersteuning
- dagopvang / dagbesteding voor kinderen, volwassenen, dementerenden, mensen met psychiatrische problematiek
- gespecialiseerde buitenschoolse opvang, logeerhuizen
- begeleiding bij rehabilitatietrajecten verslaafden
- ontmoetingsgroepen, inloopvoorzieningen

De ondersteuning van mensen is vaak gericht op het versterken van de (dag)structuur en het dagritme, maar omvat ook praktische hulp bij – en overname van – taken op het gebied van dagelijks leven, huishouden en administratie. Soms is er sprake van kortdurende, intensieve individuele begeleiding. Dit is bijvoorbeeld het geval in de beginfase van een begeleidingstraject, bij crisissituaties en 'life events', of als zich een traumatische gebeurtenis heeft voorgedaan.

Dagbesteding dient twee doelen. In de eerste plaats biedt dagbesteding mensen structuur in dag en week en biedt het sociale contacten en bezigheden. Voor mensen onder de 65 jaar is het bovendien de bedoeling dat het hen in een situatie brengt die te vergelijken is met de werkomgeving van mensen zonder een beperking (arbeidsmatige dagbesteding).

In relatie tot de functie begeleiding gaat ook de functie Kortdurend Verblijf (KV) over van de AWBZ naar de WMO. Bij kortdurend verblijf logeert de cliënt maximaal 3 etmalen per week in een instelling, bijvoorbeeld een gehandicapteninstelling, verpleeghuis of verzorgingshuis. Men komt hiervoor alleen in aanmerking als men permanent toezicht nodig heeft. Het doel van kortdurend verblijf is om degene die de cliënt gewoonlijk thuis verzorgt, te ontlasten (respijtzorg).

Respijtzorg is zorg die nodig is bij overbelasting van mantelzorgers of om overbelasting bij mantelzorgers te voorkomen.

## 2. Huidige cliëntengroepen en het aanbod in de regio

### Cliëntengroepen

Een cliënt kan alleen aanspraak maken op AWBZ-begeleiding, als voor hem of haar een grondslag kan worden vastgesteld. Dit is een ziekte, aandoening of handicap waardoor de cliënt is aangewezen op zorg. Er wordt per persoon één dominante grondslag geïndiceerd. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) indiceert op basis van de volgende grondslagen:

#### 1. Somatische aandoening/ziekte (SOM)

Hierbij gaat het om de volgende doelgroepen:

- ouderen die door lichamelijke achteruitgang beperkt zijn in hun zelfredzaamheid
- kinderen en volwassenen met een (chronische) ziekte of specifieke lichamelijke beperkingen.

#### 2. Psychogeriatrische aandoening/ziekte (PG)

Het betreft hier over het algemeen de doelgroep ouderen boven de 65 jaar. Hierbij gaat het om (beginnende) dementie, Alzheimer, etc.

#### 3. Psychiatrische aandoening/ziekte (PSY)

Doelgroepen kunnen jeugdigen, volwassenen en ouderen zijn. Bij jongeren met psychiatrische problematiek gaat het dikwijls ook om een combinatie met opvoed- en opgroei problemen (multiprobleemgezinnen).

#### 4. Lichamelijke handicap (LG)

Doelgroep: mensen met ernstige fysieke/motorische beperkingen waardoor er (meervoudige) problemen ontstaan op diverse levensgebieden.

#### 5. Verstandelijke handicap (VG)

Hierbij gaat het om verstandelijk beperkte mensen met enkelvoudige problematiek en mensen met meervoudige problematiek (complexe beperking, ernstig probleemgedrag).

#### 6. Zintuiglijke handicap (ZG)

Doelgroepen: kinderen en volwassenen met een visueel-auditieve beperking .

Naast de vaststelling van de functie begeleiding (zo mogelijk in combinatie met Persoonlijke verzorging, Kortdurend Verblijf, etc.) wordt bij de indicatie de omvang van de zorg weergegeven in klassen. Bij individuele begeleiding gaat het om de volgende klassen: klasse 1: 0 – 1,9 uur, klasse 2: 2 - 3,9 uur enz. Als het om groepsbegeleiding gaat, wordt de omvang in dagdelen weergegeven: klasse 1: 1 dagdeel, klasse 2: 2 dagdelen enz.

De indicaties worden verstrekt door het CIZ en Bureau Jeugdzorg (BJZ). Het CIZ indiceert voor alle doelgroepen de nodige AWBZ zorg, behalve voor de doelgroep jongeren tot 18 jaar met verstandelijke beperkingen of met de dominante grondslag psychiatrie. Deze indicaties worden door BJZ afgegeven. Bij de indicatiestelling gaat het altijd om de beoordeling van de jeugdige en het gezinssysteem. Het gaat om het brede en het complexe terrein van opvoeden en opgroeien.

Vanuit de AWBZ konden mensen tot 1 januari 2012 kiezen voor een Persoonsgebonden budget (PGB) of Zorg in natura (ZIN). Vanaf die datum kunnen vanuit de AWBZ alleen mensen met een verblijfsindicatie nog aanspraak maken op een PGB, dus niet mensen met een indicatie begeleiding, verpleging of verzorging. Het gaat dan om een indicatie 'zorg met verblijf' voor mensen die zoveel zorg nodig hebben, dat verblijf in een verpleeghuis of verzorgingstehuis wordt aangeraden.

Inmiddels is, als gevolg van de val van het kabinet Rutte, de maatregel niet meer van kracht.

Gemeenten kunnen zelf bepalen of zij al dan niet het PGB handhaaft voor de AWBZ-begeleiding die overkomt. Een gemeente is niet verplicht om een PGB aan te bieden maar mag zelf kiezen voor welke voorzieningen en onder welke voorwaarden zij dit doet.

## 2.2 Gegevens impactmonitor regio Alkmaar

Met financiële steun van de Provincie Noord-Holland heeft het bureau HHM de impact van de overheveling voor de regio Alkmaar in beeld gebracht.

De gegevens in de bijlage 1 hebben betrekking op een peiling in april 2012. In de geselecteerde tabellen hieronder zijn de gegevens van april geactualiseerd en aangepast (mei 2012).

Het gaat in de regio Alkmaar met 254.337 inwoners om 3.280 cliënten met (in zorg gemelde) extramurale begeleiding, oftewel 1,29 cliënten per 100 inwoners. Achtereenvolgens worden hier de volgende tabellen gepresenteerd:

Tabel 1: Aantal cliënten met begeleiding per gemeente

Tabel 2: Aantal cliënten per gemeente, onderscheiden naar leveringsvorm PGB en ZIN

Tabel 3: Procentuele verdeling over de grondslagen

Tabel 4: Aantal cliënten met vervoer bij Begeleiding Groep

Tabel 5: Geschatte kosten per week en per jaar per gemeente

Tabel 6: Indicatie aantal cliënten (selecte)groep aanbieders

Tabel 7: Cliënten 0-17 jaar en aantal dat BGI, BGG en KVB heeft

Tabel 8: Verdeling naar grondslagen (verhoudingen per gemeente) cliënten 0-17 jaar

Gemeente	Aantal unieke Cliënten	Aantal indicaties BGI	Aantal indicaties BGG	Aantal indicaties KVB
Alkmaar	1.367	1.007	693	111
Bergen NH	280	194	144	25
Castricum	372	238	210	28
Graft-De Rijp	42	35	27	7
Heerhugowaard	649	482	363	87
Heiloo	218	162	123	20
Langedijk	288	223	163	45
Schermer	64	47	42	13
<b>Totaal</b>	<b>3.280</b>	<b>2.388</b>	<b>1.765</b>	<b>336</b>

Tabel 1. Aantallen cliënten met begeleiding per gemeente

Gemiddeld in de totale regio heeft 73% van de cliënten (2.388 van de 3.280) een indicatie voor de functie individuele begeleiding (BGI). 54% van de cliënten heeft een indicatie voor begeleiding groep.

