

# Beleidskader Transitie Sociaal Domein 2014-2018

---

Gemeente Steenwijkerland

21 oktober 2013

## Inhoud

Samenvatting.....	3
1. Inleiding .....	4
2. Ambitie en aanpak decentralisaties .....	7
3. Uitgangspunten decentralisaties .....	9
4. Kaderstellende beleidskeuzen .....	14
5. Vervolgproces .....	21
6. Tot slot .....	24
Bijlage 1 Verslag cliëntgesprekken .....	26
Bijlage 2 Grondslagen en functies huidige AWBZ.....	27

## Samenvatting

Dit beleidskader heeft betrekking op drie transities: die van de jeugdzorg, van de AWBZ naar de WMO en de participatiewet. Dit zijn grote operaties die veel gevolgen kunnen hebben voor de inwoners, de maatschappelijke partners die actief zijn in Steenwijkerland en voor de gemeente zelf. De ambitie van het college voor de komende tijd is: zorgen voor een verantwoorde transitie. Een verantwoorde transitie houdt in dat alle partijen (inclusief cliënten) weten waar ze aan toe zijn en wat er van hen verwacht wordt. Daarnaast betekent het dat de continuïteit van zorg zoveel mogelijk wordt gewaarborgd en dat we binnen de budgettaire kaders blijven.

Uit de focus op een verantwoorde transitie volgt de keuze voor de lijn 'eerst transitie, dan transformatie'. Dit betekent dat prioriteit wordt gegeven aan het inrichten van de processen die noodzakelijk zijn om de nieuwe taken goed uit te voeren (zoals de toegangsfunctie, de inkoop van zorg en het budgetbeheer). Daarbij wordt zoveel als mogelijk aangesloten bij de bestaande lokale structuren.

Bij de voorbereidingen op de decentralisaties is een aantal inhoudelijke uitgangspunten leidend. Deze hangen samen met de rol die het college ziet weggelegd voor de gemeente op het gebied van zorg en participatie. Deze rol is aanvullend op dat wat mensen – samen met hun omgeving – zelf kunnen. Inwoners zijn immers zelf verantwoordelijk voor hun eigen leven. Pas als zelfredzaamheid en participatie niet vanzelf gaan, ook niet met behulp van andere mensen uit het netwerk, ziet het college een rol voor de gemeente weggelegd. Daarbij is het van belang een omslag te maken van het huidige verkokerde systeem, waarin regels en procedures bepalen of een individu recht een voorziening heeft, naar een veel flexibeler systeem waarin de mogelijkheden van het individu en zijn omgeving centraal staan. Vraagstukken worden daarbij integraal benaderd, waarbij de verschillende leefdomeinen met elkaar verbonden worden. De uitgangspunten zijn verwoord in hoofdstuk 3.

Het komende jaar zal een groot aantal keuzen gemaakt moeten worden over diverse onderwerpen (bijvoorbeeld over cliëntparticipatie, criteria voor zorgtoewijzing, PGB's, kwaliteitsbewaking, inkoop, de inrichting ICT-systemen etcetera). Een deel van deze keuzen zal neerslaan in een verordening. In dit beleidsdocument worden – ter inkadering van de nog te nemen besluiten – een aantal kaderstellende beleidskeuzen gemaakt (zie hoofdstuk 4). Deze keuzes hebben betrekking op:

- de wijze waarop de toegang tot zorg en ondersteuning wordt georganiseerd;
- de wijze waarop goede zorg gegarandeerd kan worden binnen beperkte budgetten;
- de wijze waarop de regie op de inzet van schaarse middelen wordt georganiseerd.

## 1. Inleiding

Op 1 januari 2015 krijgt de gemeente de verantwoordelijkheid voor een groot aantal nieuwe taken in het sociaal domein. Het gaat om drie decentralisaties:

- de decentralisatie van de jeugdzorg: de gemeente wordt verantwoordelijk voor alle vormen van jeugdzorg, behalve de somatische zorg die onderdeel blijft uitmaken van de Zorgverzekeringswet. Op dit moment is de gemeente al verantwoordelijk voor het preventieve jeugdbeleid en het jeugdgezondheidsbeleid. Op 1 januari 2015 komen daar de zwaardere vormen van jeugdzorg bij. Het gaat dan om een breed scala aan zorgspecialismen in het vrijwillig en gedwongen kader: jeugdhulp, Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), de zorg voor verstandelijk beperkte jeugdigen, reclassering, jeugdbescherming, het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK), pleegzorg, crisisopvang enz. Het wettelijk kader waarbinnen deze taken moeten worden uitgevoerd wordt gevormd door de nieuwe Jeugdwet<sup>1</sup>.
- de decentralisatie van diverse AWBZ-functies naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Het betreft hier de functies persoonlijke verzorging en begeleiding van extramurale cliënten (inclusief vervoer, kortdurend verblijf en beschermd wonen). Ook de ondersteuning van cliënten komt onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid te vallen. Het wettelijk kader vormt een nieuw op te stellen WMO.
- met de Participatiewet komt er één regeling voor iedereen die voorheen een beroep deed op de Wwb, Wajong of Wsw. Gemeenten moeten straks zorgen dat mensen werk krijgen en het inkomen aanvullen als mensen niet (geheel) het minimumloon kunnen verdienen. De Wajongeren zijn voor de gemeente een nieuwe, grote doelgroep. De Participatiewet regelt ook dat de sociale werkvoorziening op termijn ophoudt te bestaan. Vanaf 2015 komen er geen nieuwe mensen op de wachtlijst. Dat betekent dat mensen met een arbeidsbeperking bij reguliere werkgevers aan de slag moeten. Alleen voor mensen die echt niet kunnen functioneren op een gewone werkplek, moeten de gemeenten straks gezamenlijk zorgen voor 30.000 beschutte banen. De middelen voor Wsw, Wajong en re-integratie worden samengevoegd tot één Participatiebudget.

De drie decentralisaties hangen met elkaar samen, deels ook omdat de cliënten gebruik kunnen maken van meerdere vormen van zorg of ondersteuning. De gemeente krijgt van het rijk dan ook niet alleen de opdracht deze taken uit te voeren, maar ook te zorgen voor samenhang tussen de verschillende domeinen.

Naast de onderlinge samenhang tussen de decentralisaties is er sprake van samenhang met andere ontwikkelingen, zoals het passend onderwijs en het afschaffen van de bestaande regelingen voor financiële compensatie voor chronisch zieken en gehandicapten. Het betreft de regelingen 'Compensatie Eigen Risico' (CER), de 'Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten'

---

<sup>1</sup> in het wetsvoorstel valt alleen het AMK niet onder de jeugdwet maar de WMO

(Wtcg) en de regeling 'Aftrek en Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten (TSZ). Deze worden met ingang van 1 januari 2014 afgeschaft en vervangen door één vangnet bij gemeenten.

#### *Doelen van de decentralisatie*

Het gebruik van de voorzieningen in het sociale domein is de laatste jaren fors toegenomen. Eén van de doelen die het rijk heeft met de decentralisaties is het terugdringen van de uitgaven. De huidige open einde regelingen worden daarom vervangen door een vast budget voor de gemeente. Dit wordt toegevoegd aan het gemeentefonds. Naar schatting zal het gemeentefonds hierdoor ongeveer grofweg verdubbelen. De overheveling van middelen gaat gepaard met een forse korting op de budgetten.

Toch is het terugdringen van de kosten niet het enige doel van de decentralisaties. Met het nieuwe stelsel beoogt het rijk ook meer integraliteit, maatwerk en flexibiliteit te kunnen realiseren en zo de kwaliteit van de voorzieningen te vergroten. De gedacht is dat gemeenten beter in staat zijn om dit te realiseren, omdat de gemeente van alle overheden het dichtst bij de burger staat. Hierdoor is de gemeente beter in staat aan te sluiten bij wat een burger echt nodig heeft. Door preventie en zwaardere hulp en zorg in één hand te brengen kan beter beleid gevoerd worden in het kader "voorkomen is beter dan genezen" (demedicalisatie). Ook is de gemeente beter in staat om de vraagstukken op de verschillende leefdomeinen in samenhang met elkaar op te pakken met minder regeldruk en bureaucratie. De decentralisaties gaan dan ook gepaard met een behoorlijke mate van beleidsvrijheid voor gemeenten. De nu nog zeer gedetailleerde regels omtrent indicatie komen bijvoorbeeld te vervallen.

Tot slot is het de bedoeling van het rijk om met de decentralisaties een cultuuromslag tot stand te brengen, waarbij de eigen kracht van burgers centraal staat.

#### *Intergemeentelijke samenwerking*

De decentralisaties gaan gepaard met een verdubbeling van het gemeentebudget. Tegenover de nieuwe taken en verantwoordelijkheden staan ook nieuwe risico's, zowel ten aanzien van de kwaliteit als financieel. Samenwerking met andere gemeenten kan voordelen opleveren op het gebied van kostenbesparing, kwaliteit en het reduceren van de kwetsbaarheid. Het college werkt in de voorbereidingen op de transitie daarom samen met omliggende gemeenten. Op het gebied van jeugdzorg is deze samenwerking wettelijk verplicht voor de meer specialistische vormen van zorg. De kaders die het college hanteert in de samenwerking met andere gemeenten zijn beschreven in de 'Notitie gemeentelijke samenwerking' die is besproken in de commissievergadering van 14 mei 2013.

#### *In dit beleidskader*

In dit beleidskader worden de ambitie, de aanpak en de uitgangspunten geschetst die het college wil hanteren bij de voorbereidingen op de transitie. Ook worden enkele kaderstellende beleidskeuzen gemaakt.

#### *Cliënten*

De wijze waarop de nieuwe taken in Steenwijkerland worden uitgevoerd kan grote invloed hebben op het leven van mensen die zorg en ondersteuning ontvangen. Het streven is om zoveel mogelijk

aan te sluiten bij wat cliënten belangrijk vinden. In juli en augustus 2013 zijn daarom eerste gesprekken gevoerd met cliënten die vanuit de awbz begeleiding ontvangen en met hun ouders, verwanten of mantelzorgers. Het doel van deze gesprekken was primair kennismaking. De gesprekken hadden nog een algemeen karakter en focusten op de vraag wat voor cliënten belangrijk is. In de bijlage is een korte samenvatting van deze gesprekken opgenomen. De gesprekken zullen een vervolg krijgen en steeds meer toegespitst worden op de directe impact van gemeentelijke beleidskeuzen voor cliënten en de wijze waarop zij betrokken willen worden bij het gemeentelijk beleid.