Gemeente	aantal cliënten	PGB	ZIN
Alkmaar	1.367	26%	74%
Bergen Nh	280	42%	58%
Castricum	372	22%	78%
Graft-De Rijp	42	53%	48%
Heerhugowaard	649	32%	68%
Heiloo	218	30%	70%
Langedijk	288	36%	64%
Schermer	64	33%	67%
<b>Totaal</b>		<b>30%</b>	<b>70%</b>

Tabel 2. Aantallen cliënten naar leveringsvorm

Opvallend gegeven: in Alkmaar is het gebruik van het PGB ten opzichte van de andere regiogemeenten het laagst. In Graft-De Rijk en Bergen is dit relatief hoog.

Gemeente	Aantal cliënten	Totaal aantal cliënten							
		LG	PG	SOM	VG	ZG	Cliënten PSY		
							0-17jr BJJ	>17j	Totaal
Alkmaar	1.367	8%	5%	11%	27%	1%	11%	37%	48%
Bergen NH	280	9%	9%	27%	20%	1%	10%	24%	34%
Castricum	372	10%	9%	24%	15%	1%	9%	30%	39%
Graft-De Rijk	42	2%	5%	17%	26%	2%	21%	26%	48%
Heerhugowaard	649	8%	5%	10%	27%	2%	15%	32%	47%
Heiloo	218	5%	13%	18%	22%	1%	8%	33%	42%
Langedijk	288	11%	5%	15%	27%	0%	18%	23%	41%
Schermer	64	9%	5%	16%	30%	5%	17%	19%	36%
<b>Totaal</b>	<b>3.280</b>	<b>8%</b>	<b>6%</b>	<b>15%</b>	<b>25%</b>	<b>1%</b>	<b>12%</b>	<b>32%</b>	<b>44%</b>
<b>Landelijk gemiddeld (CIZ) incl. BJJ</b>		<b>8%</b>	<b>6%</b>	<b>15%</b>	<b>27%</b>	<b>2%</b>	<b>14%</b>	<b>29%</b>	<b>43%</b>

Tabel 3. Procentuele verdeling over de grondslagen

Enkele opvallende gegevens: gemiddeld aantal cliënten met grondslag Psy in de regio is 44%.

Daarnaast is ook het regionale gemiddelde 25% grondslag VG relatief hoog. De cijfers liggen over het algemeen wel rond het landelijk gemiddelde.

Gemeente	Aantal cliënten	Aantal cliënten met vervoer	PGB + Vervoer	ZIN + Vervoer	Totaal aantal Cliënten met BGG	PGB totaal	ZIN totaal	Aandeel vervoer PGB	Aandeel vervoer ZIN	Aandeel vervoer binnen BGG
Alkmaar	1.367	452	141	311	693	187	506	75%	61%	65%
Bergen NH	280	107	35	72	144	46	98	76%	73%	74%
Castricum	372	141	28	113	210	46	164	61%	69%	67%
Graft-De Rijk	42	23	16	7	27	18	9	89%	78%	85%
Heerhugowaard	649	269	90	179	363	117	246	77%	73%	74%
Heiloo	218	77	29	48	123	36	87	81%	55%	63%
Langedijk	288	127	46	81	163	61	102	75%	79%	78%
Schermer	64	36	16	20	42	19	23	84%	87%	86%
<b>Totaal</b>	<b>3.280</b>	<b>1.232</b>	<b>401</b>	<b>831</b>	<b>1.765</b>	<b>530</b>	<b>1.235</b>	<b>76%</b>	<b>67%</b>	<b>70%</b>

Tabel 4. Aandeel cliënten met vervoer bij begeleiding groep (BGG)

Vervoer is afhankelijk van de afstanden tussen woonplaats van de cliënt en de locatie van de levering van de begeleiding. Daarnaast ook van de individuele mogelijkheden van de cliënt en de omgeving van de cliënt (mantelzorg, regionaal vervoer, vrijwilligers, bestaande gemeentelijke regeling, samenwerking tussen voorzieningen).

Gemiddeld maakt 70% van de cliënten met BGG gebruik van vervoer. Voor PGB is dit hoger (76%) dan voor ZIN (67%).

Gemeente	Aantal Cliënten (VGZ en Achmea)	Totale kosten per week					Totale kosten per jaar €
		BGI €	BGG €	KVB €	Vervoer €	Totaal €	
Alkmaar	1.367	€ 122.160	€ 108.470	€ 8.430	€ 17.590	€ 256.650	€ 13.345.900
Bergen NH	280	€ 34.410	€ 21.570	€ 2.050	€ 3.990	€ 62.030	€ 3.225.500
Castricum*	372	€ 47.870	€ 34.730	€ 2.480	€ 6.610	€ 91.680	€ 4.767.500
Graft-De Rijp	42	€ 5.530	€ 3.880	€ 660	€ 610	€ 10.680	€ 555.400
Heerhugowaard	649	€ 60.620	€ 53.880	€ 6.080	€ 10.020	€ 130.600	€ 6.791.100
Heiloo	218	€ 24.770	€ 20.180	€ 1.420	€ 3.110	€ 49.480	€ 2.573.000
Langedijk	288	€ 35.350	€ 21.750	€ 3.000	€ 4.470	€ 64.570	€ 3.357.800
Schermer	64	€ 5.140	€ 6.150	€ 990	€ 1.180	€ 13.470	€ 700.500
<b>Totaal</b>	<b>3.280</b>	<b>€ 335.860</b>	<b>€ 270.620</b>	<b>€ 25.110</b>	<b>€ 47.580</b>	<b>€ 679.170</b>	<b>€ 35.316.600</b>

Tabel 5. Geschatte kosten per week en per jaar per gemeente

Uitgaande van bovenstaande tabel zijn de gemiddelde kosten per cliënt per jaar rond de € 10.770,-

Aanbieder	Aantal cliënten in de regio Alkmaar	Aandeel	Omvang in cliënten	Aandeel extramuraal
Evean thuiszorg NHN	854	28%	3.600	100%
GGZNHN	439	14%	16.510	97%
MagentaZorg	409	13%	2.471	31%
Esdege Reigersdaal	397	13%	2.400	41%
Stichting de Waerden	279	9%	920	43%
Actie Zorg	255	8%	1.855	100%
Zorgcirkel	173	6%	3.335	57%
Philadelphia Noord West	94	3%	651	50%
Triversum	62	2%	4.526	95%
Stichting Landzijde	57	2%	900	55%
GGMD	26	1%	1.500	100%
Leekerweide	21	1%	870	46%
Heerenloo NHN	17	1%	1.060	28%
Lijn 5	2	0%	1.281	60%
Koninklijke Kentalis	geen opgave		6.800	94%
<b>Totaal</b>	<b>3085</b>	<b>100%</b>	<b>48.679</b>	<b>82%</b>

Tabel 6. Indicatie aantal cliënten (selecte)groep aanbieders

## Jeugd 0 – 17 jaar

Onderstaand is een nadere uitsplitsing weergegeven van alle cliënten in de leeftijdscategorie 0 tot en met 17 jaar.