Op het gebied van jeugdzorg is een project – ‘Ouders aan het woord’ - gestart waarbij onderzocht wordt wat ouders/opvoeders belangrijk vinden en hoe ze kijken naar de toekomstige betrokkenheid en organisatie als het gaat om het gemeentelijk jeugdbeleid. Dit gebeurt in verschillende bijeenkomsten, die zowel breed (voor iedereen in de gemeente) als gericht (via de huidige zorgorganisaties met ervaringsdeskundigen) worden georganiseerd. Bijzonder aan dit project is dat ouders zelf de regie hebben over het onderzoek. Het betreft een project dat bij wijze van pilot door de provincie Overijssel wordt gesubsidieerd.

#### *Omvang zorggebruik in Steenwijkerland*

Door het onderzoeksbureau ‘WMO Kantoor’ wordt het zorggebruik in Steenwijkerland in kaart gebracht. Het rapport wordt, zodra het beschikbaar is, verzonden aan de gemeenteraad.

## 2. Ambitie en aanpak decentralisaties

### *Ambitie*

De drie decentralisaties gaan gepaard met een grote mate van beleidsvrijheid voor gemeenten. Dit betekent dat er veel ruimte is voor nieuwe aanpakken, nieuwe structuren, nieuwe arrangementen. Dit biedt volop mogelijkheden om – los van historisch gegroeide situaties - vernieuwende aanpakken te ontwikkelen. Het is mogelijk om op lokaal niveau een hele nieuwe structuur te ontwikkelen die veel beter past bij de uitdagingen van deze tijd.

Het college deelt de mening dat er veel verbeteringen mogelijk zijn in het sociale domein en stelt een geleidelijke invoering voor. Elke afzonderlijke decentralisatie is een enorme veranderingsoperatie op zich. Daarbij gaat het om veranderingen die diep kunnen ingrijpen op het leven van kwetsbare inwoners van Steenwijkerland. De komende jaren zal de ambitie er dan ook vooral op gericht zijn dat de overheveling van taken op een verantwoorde manier verloopt. Een tweede reden om geleidelijke aanpak voor te stellen, is de overtuiging dat de samenleving niet in enkele grote stappen te hervormen is. Belangrijke elementen van een verantwoorde transitie zijn:

- het is voor burgers helder waar ze moeten zijn met vragen en problemen op het gebied van zelfredzaamheid en participatie;
- het is voor cliënten helder op basis van welke uitgangspunten een zorgarrangement tot stand komt;
- de continuïteit van zorg en ondersteuning voor bestaande cliënten wordt zoveel mogelijk gewaarborgd;
- het is voor maatschappelijke instellingen helder wat er van hen en van andere partijen verwacht wordt;
- cliënten krijgen de mogelijkheid te kiezen voor een eigen zorgpartij;
- de uitgaven blijven binnen de budgettaire kaders.

### *Aanpak*

De focus op een verantwoorde overheveling van taken betekent dat het college de lijn ‘eerst transitie, dan transformatie’ voorstaat. Dit betekent dat prioriteit wordt gegeven aan het inrichten van de processen die noodzakelijk zijn om de nieuwe taken goed uit te voeren (zoals de toegangsfunctie, de inkoop van zorg en het budgetbeheer). Daarbij wordt zoveel als mogelijk aangesloten bij de bestaande lokale structuren. Grootschalige aanpassingen van de bestaande structuren kunnen - indien nodig - later aan de orde zijn. Dat neemt niet weg dat het college ook nu al de mogelijkheden verkent voor innovatie en verbeteringen. Dit doet het college in overleg met de maatschappelijke partners<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Ook de cultuurelementen van de transformatie worden meteen opgepakt en waar nodig versterkt. Hierbij gaat het om zaken als meer contextgedreven werken en denken, integraliteit, beweging naar voren: zie volgende hoofdstuk.

De lijn 'eerst transitie, dan transformatie' biedt het college de mogelijkheid om goed inzicht te krijgen in de cliënten, hun ondersteuningsbehoeften en in het professionele werkveld van (jeugd)zorg en ondersteuning. We krijgen zicht op wat er leeft in de samenleving en kunnen de ontwikkelingen op middellange termijn daarop laten aansluiten. Bovendien is kennis van cliënten en het werkveld onmisbaar om in een later stadium het opdrachtgeverschap scherp in te vullen en op die manier effectief te kunnen sturen op gewenste ontwikkelingen.

Het uitgangspunt 'eerst transitie, dan transformatie' is 2007 een succesvolle aanpak gebleken bij de invoering van de WMO en dan met name de overheveling van de huishoudelijke verzorging vanuit de AWBZ naar de WMO. De gemeente is in staat gebleken om in korte tijd (budgetneutraal) een goede basis voor de uitvoering te creëren. Van daaruit heeft inhoudelijke vernieuwing plaatsgevonden, waardoor het mogelijk was om op de kosten te besparen. De continuïteit en kwaliteit van de dienstverlening voor cliënten bleef zoveel mogelijk gewaarborgd, waardoor ook het aantal bezwaarschriften beperkt bleef.