Gemeente	Aantal inwoners gemeente	Aantal unieke cliënten 0-17 jaar	aantal per 1.000 inwoners	BGI	BGG	KVB	% combinatie
Alkmaar	94.222	286	3,04	212	208		47%
Bergen NH	30.689	63	2,05	45	43		40%
Castricum	34.463	75	2,18	62	38	23	64%
Graft-De Rijp	6.438	22	3,42	17	19		64%
Heerhugowaard	52.468	205	3,91	156	154		51%
Heiloo	22.646	48	2,12	36	32		42%
Langedijk	26.997	101	3,74	79	78		55%
Schermer	5.455	20	3,67	15	15		50%
Totaal	273.378	820	3,00	622	587	23	50%

Tabel 7: cliënten 0-17 jaar en aantal dat BGI, BGG en KVB heeft

Verdeling naar grondslagen verh per gemeente (0-17 jaar)						
Gemeente	Aantal unieke cliënten 0-17 jaar	LG	SOM	VG	ZG	PSY
Alkmaar	286	5,9%	2,8%	39,5%	1,0%	50,7%
Bergen NH	63	11,1%	4,8%	42,9%	1,6%	39,7%
Castricum	75	5,3%	8,0%	29,3%		57,3%
Graft-De Rijp	22	4,5%		50,0%		45,5%
Heerhugowaard	205	5,9%	3,4%	39,0%	0,5%	51,2%
Heiloo	48	8,3%		45,8%		45,8%
Langedijk	101	5,0%	5,9%	32,7%		56,4%
Schermer	20	10,0%		35,0%	5,0%	50,0%
Totaal	820	6,3%	3,7%	38,4%	0,7%	50,9%

Tabel 8: Verdeling naar grondslagen (verhoudingen per gemeente) cliënten 0-17 jaar

Het aandeel cliënten met grondslag PSY is ruim 50% van het totaal. De grondslag VG neemt vervolgens nog eens ruim 38% in. Samen bijna 90% (89,3%).



## Andere relevante gegevens

1. Het totaal aantal zorgaanbieders in de regio is ongeveer 150. Opvallend is het grote aantal zorgaanbieders dat maar 1 klant uit de regio begeleidt.  
Van het totaal aantal zorgaanbieders is er een groep van 20/25 zorgaanbieders die een relatief groot aandeel hebben in de begeleiding.  
Van de groep van 25 zorgaanbieders zijn verschillende aanbieders actief op het vlak van meerdere grondslagen.
2. Opvallend is dat er een groot aantal locaties voor dagbesteding zijn in de regio; uit een vragenlijst uitgezet onder de 25 grootste leveranciers gaat het om meer dan 80 locaties. De gemeente Alkmaar en Heerhugowaard hebben samen al totaal 32 locaties. Van het totaal aantal locaties in de regio zijn er 19 zorgboerderijen.
3. Voor wat betreft de verhouding tussen financieringsvormen is zichtbaar dat gemiddeld genomen 30% gebruik maakt van PGB tegenover 70% ZIN. Kijken we specifiek naar de doelgroep 0 – 17 jaar dan is opvallend dat 70% van deze doelgroep gebruik maakt van het PGB.
4. Voor de begeleiding van thuiswonende cliënten met psychiatrische problematiek, is GGZ-Noord-Holland Noord de grootste aanbieder (40%). De GGZ Noord-Holland Noord werkt met zogenaamde FACT-teams (Functie Assertive Community Treatment) en biedt veelal een combinatie van behandeling en begeleiding, gericht op het zo zelfstandig mogelijk thuis blijven wonen. Ook de (ambulante) thuiszorg biedt begeleiding aan deze doelgroep, ActieZorg en Eveen leveren samen 28% van de begeleiding aan deze doelgroep.
5. Kenmerkend voor de ambulante thuiszorg (Eveen, ActieZorg, Omring, etc.) is dat deze aan meerdere doelgroepen begeleiding kan leveren.
6. Zorgaanbieders is gevraagd om de begeleiding die wordt gegeven in onderscheiden producten te beschrijven. Het materiaal dat deze vraag heeft opgeleverd blijkt niet volledig genoeg om te komen tot goede, onderscheiden producten of diensten. In Fase 2 zal hier, in relatie tot inkoop, meer op geïnvesteerd worden.

### 3. Resultaten gespreksessies

#### 3.1 Gesprekken met cliëntgroepen

De organisatie MEE heeft namens de gemeenten in de regio Alkmaar in de periode van 25 april t/m 9 mei 2012 gesprekken gevoerd met cliënten van De Waerden, Philadelphia, de Zilvermeeuw en de Linde, en met ouders van cliënten die ambulante of intramurale zorg ontvangen. Totaal hebben 33 mensen deelgenomen aan de gesprekken. Er zijn 5 verslagen gemaakt en 2 deelnemers van de Zilvermeeuw/Mantelmeeuw hebben hun aanvullingen nog nagestuurd, zie Bijlage 2.

Drie onderwerpen stonden centraal: keuzevrijheid, ondersteuningsplan, meedoen in de Wijk. Centrale vraag: 'hoe is het nu geregeld, en hoe zou je het graag willen?'

Opvallend is dat in alle groepen is aangegeven dat men ook graag direct met een vertegenwoordiger van de gemeente had willen spreken. In het najaar zullen leden van de projectgroep AWBZ dan ook in gesprek gaan met de groepen en de betrokkenen informeren over de meest actuele ontwikkelingen. Opvallend, en begrijpelijk, is dat verschillende mensen zich zorgen maken, men is bang de hulp kwijt te raken. Dreigende veranderingen veroorzaken spanning en stress.

Hierbij een samenvatting van de belangrijkste conclusies en aanbevelingen, per thema:

##### **Keuzevrijheid**

Rond het onderwerp 'keuzevrijheid' zijn de volgende gegevens en ervaringen van belang:

- Het is niet altijd duidelijk of de cliënten echt bewust een keuze voor een zorgverlener gemaakt hebben. Het komt op hun pad, meestal naar aanleiding van een problematische situatie; men laat zich vaak adviseren door mensen uit de omgeving.
- Soms zitten er heel pragmatische redenen achter een keuze: als je op locatie X wilt wonen, moet je zorgverlener Y kiezen want die is de enige die daar ondersteuning biedt.
- Ondanks dat cliënten niet altijd zelf kiezen, maar dit vaak in samenspraak doen met familie, jobcoaches, etc., is men grotendeels heel tevreden over de zorgverleners.
- Cruciaal is de match: als het niet klikt met de begeleider, wil de cliënt een keuze hebben in wie hen gaat begeleiden.
- Ouders die zelf de regie over de zorg voor hun kind willen en kunnen voeren, willen hun PGB echt niet kwijt. Voor hen geldt dat zij liever minder zorg kunnen inkopen maar wel de ultieme keuzevrijheid hebben, dan zorg in natura krijgen waar ze veel minder regie over hebben.

##### **Ondersteuningsplan**

In het ondersteuningsplan worden afspraken tussen cliënt en begeleider vastgelegd. In het kader van de overheveling bieden de huidige ondersteuningsplannen een goede basis voor de nieuwe plannen.

- De meeste cliënten hebben een ondersteuningsplan en hebben hier baat bij. Zij vinden het zelf een goede basis voor de gemeente om de beoordelingen te kunnen doen. Het omschrijft goed waar ze aan werken, waar ze hulp mee nodig hebben en waarom. Niet alle cliënten hebben een plan dat up to date is.
- Cliënten zijn bang overschat te worden als ze hun verhaal goed kunnen doen en als het nu goed met ze gaat.