Bij een geleidelijke invoering past ook een geleidelijke beleidsaanpak. Hierbij wordt het beleid niet primair wordt gestuurd door 'smart' omschreven einddoelen en een rationele analyse van alle alternatieven. Veeleer vinden ontwikkelingen stapje voor stapje plaats, in dialoog met de belanghebbenden en aansluitend bij de mogelijkheden van de samenleving. Het college staat deze beleidsaanpak voor vanuit het besef dat het sociale domein veel te complex is om van alle beleidsalternatieven de gevolgen te overzien. Een zorgvuldige decentralisatie vergt daarom nauwe afstemming met de andere partijen in het sociaal domein. In dialoog komt veel (im- en expliciete) kennis bij elkaar en ontstaat zicht op de mogelijkheden voor vernieuwing en verbetering. Met die informatie kunnen gefundeerde beslissingen worden genomen over de volgende stap.

De geleidelijke aanpak betekent niet het ontbreken van inhoudelijke sturing. Bij de voorbereidingen op de decentralisaties is een aantal inhoudelijke uitgangspunten leidend. Deze staan in hoofdstuk 3. Zij schetsen tezamen een (globaal) beeld van wijze waarop het college de nieuwe taken zou willen uitvoeren en van de veranderingen in het sociale domein die het college wenselijk acht. Ze zijn daarmee niet alleen leidend in de transitiefase, maar ook voor de jaren daarna.



### 3. Uitgangspunten decentralisaties

In deze paragraaf worden de uitgangspunten beschreven die het college wil hanteren bij de voorbereidingen op de decentralisaties. De uitgangspunten zullen worden gebruikt als basis voor de uitwerking in beleid en verordeningen en bij de vertaling in praktische organisatie en uitvoering. Met andere woorden: de principes van waaruit het college wil werken zijn verwoord in deze uitgangspunten. Als nadere onderbouwing van de uitgangspunten wordt eerst een schets gegeven van de gewenste ontwikkelingen en van de rol die het college ziet weggelegd voor de gemeente in het sociale domein.

#### 3.1 Schets van de gewenste ontwikkelingen

Met de decentralisaties beoogt het rijk ruimte te creëren voor meer maatwerk, flexibiliteit en integraliteit in de ondersteuning van mensen bij wie zelfredzaamheid en participatie niet vanzelf gaan. Hiervoor moet de huidige situatie grondig op de schop. In de loop der decennia is een systeem ontstaan waarin regels, procedures en schotten centraal staan. Deze regels, procedures en schotten waren mede bedoeld om de rechtsgelijkheid van inwoners te waarborgen en de rechtmatige besteding van middelen te garanderen. Maar het systeem is uit zijn voegen gegroeid en maatwerk, flexibiliteit en integraliteit zijn bijna onmogelijk geworden. Bovenal sluit deze complexe en verkokerde 'systeemwereld' niet aan bij de - integrale - leefwereld van de inwoners. Dit maakt het voor inwoners niet overzichtelijk: de vraag of het probleem van inwoners houdt zich niet aan beleidsmatige kokers, maar vraagt om een integrale benadering. Alle leefdomeinen dienen in samenhang te worden gezien.

Een ander kenmerk van het huidige systeem is dat individuen centraal staan. In werkelijkheid maken mensen altijd deel uit van een breder samenlevingsverband: een gezin, een buurt, een vriendengroep, etc. Die context bepaalt in hoge mate de mogelijkheden van iemand voor zelfredzaamheid en participatie. Het college wil toe naar een situatie waarin meer rekening wordt gehouden met de context waarin mensen leven<sup>3</sup>. In die context schuilt vaak veel kracht die in het huidige systeem onbenut wordt gelaten. Die kracht wil het college benutten en waar nodig versterken. Op die manier wordt ook de verbinding met de 'natuurlijke leefwereld' bijna automatisch gerealiseerd.

Rekening houden met de context waarin mensen leven betekent ook erkennen dat deze context niet voor iedereen hetzelfde is. Mensen verschillen in ondersteuningsbehoefte, niet alleen doordat zij als individu van elkaar verschillen, maar ook doordat mogelijkheden van de omgeving verschillen. Het college wil toe naar een situatie waarin veel meer ruimte is voor verschillen tussen mensen en hun omgeving.

---

<sup>3</sup> Op uitvoerend niveau betrekken zorgprofessionals ook nu al de omgeving van de cliënt. Dit is een ontwikkeling die al enige jaren aan de gang is. Bij de zorgtoewijzing spelen de mogelijkheden van het netwerk echter nog een ondergeschikte rol. Daar wil het college verandering in aanbrengen, zoals ook nu al gebeurt bij de toekenning van voorzieningen op grond van de WMO.

### 3.2 Rol van de gemeente in het sociale domein

Inwoners zijn zelf verantwoordelijk voor en hebben zelf de regie op hun eigen leven. Alleen in gevallen waarin de zelfredzaamheid van mensen en de participatie niet vanzelf gaat, is er volgens het college een rol weggelegd voor de gemeente. Deze rol is er primair op gericht om de zelfredzaamheid en de participatie van mensen te vergroten, voornamelijk via activering, ondersteuning en waar nodig bescherming. De centrale vraag bij het gemeentelijk sociaal beleid zou moeten zijn: 'wat hebben inwoners nodig om zelf hun leven en dat van hun kinderen in goede banen te leiden en zich te kunnen ontwikkelen binnen de eigen mogelijkheden, ook als er sprake is van ziekte, werkloosheid, handicap of ouderdom?' Daarbij wordt rekening gehouden met de ondersteuning die inwoners in hun eigen omgeving kunnen mobiliseren. De gemeente zou alleen aanvullend daarop moeten optreden. Het betekent ook dat de gemeente vaak niet zelf uitvoerend vorm geeft aan haar verantwoordelijkheden maar wanneer nodig regulerend, faciliterend of op andere wijze een voorwaardenscheppende functie heeft. De nieuwe wet en regelgeving biedt hiervoor ook kaders.