##### **Meedoen in de wijk**

'Zo gewoon mogelijk meedoen' is voor de cliënten belangrijk. Gemakkelijk gaat dit echter niet.

- Vrijwilligerswerk is soms te incidenteel (WonenPlus), of moeilijk te vinden: omdat vrijwilligers extra begeleid moeten worden, en de vrijwilligersorganisaties daar niet altijd tijd voor of zin in hebben. Toch is de structuur en waardering die het biedt, heel belangrijk voor de mensen die het doen.
- Er zijn niet veel mensen die naar reguliere vrijetijdsvoorzieningen gaan, of regulier vrijwilligerswerk doen. Mensen met een lichamelijke handicap en/of niet-aangeboren hersenletsel vinden dat lastig, omdat aanpassingen en deskundigheid ontbreken bij deze voorzieningen. De mensen met een verstandelijke handicap zijn over het algemeen heel erg

blij met de activiteitenclubs die speciaal voor hen georganiseerd worden. Anderen ontmoeten vinden ze fijn.

- Er is behoefte aan meer punten waar mensen elkaar kunnen ontmoeten en een maaltijd gebruiken zonder dat dit van de begeleidingsuren afgaat.

### **3.2 Resultaat gesprekken met aanbieders zorg en welzijn**

In april en mei vonden er ook gespreksessies plaats met zorgaanbieders. Hiertoe waren 'inhoudsdeskundige medewerkers' uitgenodigd van de 20 organisaties die een relatief groot aandeel hebben in de begeleiding én enkele welzijnsorganisaties en organisaties die actief zijn op het terrein van informele zorg (bijvoorbeeld Humanitas). Belangrijke vragen in deze sessies waren:

1. Kunnen vrijwilligers meer worden ingezet?
2. Wat zijn de mogelijkheden voor bezuiniging?
3. Visie op toegang tot begeleiding.

We geven hieronder de samenvatting van de belangrijkste punten uit de bijeenkomsten met aanbieders op 8 mei (gehandicaptenzorg), 10 mei (GGZ en Ouderenzorg). In de Bijlage 3 worden alle belangrijke resultaten samengevat.

Op 4 juni zijn de bestuurders van de zorgaanbieders uitgenodigd om de opbrengst uit de sessies te bespreken. Er is bij bestuurders draagvlak voor de onderstaande visie. De concrete voorstellen die in de sessies met aanbieders zijn geïnventariseerd, worden gepresenteerd bij de uitgangspunten.

#### **Ad. 1 Samenwerken met vrijwilligers(organisaties)**

Door de meeste deelnemers wordt aangegeven dat bij alle doelgroepen vrijwilligers goed inzetbaar zijn, mits zij specifiek getraind zijn en structurele ondersteuning krijgen van professionals. Dit laatste betreft coaching, consultatie en indien gewenst directe samenwerking inzake verdeling taken bij de begeleiding (individueel zowel als in groep) van de cliënten.

Beperking van inzet van vrijwilligers wordt gezien bij bijvoorbeeld mensen met ernstige of bijzondere gedragsproblematiek of sterke noodzaak van structuur of mensen met lichamelijke problemen waarbij specifieke apparatuur noodzakelijk is.

Er wordt aanbevolen om de gewenste scholing van vrijwilligers efficiënt te organiseren. Dat betekent bijvoorbeeld regionaal organiseren en niet versnipperd aanbieden.

Het (gezamenlijke) belang van samenwerking moet bij alle organisaties helder zijn. Nu nog blijven zorgorganisaties te afwachtend. Dit heeft volgens de zorgaanbieders te maken met het knelpunt van gescheiden financieringsstromen, die afzonderlijk verantwoord moeten worden en waarbinnen geen ruimte is voor het zoeken en ontwikkelen van samenwerkingsvormen met welzijn.

Samenwerking tussen verschillende organisaties (zorg, welzijn, wonen) in de wijk, kan worden versterkt/bevorderd als er vanuit de samenwerkende organisaties in deze wijk één (subsidie) aanvraag bij de gemeente wordt ingediend. Hiermee hebben de samenwerkende organisaties binnen het budget 'vrijheid van handelen', zonder de last van verkokerde budgetten met elk de eigen voorwaarden/verantwoording.

#### **Ad. 2 Mogelijkheden voor bezuiniging**

Veel vertegenwoordigers van aanbieders geven aan dat er mogelijkheden zijn om te bezuinigen.

Door in te zetten op vroegsignalering kan mogelijk bespaard worden op duurdere voorzieningen.

Woningcorporatie, buurtwerk, ouderenwerk, jeugdgezondheidszorg, scholen e.d. kunnen hierbij een belangrijke rol vervullen.

Meer algemeen ziet men de waarde van een wijkgerichte aanpak waarbij het steunsysteem rondom de cliënt wordt verhoogd.

Vertegenwoordigers van welzijnsorganisaties (inclusief vrijwilligersorganisaties) geven aan een belangrijke rol te kunnen spelen bij het vinden van alternatieven en realiseren van bezuinigingen en wijzen daarbij op de noodzaak tot inniger samenwerking met professionals van de huidige aanbieders. Aangegeven wordt dat samenwerking niet vanzelf ontstaat, zelfs niet als men onder één dak functioneert. Indien vrijwilligers en professionals vanuit één team en één financiering werken zijn de condities optimaal om effectieve samenwerking te realiseren.

Op het terrein van arbeidsmatige dagbesteding ligt een nauwe samenwerking tussen zorgaanbieders en het WNK (Werk Voorziening Noord-Kennemerland).

### **Ad. 3 Toegang tot begeleiding**

Bij de discussie over de toegang tot begeleiding geven aanbieders aan dat de gemeente hierin de regierol moet hebben. Belangrijk daarbij is wel dat er een wisselwerking is tussen medewerkers die de toegang bepalen en de organisaties/medewerkers die maatschappelijke ondersteuning of begeleiding bieden. Aanbieders zijn van mening dat er bij de indicatiestelling gebruik gemaakt moet worden van de deskundigheid binnen hun organisaties.

Uit landelijke onderzoeken blijkt dat minimaal een kwart van de doelgroep al bekend is bij de gemeenten. Het betreft hier de doelgroep die afhankelijk is van een uitkering, schuldhulpverlening en/of WMO-voorzieningen.

Aanbieders stellen voor om aparte sessies over de toegang te organiseren tussen de samenwerkende gemeenten en de zorgaanbieders. Aanbieders willen hun expertise inbrengen en vinden het van belang dat er samengewerkt wordt op basis van een heldere taak- en rolverdeling; dit vergroot het vertrouwen in elkaar.

## 4. Algemene visie en uitgangspunten overheveling begeleiding

### 4.1 Inleiding

De overheveling van de functie begeleiding naar de WMO betekent dat er geen recht meer bestaat op voorzieningen, wel op compensatie: in gesprek met de cliënt komen tot oplossingen, die garant staan voor (meer) duurzame participatie. Ondersteuning vindt zoveel mogelijk plaats vanuit bestaande sociale netwerken, informele vormen van hulpverlening en collectieve arrangementen.

Deze koerswijziging heeft de nodige gevolgen voor cliënten en zorgaanbieders.

In dit hoofdstuk belichten we in hoofdlijnen deze koerswijziging door de algemene visie op begeleiding te formuleren en een zestal uitgangspunten te benoemen.

Om de overheveling goed en transparant te kunnen organiseren is het werken met duidelijke uitgangspunten essentieel. Uitgangspunten geven richting aan het complexe overhevelingsproces.