### 3.3 Uitgangspunten decentralisaties

In Steenwijkerland er is al veel in gang gezet dat aansluit bij het gestelde in de vorige twee paragrafen. Te denken valt bijvoorbeeld aan het wijken- en kernenbeleid, de dorpshuizen, het jeugdbeleid, het CJG, de WMO, woonservicegebieden en burgerkracht. Bij deze ontwikkelingen staat de kracht van inwoners en hun directe leefomgeving voorop. Bij het vormgeven van de nieuwe gemeentelijke taken wil het college op deze ontwikkelingen voortbouwen. Het college stelt voor om daarbij de onderstaande uitgangspunten tot leidraad te maken, bij alle drie transities.

#### *a. Uitgaan van eigen (veer)kracht en ontwikkelmogelijkheden van inwoners*

- De mogelijkheden (eigen kracht) van het individu / het gezin staan voorop, niet de beperkingen. Uitgegaan wordt van de eigen mogelijkheden van de inwoner: bekeken wordt waar die aangesproken en/of vergroot kunnen worden bij het zelf vinden van een antwoord/oplossing voor zijn vraag.
- Binnen de wettelijke kaders wordt een omslag gemaakt van 'recht op' naar compensatie: gekeken wordt naar wat nodig en redelijk is om bepaalde achterstanden of beperkingen van de inwoner met een beperking te compenseren, aanvullend op wat de inwoner en/of de sociale context zelf kan oplossen. Op die manier wil het college stimuleren dat iedereen mee kan doen in de samenleving.
- De oplossing die de inwoner en/of de sociale context zelf vindt voor zijn vraag/probleem wordt ondersteund, mits deze binnen de kaders van de Nederlandse wet- en regelgeving en gangbare waarden en normen past.
- De context van een individu/het gezin staat centraal. Een individu staat niet op zichzelf, maar maakt onderdeel uit van een context: gezin, straat, vriendengroep, vereniging, collega's etc. De eigen kracht van deze context wordt ingeschakeld ter ondersteuning van het individu/het gezin. Die is daardoor mede bepalend voor wat er (aanvullend van een professional) nodig is om de vraag/behoefte van de inwoner te compenseren. Indien nodig kan de context zelf ook worden ondersteund in zijn rol als ondersteuner.
- De eigen kracht wordt niet als objectief gegeven beschouwd, maar in relatie tot de draagkracht en draaglast van het individu/het gezin. Niet iedereen heeft dezelfde

omstandigheden of mogelijkheden om zelf een oplossing te realiseren voor zijn vraag/probleem. Bij het inschatten van de benodigde (professionele) ondersteuning wordt telkens een afweging gemaakt tussen de draagkracht en de draaglast van de inwoner en zijn/haar omgeving. De (professionele) ondersteuning wordt daarop aangepast.

- Het vermogen om inkomen te verdienen uit arbeid staat voorop. Het college verwacht van mensen dat zij hun capaciteiten naar hun mogelijkheden ontwikkelen en benutten, door middel van loon of het starten van een eigen bedrijf. Wie kan werken moet werken.
- Wanneer het niet lukt om te werken of het arbeidsvermogen te benutten, wordt van mensen verlangd dat zij op een andere manier (en naar hun mogelijkheden) een maatschappelijke bijdrage leveren.

*b. Gebruik maken van de kracht van de samenleving*

- De eigen kracht van de inwoners en de samenleving worden versterkt. In de onderlinge betrokkenheid van mensen schuilt veel energie. Deze energie wil het college aanboren onder meer door gebruik te maken van de methodiek van de 'eigen kracht centrale conferenties'<sup>4</sup>, door gebruik te maken van de mogelijkheden van verenigingen en kerken, door uit te gaan van vanzelfsprekend 'noaberschap' en door initiatieven te stimuleren die vanuit de bewoners zelf worden opgepakt.
- De maatschappelijke ondersteuning wordt meer 'naar voren georganiseerd': daar waar mogelijk wordt ondersteuning geleverd vanuit het gewone leven en de 'nulde lijn'. Dit houdt onder meer in dat als eerste wordt gekeken op welke manier het sociale netwerk en de context kan worden ingezet bij het oplossen van de vraag/behoefte van inwoners.
- Professionele inzet wordt uitgevoerd in aanvulling op de inzet vanuit de eigen omgeving of vrijwilligerswerk en kan zowel gericht zijn op de ondersteuning van het individu als op de ondersteuning van de eigen omgeving of vrijwilligers zodat zij hun 'taken' goed kunnen uitvoeren.

*c. Maatwerk*

- De ondersteuning/voorzieningen worden afgestemd op de vraag, de behoefte en de mogelijkheden van het individu en/of het gezin. Mensen die specifieke zorg of ondersteuning/begeleiding nodig hebben of die met meervoudige problemen te maken hebben, moeten niet tussen wal en schip vallen en ook aan de samenleving kunnen deelnemen.
- Generiek doelgroepenbeleid is niet bij voorbaat het vertrekpunt, wel wordt voor iedereen de ondersteuning georganiseerd die hij/zij nodig heeft. Dit kan wel betekenen dat, waar dit mogelijk en nodig is, voor bepaalde doelgroepen, zoals jongeren zonder startkwalificatie of gehandicapte ouderen, een (collectieve) aanpak wordt georganiseerd.
- De veiligheid van een kind/gezin mag niet in het geding zijn. Als dat wel het geval is, wordt direct opgetreden en zo nodig met "drang en dwang" ingegrepen om een veilige situatie te creëren.