De uitgangspunten zijn vastgesteld op basis van de gespreksessies, literatuurstudie, diverse handreikingen van VWS en bestuurlijke keuzes (binnen de gemeenten, maar ook tussen samenwerkende gemeenten).

De uitgangspunten zijn niet strikt van elkaar te scheiden, gezamenlijk vormen ze het inhoudelijk kader voor de verdere voorbereiding en uitvoering van de overheveling.

### 4.2 Algemene visie: korte en lange termijn

We onderscheiden een korte- en een langetermijnvisie. Voor de korte termijn staat de zorgvuldigheid van de overheveling centraal. Deze zorgvuldigheid heeft betrekking op:

1. het adequaat en voldoende informeren van de huidige cliëntengroep over de algemene gevolgen van de wetswijziging.
2. het zorgvuldig omgaan met individuele cliëntgegevens.
3. het maken van aanpassingen in het huidige arrangement van de cliënt op basis van een kwalitatief goed gesprek met de gemeente (methodiek keukentafelgesprek)
4. het vroegtijdig informeren van zorgaanbieders over de procedure rondom de contractering, c.q. inkoop van begeleiding.
5. het betrekken van zorgaanbieders bij de wijze waarop producten/diensten worden gedefinieerd en de wijze waarop tarieven worden vastgesteld (markconsultatie).

Een kernbegrip in de transitie is: Ontzorgen. Daar waar mogelijk zet het WMO-loket collectieve voorzieningen in, minder accent op indicatiestelling meer op verwijzing, minder dure begeleiding en meer inzet van het sociale netwerk en vrijwilligers. Ontzorgen is een kwestie van lange adem.

De langetermijnvisie wordt op aansprekende wijze geconcretiseerd in het document 'Van zorg naar participatie', van de VNG/G32. In dit document worden de volgende ambities geformuleerd:

1. Het vergroten van de (maatschappelijke) participatie van mensen met matige en ernstige beperkingen. Enerzijds door meer aandacht voor sociale redzaamheid van zorgvragers. Anderzijds door meer participatiemogelijkheden, waar mogelijk in de inclusieve samenleving, waar nodig in beschutte settings, die zijn ingebed in de inclusieve samenleving
2. Het verminderen van de groei van de doelgroep naar de toekomst, door eerder en steviger in te zetten op het versterken van die factoren die de draagkracht van mensen en hun omgeving vergroten en het beschermen van die factoren waarvan het afnemen een grote aanslag op deze draagkracht betekent.

3. Het verbeteren van de ondersteuning van mantelzorgers. Enerzijds door hen direct te ondersteunen en door respijtzorg te bieden. Anderzijds door bestaande sociale systemen rondom zorgvragers te ontlasten en te versterken door inzet van vrijwilligers en welzijnsorganisaties.
4. Het verhogen van de kwaliteit en duurzaamheid van ondersteuning door deze niet alleen te richten op de zorgvrager, maar ook diens sociale omgeving als 'object' van ondersteuning te beschouwen.
5. Het beter benutten en verbinden van de bestaande begeleidingsinfrastructuur voor mensen die momenteel géén gebruik maken van begeleiding. Door verbindingen te leggen met welzijn, sociale werkvoorziening, maatschappelijke opvang en jeugdzorg kan een ondersteuningscontinuüm ontstaan waarvan mensen met belemmeringen in de participatie - van licht tot zeer zwaar – kunnen profiteren.
6. Het behouden van de rol van begeleiding als onderdeel van integrale zorg. Regelmatig vormt begeleiding –vooral in de GGZ - een onderdeel van een totaalpakket van zorg, dat gericht is op het stabiliseren en kunnen functioneren van mensen met beperkingen. Waar begeleiding deze functie vervult moet worden gewaakt voor een onwenselijke knip tussen het medische en het ondersteuningsdomein

Aan deze zes ambities verbinden we nog een zevende:

7. Meer gebiedsgerichte of wijkgerichte organisatie van zorg, begeleiding en ondersteuning.

Deze ambities bestrijken een langere periode dan de transitieperiode, maar worden door de regiogemeenten als richtinggevend beschouwd. 'Werkendeweg' zal de algemene visie meer en meer geconcretiseerd worden.

### **4.3 De uitgangspunten**

Op basis van literatuuronderzoek, de gegevens van de Impactmonitor en gesprekken met aanbieders en cliëntgroepen, komen we tot de volgende vijf uitgangspunten:

1. Keuzevrijheid voor de cliënt
2. Verkennen mogelijkheden regionale organisatie toegang tot begeleiding
3. Prioriteren van vernieuwingsvoorstellen
4. Werken met verschillende inkoop- en subsidiemodellen
5. Kostenbeheersing
6. Werken met kwaliteitseisen

## Ad. 1 Keuzevrijheid voor de cliënt

### **Toelichting uitgangspunt**

De overheveling begeleiding treft een groep van ruim 3.000 (bestaande) cliënten. Cliëntenraden en zorgaanbieders pleiten voor de nodige continuïteit. Dit geldt zeker voor die groep cliënten die is aangewezen op structurele begeleiding omdat de beperkingen chronisch zijn. Uit de gesprekken met cliëntengroepen blijkt dit een thema met hoge prioriteit te zijn. De keuzevrijheid voor de cliënt is een belangrijk uitgangspunt voor de gemeenten. De keuzevrijheid kan op twee manieren gerealiseerd worden:

1. Via Zorg in natura<sup>1</sup>: hierbij is het belangrijk dat cliënten kunnen kiezen uit meerdere aanbieders en dat er ook de vrijheid bestaat om 'tussentijds' een andere aanbieder te nemen. Als een bepaalde aanbieder niet flexibel genoeg kan inspelen op reële wensen (bijvoorbeeld ondersteuning in het weekend) is er de mogelijkheid om te switchen naar een andere aanbieder. 70% van de begeleiding wordt geleverd via Zorg in natura. Momenteel zijn er 150 zorgaanbieders in de regio Alkmaar die een vorm van begeleiding aanbieden. Vanuit het principe van goed contractbeheer is het wenselijk om het aantal zorgaanbieders te verkleinen naar ongeveer 25. In samenspraak met de cliënten zal onderzocht worden of het instrument PGB mogelijkheden hiertoe mogelijkheden biedt.
2. Via de inzet van het Persoonsgebonden budget (PGB): Het PGB geeft cliënten de mogelijkheid om zelf de regie te nemen over hun zorgtraject, kan nieuwe vormen van zorg en begeleiding mogelijk maken (zorgboerderijen bijvoorbeeld) en is goedkoper dan Zorg in natura. Tegenover deze voordelen staan ook knelpunten: budgethouders realiseren zich bijvoorbeeld vaak pas gaandeweg wat het inhoudt om als regievoerder een budget te beheren.

Het algemene uitgangspunt van keuzevrijheid vraagt echter wel de nodige uitwerking. Het is van belang om het PGB beheersbaar, uitvoerbaar en betaalbaar te houden. Hiervoor zullen in fase 2 onderstaande kernvragen beantwoord worden.

#### **Kernvragen**

- Welke factoren dragen bij aan de groei van het PGB
- Hoe kan het PGB (deels) worden behouden waarbij de onbedoelde groei en het oneigenlijk gebruik worden vermeden
- Wordt PGB alleen ingezet bij specifieke situaties waarin het om maatwerk gaat, of zijn in principe alle vormen van begeleiding via het PGB te verkrijgen.
- Hoe kan de werkgeversrol van de cliënt op verantwoorde wijze worden vereenvoudigd. Hierbij kan gedacht worden aan het gebruik van bijvoorbeeld de diensten van de Sociale Verzekeringsbank. De SVB faciliteit het uitvoeren van zorgovereenkomsten, salarisadministratie, belastingafdracht, verantwoording naar gemeente

### **Vervolgactiviteit fase 2**

In fase 2 wordt het algemene uitgangspunt van keuzevrijheid aan de hand van bovenstaande kernvragen uitgewerkt. Deze uitwerking vindt plaats door een in te stellen regionale werkgroep 'Toegang tot begeleiding' (zie ook Uitgangspunt 2)

<sup>1</sup> Om de keuzevrijheid ook bij Zorg in natura te waarborgen, zullen er met betrekking tot de onderscheiden ondersteuningsmogelijkheden meerdere partijen gecontracteerd moeten worden. Zie verder het uitgangspunt Inkoopbeleid.

## Ad. 2 Verkennen mogelijkheden regionale organisatie toegang tot begeleiding

### **Toelichting uitgangspunt**

De gemeente, als wettelijk uitvoerder van de WMO, heeft de eindverantwoordelijkheid voor de toegang tot de maatschappelijke ondersteuning. Gemeenten kunnen met het opnieuw inrichten van de toegang een kwaliteitsslag maken.

De regionale gemeenten hebben uitgesproken de overheveling van de begeleiding gezamenlijk te willen voorbereiden. Voor wat betreft de inkoop van begeleidingsproducten ligt de samenwerking voor de hand; voor de regionale organisatie van de toegang ('de WMO-loketten'), ligt dit ingewikkelder. Er zal voldoende meerwaarde moeten zijn om de toegang regionaal te organiseren.

Belangrijke suggestie van aanbieders en cliëntgroepen is dat gemeenten gebruik (blijven) maken van bestaande ondersteuningsplannen. Deze plannen dienen centraal te staan bij de herindicatie ('de keukentafelgesprekken') om zo de continuïteit van begeleiding meer te kunnen waarborgen.

Bij het aanpassen of opnieuw inrichten van de toegang spelen verschillende keuzes een rol. Een aantal van deze keuzes wordt hieronder beschreven. Een werkgroep 'Toegang tot begeleiding' zal in fase 2 een verdiepend onderzoek starten.

### **Strategische vragen en keuzes rondom toegang**

*Hoe hebben individuele regio gemeenten nu de toegang binnen de WMO georganiseerd?*

- *Welke keuzes liggen ten grondslag aan de huidige 'inrichting van het WMO-loket'?*
- *Welke overeenkomsten en verschillen zijn er? (denk aan de wijze van indiceren)*
- *Wat is de bereidheid van gemeenten om samen te werken?*
- *Wat zijn de kansen en risico's van samenwerking?*

*Hoe organiseren we de toegang tot begeleiding?*

- *Organiseren we de toegang met de samenwerkende gemeenten of in samenwerking met maatschappelijke organisaties<sup>2</sup>*
- *Organiseren we een integrale toegang (relatie met Werk en Inkomen, Jeugdzorg) of alleen toegang tot de WMO?*
- *Wordt er per 1 januari 2014 meteen een volledige toegang georganiseerd of gaan we uit van een groeimodel?*

*Hoe kan de indicatiestelling uniform in de regio geregeld worden?*

- *Wat zijn de voorwaarden om te komen tot een uniforme indicatiestelling?*
- *Welke deskundigheid vragen we van de WMO-consulenten?*
- *Welke (externe) deskundigheid huren gemeenten in?*

### **Vervolgactiviteit fase 2:**

De uitwerking van de bovenstaande vragen zal plaats vinden in fase 2 door de werkgroep 'Toegang tot begeleiding'.

---

<sup>2</sup> Daarbij is het een optie om de inzet van MEE te organiseren, aansluitend bij het voornemen van het rijk om de financiering van de MEE cliëntconsultatie in 2015 naar de gemeenten te decentraliseren



### Ad. 3 Prioriteren van vernieuwingsvoorstellen

#### **Toelichting uitgangspunt**

De decentralisatie van de begeleiding noodzaakt de gemeenten om, met het oog op de compensatieplicht, het bestaande aanbod aan begeleidingsactiviteiten kritisch tegen het licht te houden. Vanuit het principe van 'De Kanteling' is het van belang daarbij primair te kijken naar de mogelijkheden die de cliënt zelf, eventueel in combinatie met het sociaal netwerk, heeft. Waar mogelijk dienen meer informele vormen van ondersteuning ingezet te worden. In de gespreksessies met zorgaanbieders zijn verschillende nieuwe arrangementen besproken. Aanbieders zijn bereid om te vernieuwen en zien hiertoe ook de noodzaak. Hieronder staan beknopt verschillende vernieuwingsmogelijkheden die in de sessies met zorgaanbieders zijn geïnventariseerd.

#### **Vernieuwingsvoorstellen**

Met betrekking tot de samenwerking zorg en welzijn/vrijwillige inzet zijn de volgende voorstellen gedaan:

- *In de GGZ stelt men voor men voor om meer met ervaringsdeskundigen te gaan werken. Bijvoorbeeld een combinatie van ervaringsdeskundigen met een back-up van professionals.*
- *Bij de individuele begeleiding, de categorie klasse 1 kunnen zaken worden overgenomen door geschoolde vrijwilligers met mogelijkheden voor coaching door professionals. Bij de categorie klasse 2 zijn beperkte mogelijkheden voor overname doorvrijwilligers.*

Op het terrein van dagbesteding zijn de volgende voorstellen geformuleerd:

- *Voor de doelgroep GGZ kan creatieve dagbesteding mogelijk goedkoper georganiseerd worden wanneer er meer gebruik wordt gemaakt van de bestaande infrastructuur en het aanbod in de wijken (activiteitsaanbod wijk- en buurtcentra)*
- *Verkennen mogelijkheden om bij Begeleiding groep (dagbesteding) minder strikt het onderscheid tussen doelgroepen te hanteren. Dit kan betekenen dat er locaties voor dagbesteding afgestoten kunnen worden.*
- *Bij arbeidsgelateerde dagbesteding meer samenwerking tussen zorgaanbieders en de sociale werkvoorziening. Vanuit de alliantiegedachte de partijen vragen om gezamenlijk het totaal aan voorzieningen door te lichten. Belangrijke thema's hierbij: combineren van doelgroepen, efficiënter gebruik van ruimtes en toeleiding naar werk.*

Andere voorstellen zijn:

- *Regiefunctie bij complexere cliënten beter regelen waardoor er effectiever wordt samengewerkt tussen betrokken partijen. Dit betekent ook doorzettingsmacht voor de regisseur regelen en uitwisselen van informatie tussen betrokken partijen vereenvoudigen.*
- *Er is winst te behalen op administratieve lasten (vereenvoudiging verantwoordingsproces en indicatieproces, beperking kwaliteitsprocedures voor bepaalde cliënten)*
- *Vereenvoudigen van overdracht informatie over de cliënt aan collegae begeleiders (electronisch overdraagbaar dossier)*
- *Bepaalde vormen van begeleiding kunnen digitaal/webbased georganiseerd worden.*

#### **Vervolgactiviteit fase 2**

Bovenstaande vernieuwingsvoorstellen worden in fase 2 concreter uitgewerkt en geprioriteerd. Zo mogelijk vindt de uitwerking plaats in de vorm van een opdracht aan organisaties, in de vorm van een pilot of experiment of in een expertmeeting samen met organisaties en/of cliëntengroepen.