---

<sup>4</sup> Voor een toelichting zie [www.eigen-kracht.nl](http://www.eigen-kracht.nl).

*d. Integrale benadering*

- Een vraag om ondersteuning of een signaal van een zorgelijke situatie wordt integraal bekeken (integrale vraaganalyse). Dit betekent dat hierbij alle leefgebieden, de gezinssituatie en de context van de inwoner worden meegenomen en in beeld gebracht.
- In geval van vragen op meerdere leefgebieden wordt gewerkt volgens het principe van één gezin, één plan, één regisseur. Dit betekent dat alle betrokken organisaties samenwerken in één (gezins- of ondersteunings-)plan en gezamenlijk, in overleg met de inwoner, bepalen wie de regisseur is voor de uitvoering van dit plan.
- Als er sprake is van professionele ondersteuning: contextgerelateerd denken in termen van aanbod, budget en organisatie.

*e. Ondersteuning zoveel mogelijk verankerd in de lokale leefwereld van inwoners*

- (Eenvoudige) oplossingen worden zoveel mogelijk lokaal (dichtbij) georganiseerd. Het college streeft er naar dat inwoners hun ondersteuning zoveel mogelijk binnen de eigen gemeente of in hun eigen dorp kunnen krijgen en daarvoor zo min mogelijk moeten reizen buiten de gemeentegrenzen.
- Bij het bieden van ondersteuning wordt zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij de directe leefomgeving van mensen (wijk en buurt). De leefomgeving wordt zoveel mogelijk betrokken bij de ondersteuning van de inwoner.
- De zorg wordt naar de mensen gebracht in plaats van dat mensen (uit hun omgeving) naar de zorg worden gebracht. Professionals bieden de ondersteuning zoveel mogelijk bij mensen thuis, in de eigen leefomgeving of op de vindplaats (bijvoorbeeld scholen). Het college vindt het belangrijk dat inwoners zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en daar de ondersteuning krijgen die nodig is. Alleen als het echt niet anders kan of als de veiligheid in gevaar is, wordt gekozen voor een oplossing buiten de eigen leefomgeving (bijvoorbeeld in (gesloten) jeugdzorg instellingen).
- Bij het bieden van ondersteuning wordt het gebruik van innovatieve ondersteuningsvormen gestimuleerd, zowel van inwoners als van organisaties, zoals bijvoorbeeld E-hulp en/of het gebruik van nieuwe media.

*f. Samenwerking tussen organisaties*

- Samenwerking binnen een netwerk van organisaties is het uitgangspunt: professionals en organisaties werken samen en aanvullend op elkaar om gezamenlijk die ondersteuning te bieden (aan inwoners, in de omgeving, wijken, dorpen etc.) die nodig is. Zij maken gebruik van elkaars expertise en deskundigheid en zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het totaal van de oplossing in het gezin, wijk, dorp etc. De belangen van de eigen organisatie, producten en budgetten zijn hierbij niet leidend. Zij werken samen volgens dezelfde visie en uitgangspunten.
- Geen organisatie is in principe leidend. De deskundigheid of expertise van de ene organisatie is niet beter dan die van een andere. Deze deskundigheden en expertise kunnen verschillend zijn, maar zijn gelijkwaardig en vullen elkaar aan.
- Het doel is niet (op voorhand) een fysieke bundeling van organisaties in bijvoorbeeld één groot verzamelgebouw of één grote gefuseerde organisatie. Wel wil het college kijken welke

efficiency- en effectiviteitsvoordelen te behalen zijn door een bundeling van activiteiten of het wegwerken van overlap.

## 4. Kaderstellende beleidskeuzen

In de voorbereidingen op de nieuwe taken zijn drie centrale vraagstukken in hoge mate bepalend voor de verdere uitwerking:

1. Hoe wordt de toegang tot voorzieningen georganiseerd?
2. Hoe wordt goede zorg gegarandeerd binnen de beperkte budgetten?
3. Hoe wordt de regie op de inzet van de schaarse middelen georganiseerd?

In dit hoofdstuk worden over deze vragen kaderstellende beleidskeuzen gemaakt.

### 4.1 Toegang

Met de decentralisaties krijgt de gemeente de verantwoordelijkheid voor een groot aantal taken en voorzieningen die nu onder de verantwoordelijkheid van andere overheden vallen (zie hoofdstuk 1). Een van die taken betreft het inrichten van de toegangsfunctie. Bij de toegangsfunctie gaat het om de vraag op grond waarvan en door wie wordt bepaald wat inwoners nodig hebben om hun zelfredzaamheid en participatie te vergroten.