## Ad. 4 Werken met verschillende inkoop- en subsidiemodellen

### **Toelichting uitgangspunt**

Momenteel gelden rond de begeleiding in de AWBZ vele spelregels en afspraken. Afhankelijk van de primaire grondslag, de aard van de indicatie en de eventuele aanwezigheid van specifieke cliëntkenmerken, is een veelheid van producten en tarieven mogelijk. In de regio zijn ca. 150 aanbieders die momenteel begeleiding leveren vanuit ca. 80 locaties in de regio.

Belangrijke vraag is in hoeverre de bestaande spelregels en afspraken functioneel zijn in het kader van het gewenste beleid van de gemeenten.

Het doel is om dit 'bouwwerk' eenvoudiger te maken en beter aan te laten sluiten op de compensatieplicht van de gemeenten en de door de gemeenten gewenste (nieuwe) arrangementen. Gemeenten zijn daarbij geen voorstander van de 'klassieke aanbesteding' waarbij de aanbieder met de laagste prijs of de beste prijs-kwaliteitsverhouding wordt geselecteerd. Naast het nadeel van de inperking van de keuzemogelijkheden van cliënten, heeft dit model ook het nadeel dat er 'monopolisten' ontstaan waarvan de gemeenten te afhankelijk kunnen worden.

Uitgangspunt is om die inkoopmodellen te hanteren die het beste matchen bij de nieuwe arrangementen.<sup>3</sup>

Een belangrijk aspect bij de inkoop is het gebiedsgericht (samen)werken. De gebiedsgerichte benadering wordt ook door de zorgkantoren gepropageerd. Het is wenselijk om in goed overleg met het zorgkantoor te komen tot effectieve vormen van zorg- en begeleiding op wijkniveau. Vooral nog gaat het om het samen ontwikkelen van pilots.

### **Mogelijke inkoop- en subsidiemodellen**

*Het inkoopbeleid of het opdrachtgeverschap kunnen we onderscheiden in vier vormen of onderdelen:*

1. *Op lokaal niveau versterken van de bestaande infrastructuur*
2. *Op regionaal niveau inkopen van diensten/begeleiding via het Zeeuwse model*
3. *Op (boven)regionaal niveau inkopen van de combinatie behandeling en begeleiding*
4. *Voor specifiek aanbod bestuurlijk aanbesteden*

#### Op lokaal niveau versterken van de bestaande infrastructuur

*De acht gemeenten hebben de mogelijkheid om via het subsidiebeleid de bestaande voorzieningen te versterken. Daarbij kun je denken aan wijk- en buurtcentra, laagdrempelige wijkactiviteiten voor kwetsbare groepen, ondersteuning van mantelzorgers, buddy-projecten, etc.*

*Verkend moet worden welke begeleidingsactiviteiten die nu nog via de indicatiestelling van het CIZ lopen, als algemene voorziening (dus zonder indicatie, hooguit verwijzing) neergezet kunnen worden.*

#### Op regionaal niveau inkopen van diensten/begeleiding via het Zeeuwse model

*Binnen de veelheid aan begeleidingsvormen is het wenselijk om te komen tot een goede en overzichtelijke clustering van producten. Daar waar de onderscheiden producten door meerdere aanbieders worden geleverd, ligt de aanbesteding via het zogenaamde Zeeuwse model voor de hand. Het Zeeuwse model stelt minimumeisen aan de kwaliteit van de dienstverlening en schrijft een vaste prijs voor. Aanbieders kunnen zich in het Zeeuwse model alleen nog onderscheiden op kwaliteit, de cliënt heeft de mogelijkheid te kiezen.*

#### Op (boven)regionaal niveau inkopen van de combinatie behandeling en begeleiding

*Voor bepaalde groepen cliënten is het gewenst om behandeling (AWBZ) en begeleiding (WMO) naar in één behandelplan te houden. Dit geldt voor ondermeer de doelgroep volwassenen met psychiatrische problematiek. Deze samenhangende aanpak van zorg en maatschappelijke ondersteuning vindt momenteel plaats vanuit de zogenaamde Factteams.*

*Op bovenregionaal niveau worden er overleggen gevoerd tussen de gemeenten Hoorn, Den Helder, Alkmaar, Heerhugowaard (H2A), de GGZ-NHN en het zorgkantoor om te komen tot gezamenlijke inkoop.*

3

Binnen het kader van de AWBZ organiseren de aanbieders voornamelijk zelf het vervoer. Zij kopen dit in of hebben eigen busjes. Van de totale kosten aan begeleiding, neemt vervoer ongeveer 7% van de kosten. Er zijn grofweg drie scenario's denkbaar:

- Gemeenten kopen zorg inclusief vervoer in bij de instelling/organisatie
- Gemeenten besteden het vervoer rondom begeleiding apart aan.
- Gemeenten besteden meerdere vormen van vervoer in een keer aan (begeleiding, WMO, Leerlingenvervoer).

Voor specifiek aanbod bestuurlijk aanbesteden

*Voor specialistisch aanbod is het wenselijk om de inkoop te organiseren via een overeenkomst waarin opdrachtgever-opdrachtnemer met elkaar in dialoog gaan. Deze methode van aanbesteden is een methodiek waarbij gemeenten met geselecteerde aanbieders voorzieningen uitonderhandelen op inhoud en prijs. Naar keuze kunnen belangengroepen, cliëntengroepen een rol worden gegeven in het onderhandelingsproces. De voorzieningen worden vastgelegd in een overeenkomst waarbij veel flexibiliteit mogelijk is: aanpassingen zijn mogelijk bij gewijzigde omstandigheden. Bestuurlijk aanbesteden past in die situaties waarin de dialoog nodig en wenselijk is om tot goede afspraken te komen.*

**Vervolgactiviteit fase 2**

In fase 2 wordt verkend via welke aanbestedingsmodellen de (nieuwe) arrangementen kunnen worden ingekocht. Meer concreet gaat het daarbij om de volgende kernactiviteiten:

1. Analyseren welke (groeps)gerichte begeleidingsvormen als algemeen aanbod neergezet kan worden, waardoor gemeenten zich kunnen beperken tot verwijzing naar dit aanbod.
2. In beeld brengen van die begeleidingsvormen of producten (van licht tot zwaar) waarvoor het Zeeuwse model de geëigende aanbestedingsmethodiek is.
3. Samen met zorgverzekeraar uitwerken van de inkoopcombinatie behandeling en begeleiding.
4. In beeld brengen van specifiek aanbod dat via de methodiek van bestuurlijk aanbesteden kan worden ingekocht.

## Ad. 5 Kostenbeheersing

### **Toelichting uitgangspunt**

De overheveling van de begeleiding naar gemeenten gaat gepaard met bezuinigingen. Vraag is hoe de gemeenten tot kostenbeheersing kunnen komen en wat daarbij van het zorgkantoor geleerd kan worden.

De kerntaak van het zorgkantoor is om voldoende, kwalitatief goede zorg in te kopen tegen een reële prijs. Deze zorg moet voldoen aan wettelijke eisen en professionele standaarden.

Het zorgkantoor werkt binnen een landelijk kader dat wordt gecreëerd door de landelijke politiek en het ministerie van VWS, de NZa (Nederlandse zorgautoriteit), ZN (Zorgverzekeraars Nederland), Zorgbelangorganisaties en Brancheorganisaties (GGZ-NL, VGN, Actiz en BTN).