Op dit moment wordt het recht op zorg en ondersteuning vastgesteld op basis van zo objectiveerbaar mogelijke kenmerken van een individu. In het vorige hoofdstuk is de wens van het college aangegeven om deze systematiek om te buigen naar een flexibelere methodiek waarbij niet meer een recht op een voorziening centraal staat, maar de behoefte aan ondersteuning. De werkelijke behoefte aan ondersteuning wordt in kaart gebracht in de fase van vraagverheldering. Daarbij wil het college niet alleen kijken naar wat een cliënt zelf kan doen, maar ook naar wat zijn omgeving kan doen en wat er aanvullend nodig is voor zelfredzaamheid en participatie. Een bewezen methodiek voor vraagverheldering is het keukentafelgesprek. De WMO-consulenten hebben hier goede ervaringen mee.

Aansluitend bij het uitgangspunt van eigen regie, behoort de cliënt een belangrijke stem te hebben in het bepalen van wat nodig is. Bij vraagverheldering moet echter altijd een professional betrokken zijn. Ten eerste omdat het zaak is zicht te krijgen op de 'vraag achter de vraag'. De gearticuleerde vraag is immers niet altijd het werkelijke probleem. Door gericht door te vragen komt de werkelijke vraag boven tafel en kan een passende oplossing worden gezocht. De tweede reden om altijd een professional te betrekken bij de vraagverheldering is dat de kosten van professionele ondersteuning betaald worden uit schaarse collectieve middelen, hetgeen een kritische (toegangs-)toets noodzakelijk maakt (zie ook paragraaf 4.3).

In hoofdstuk 3 is aangegeven dat het college een beweging 'naar voren' wil maken: dat wil zeggen dat, daar waar mogelijk, meer gekeken wordt naar vormen van informele ondersteuning of lichte vormen van professionele ondersteuning. Om deze beweging naar voren te kunnen maken, is het

van belang dat de professionals die de vraagverheldering uitvoeren, goed zicht hebben op de mogelijkheden van de nulde en de eerstelijns ondersteuning. Het college positioneert de toegang daarom bij voorkeur in de buurt van nulde of eerstelijns voorzieningen. Deze voorzieningen worden ook wel het 'voorliggend veld' genoemd.

Op het gebied van Jeugd kent Steenwijkerland een uitstekende infrastructuur van nulde en eerstelijns voorzieningen. Deze zijn georganiseerd rondom – of hebben nauwe verbindingen met – het CJG. Het ligt daarom voor de hand om de vraagverheldering op het gebied van Jeugd uit te laten voeren door de professionals van het CJG.

Op het gebied van begeleiding vormen voorzieningen als het algemeen maatschappelijk werk, het werk van MEE<sup>5</sup> en diverse welzijnsactiviteiten het voorliggend veld. Het voorliggend veld op het gebied van begeleiding is echter minder sterk georganiseerd dan op het gebied van Jeugd: de signalerende functie is minder uitgekristalliseerd en de verbindingen tussen diverse organisaties is minder sterk. Hierdoor is er – anders dan bij de Jeugd - geen logische plek om de toegangsfunctie tot de begeleiding te beleggen. Over dit vraagstuk heeft het college diverse gesprekken gevoerd met de 12 grootste aanbieders van begeleiding in Steenwijkerland. Zij hebben een duidelijke voorkeur uitgesproken om de toegang tot professionele begeleiding neer te leggen bij sociale gebiedsteams. Deze gebiedsteams vervullen drie functies: preventie, vroegtijdige signalering van problemen en de toegangsfunctie tot professionele vormen van ondersteuning. Vanuit de gebiedsteams dient voldoende deskundigheid ingeschakeld te kunnen worden op het gebied van de mogelijkheden en beperkingen van cliëntgroepen (zoals kennis op het gebied van GGZ, niet aangeboren hersenletsel, verstandelijke beperking e.d.). Het college wil deze optie in overleg met de zorgaanbieders nader uitwerken. Vragen hierbij zijn onder meer:

- hoe kan voorkomen worden dat de gebiedsteams een onnodige bureaucratische laag gaan vormen?
- hoe kan de keuzevrijheid voor de cliënt gewaarborgd worden in gebiedsteams waarin niet alle zorgaanbieders vertegenwoordigd kunnen zijn?
- hoe kan de kwaliteit van de ondersteuning worden gewaarborgd?
- welke prikkels kunnen ingebouwd worden om de uitgaven aan professionele ondersteuning binnen het beschikbare budget te houden (zie paragraaf 4.3)?
- welke prikkels kunnen ingebouwd worden om samenwerking tussen zorgaanbieders te stimuleren?
- hoe worden de gebiedsteams gepositioneerd ten opzichte van de reeds bestaande clusterteams van het CJG?

Op het gebied van persoonlijke verzorging is er feitelijk geen sprake van een voorliggend veld – anders dan de inzet van het netwerk van de cliënt. Wel maken veel cliënten die gebruik maken van persoonlijke verzorging, ook gebruik van voorzieningen uit de huidige WMO. De WMO-consulenten hebben bovendien veel ervaring met het kijken naar de mogelijkheden om – binnen het redelijke – het netwerk in te schakelen ter ondersteuning van de cliënt. Dit heeft geleid tot aanmerkelijke besparingen op het budget voor huishoudelijke hulp. Het college stelt daarom voor om de

---

<sup>5</sup> De cliëntondersteuning van MEE wordt eveneens gedecentraliseerd naar de gemeente.

vraagverheldering op het gebied van persoonlijke verzorging uit te laten voeren door de WMO-consulenten.