De Nza legt in de zogenaamde Beleidsregels de prestaties en tarieven voor begeleiding en vervoer vast. Hieronder is een voorbeeld van de wijze waarop de prestaties worden beschreven.

In fase 2 zal verkend worden of deze huidige bekostigingssystematiek gecontinueerd moet/kan worden. Is er een nieuwe bekostigingssystematiek te ontwerpen die past bij het compensatiebeginsel en kostenbeheersing mogelijk maakt.

### **Voorbeeld beschrijving huidige prestaties**

*Voor de Dagopvang/Dagactiviteit ouderen worden drie prestaties onderscheiden:*

*1. Dagactiviteit ouderen basis*

*Dagprogramma voor mensen met matige tot zware beperkingen, waarbij er een duidelijke verzorgings- en/of begeleidingsbehoefte bestaat (waaronder lichte demente, Niet Aangeboren hersenletsel). Dagprogramma draagt bij aan verlichting zorg thuis/mantelzorger.*

*2. Dagactiviteit ouderen speciaal ondersteunend*

*Hierbij gaat het om ouderen met uitgebreide beperkingen bij het dagelijks functioneren. Er is een multidisciplinaire benadering (persoonlijke verzorging, behandeling en dagactiviteit)*

*3. Dagactiviteit ouderen speciaal revalidatie*

*Hierbij is de dagopvang gericht op optimaal herstel van functies/ en/of het verminderen van beperkingen, zodat de client op verantwoorde wijze (weer) zelfstandig thuis kan blijven wonen. Dagopvang is gericht op herstel, maar ook gericht op het leren omgaan met eventueel blijvende fysieke en/of cognitieve beperkingen.*

*Voor wat betreft de tarieven, heeft het Nza maximumtarieven vastgesteld voor de onderscheiden prestaties. Voor Dagactiviteit basis is dat in 2012 bijvoorbeeld € 34,53 per dagdeel. Aanvullend op de indicatie voor dagbesteding, kunnen clienten ook geïndiceerd worden voor het vervoer naar de dagactiviteit. Voor alle bovengenoemde prestaties is dat bijvoorbeeld € 15,99 per persoon per 'aanwezigheidsdag'.*

Naast het verkennen van een alternatief bekostigingssysteem, is het wenselijk om met de volgende maatregelen de kosten te beheersen:

- Niet onnodig indiceren, meer verwijzen naar collectieve voorzieningen.
- Kiezen voor 'minder dure vormen van begeleiding'
- Nieuwe collectieve voorzieningen/activiteiten stimuleren (dagactiviteiten voor kwetsbare ouderen in de wijk)
- Stimuleren andere rol professionals: meer inzetten op versterking netwerk, meer inzet van (gespecialiseerde) vrijwilligers;

### **Vervolgactiviteit fase 2**

Voor de invoering van de drie transitie is er een regionale werkgroep Financiën geïnstalleerd. Deze werkgroep wordt gevraagd om in fase 2 alternatieve bekostigingssystemen/scenario's door te rekenen. Daarbij dient er ook verkend te worden of het wenselijk en mogelijk is om, aanvullend op het kortingspercentage van het rijk, een lokale risicokorting van 10% in te voeren.

## **Ad. 6 Werken met kwaliteitseisen**

### ***Toelichting uitgangspunt***

Naar verwachting zal in de wetswijziging waarin de overheveling van de begeleiding wordt geregeld, ook de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de uitgevoerde maatschappelijke ondersteuning en het toezicht daarop worden beschreven.

Uitgaande van de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) worden zorginstellingen verplicht hun eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren. Die wet noemt vier kwaliteitseisen waaraan een instelling moet voldoen:

- verantwoorde zorg,
- op kwaliteit gericht beleid,
- het opzetten van een kwaliteitssysteem,
- het maken van een jaarverslag.

Mogelijk komt het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op de maatschappelijke ondersteuning te vervallen.

Duidelijk is in elk geval dat bij de inkoop en levering van begeleiding het thema kwaliteit de nodige aandacht vraagt. De door de gemeente te stellen eisen aan de kwaliteit van de uitvoering van de begeleiding zal in de verordening en de beleidsregels opgenomen moeten worden. Het gaat dan om objectieve kwaliteitseisen, ervaren kwaliteit door cliënten en regels t.a.v. cliëntenraad en klachtenregeling.

### ***Vervolgactiviteit fase 2***

In relatie tot de aanpassing van de verordening Maatschappelijke ondersteuning worden specifieke eisen met betrekking tot de kwaliteit van de begeleiding opgesteld.

## 5. Acties fase 2 samengevat

1. Keuzevrijheid voor de cliënt	Het algemene uitgangspunt van keuzevrijheid wordt door een in te stellen werkgroep 'Toegang tot begeleiding' uitgewerkt. Daarbij gaat het om zowel de keuzevrijheid bij Zorg in natura als om de inzet van het PGB.
2. Verkennen mogelijkheden regionale organisatie toegang tot begeleiding	De werkgroep 'Toegang tot begeleiding' zal in fase 2 een verdiepend onderzoek starten naar de mogelijkheden van regionale samenwerking..
3. Prioriteren van vernieuwingsvoorstellen	De regionale projectgroep AWBZ werkt de vernieuwingsvoorstellen in fase 2 uit en prioriteert deze. Waar mogelijk wordt via specifieke opdrachten, pilots of experimenten ervaring opgedaan met de vernieuwing van het aanbod.
4. Werken met verschillende inkoop- en subsidiemodellen	In fase 2 verkend de regionale projectgroep AWBZ via welke aanbestedingsmodellen de (nieuwe) arrangementen kunnen worden ingekocht.
5. Kostenbeheersing	Voor de invoering van de drie transities is er een regionale werkgroep Financiën geïnstalleerd. Deze werkgroep wordt gevraagd om in fase 2 alternatieve bekostigingssystemen/scenario's door te rekenen.
6. Werken met kwaliteitseisen	In relatie tot de aanpassing van de verordening Maatschappelijke ondersteuning worden specifieke eisen met betrekking tot de kwaliteit van de begeleiding opgesteld.

Vanwege onduidelijkheid over het doorgaan van de decentralisatie AWBZ, wordt in fase 2 prioriteit gelegd bij de Acties 1, 2 en 3.

Het resultaat van de verkenningen zal in een notitie worden vastgelegd en, afhankelijk van het besluit over de continuering van de decentralisatie, worden geagendeerd voor het PORA en de lokale colleges.

## Gebruikte afkortingen

AWBZ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten  
BGI Begeleiding individueel  
BGG Begeleiding groep  
BJZ Bureau jeugdzorg  
CIZ Centrum Indicatiestelling Zorg  
GGZ Geestelijke Gezondheidszorg  
KV Kortdurend Verblijf  
LG Lichamelijk gehandicapt  
LVG Licht verstandelijk gehandicapt  
PG Psychogeriatrische problematiek bijvoorbeeld dementie en Alzheimer  
Pgb Persoonsgebonden budget  
PV Persoonlijke Verzorging  
SHV Schuldhulpverlening  
SOM Somatische grondslag  
UWV Uitvoeringsorgaan werknemersverzekeringen  
VG Verstandelijk gehandicapt  
Wajong Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten.  
WIJ Wet Investeren in Jongeren  
WMO Wet maatschappelijke ondersteuning  
WSW Wet Sociale Werkvoorziening  
WWnV Wet Werken naar Vermogen  
WWB Wet Werk en Bijstand  
ZG Zintuiglijk gehandicapt, zowel visuele als auditieve handicaps  
ZIN Zorg in natura