Op het gebied van de Participatiewet bestaat het 'voorliggend veld' vooral uit diverse reïntegratievoorzieningen. Kennis en deskundigheid op dit gebied ligt vooral bij de IGSD en de Noordwest Groep. Toegang tot de voorzieningen uit de nieuwe Participatiewet worden daarom belegd bij de IGSD/NoordWestGroep.

Samengevat stelt het college voor om:

- a. de vraagverheldering op het gebied van jeugd te laten uitvoeren door de CJG-kernpartners (Zoggroep Oude en Nieuwe Land, GGD, MEE en Bureau Jeugdzorg);
- b. de vraagverheldering op het gebied van persoonlijke verzorging (incl. vervoer en kortdurend verblijf) uit te laten voeren door de WMO-consulenten;
- c. de vraagverheldering op het gebied van werk en inkomen te beleggen uit te laten voeren door de IGSD/NoordWestGroep.
- d. de vraagverheldering op het gebied van begeleiding (incl. vervoer, kortdurend verblijf en beschermd wonen)<sup>6</sup> uit te laten voeren door nieuw op te richten gebiedsteams. Het college zal dit in samenwerking met zorgaanbieders nader uitwerken.

Via deze toegangen kan de 'enkelvoudige' ondersteuning aan inwoners effectief en efficiënt worden gearrangeerd. Wanneer sprake is van problematiek op meerdere leefdomeinen, werken de professionals van deze toegangen samen aan integrale dienstverlening, waarbij er sprake is van één gezins- of ondersteuningsplan en één coördinator. Hierover zal het college bindende afspraken maken met zorgaanbieders .

#### *Vindplaatsen en zorgmijders*

De toegangsfunctie is volgens het college een actieve functie. Dit betekent dat, net zoals bij het huidige CJG, de professionals niet in een centraal fysiek loket zitten te wachten tot er iemand komt met vragen, maar zichtbaar aanwezig zijn in de leefomgeving van de inwoners. Ook onderhouden zij nauwe contacten met professionals en organisaties die soms dichterbij de inwoners staan (zoals de huisarts en de school) en daardoor eerder in staat zijn problemen te signaleren.

Niet alle inwoners willen gebruik maken van de mogelijkheden tot ondersteuning. Soms is er sprake van zorgmijders of van mensen die in een multiprobleemsituatie verkeren waardoor er een onveilige of onhoudbare situatie ontstaat. In die gevallen wordt (voor zover mogelijk) ingegrepen, zo nodig via een "drang en dwang"-aanpak. Voor zowel volwassenen als kinderen geldt dat wanneer er sprake is van meervoudige problematiek (op verschillende leefgebieden) de samenhang in aanpak vanuit de verschillende leefdomeinen bewaakt moet worden. Dit gebeurt voor zover mogelijk samen met betrokkene(n) zelf. Het gezins- of ondersteuningsplan is daarbij een belangrijk instrument.

---

<sup>6</sup> In een conceptversie van de WMO wordt beschermd wonen toebedeeld aan de centrumgemeenten. Het is nog onduidelijk of dit betekent dat ook de centrumgemeente verantwoordelijk wordt voor de toegang van tot het beschermd wonen. Indien de toegangsfunctie bij afzonderlijke gemeenten wordt belegd, kiest de gemeente Steenwijkerland er voor om deze onder te brengen in het sociaal gebiedsteam.



## 4.2 Goede zorg binnen een beperkt budget

De decentralisaties gaan gepaard met forse kortingen op het rijksbudget. Landelijk bedragen de kortingen grofweg:

- a. 15% vanaf 2017 op het budget voor jeugdzorg (gefaseerd: 4% in 2015, in 2016 10%);
- b. 15% vanaf 2015 op het budget voor persoonlijke verzorging;
- c. 25% vanaf 2015 op het budget voor begeleiding, kortdurend verblijf en vervoer;
- d. 20% op het participatiebudget in 2018 (gefaseerd vanaf 2014).

### *Bezuinigingsrichtingen*

Het afgelopen jaar zijn met de zorgaanbieders meerdere gesprekken gevoerd over de kortingen op het macrobudget. De zorgaanbieders geven aan dat het mogelijk is om tegen lagere kosten verantwoorde zorg te blijven leveren. Op grond van deze gesprekken ziet het college met name op de volgende gebieden kansen voor kostenbesparing:

- a. terugdringen bureaucratie;
- b. zorgtoewijzing op basis van wat echt noodzakelijk is;
- c. meer inzet van collectieve arrangementen en minder individuele begeleiding;
- d. eerder afschalen van zorg;
- e. meer gebruik maken van de eigen kracht en van de kracht van de context (vrijwilligers, mantelzorgers);
- f. meer samenwerking tussen zorgaanbieders (onder meer het combineren van doelgroepen bij vervoer en dagbesteding);
- g. efficiëntere bedrijfsvoering (minder overhead, regie bij de uitvoerend professional).

Deze besparingsrichtingen worden hieronder nader beschouwd.

a. Het *terugdringen van bureaucratie* heeft te maken met de voorwaarden die de gemeente stelt aan zorgtoewijzing en verantwoording van de middelen. Dit onderwerp zal in overleg met zorgaanbieders nader worden verkend. Daarbij wordt gekeken op welke manier de administratieve lasten kunnen worden teruggedrongen terwijl de gemeente wel voldoende zicht houdt op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de besteding van de middelen en op de kwaliteit van de uitvoering.

b. De tweede bezuinigingsrichting (*zorgtoewijzing op basis van wat echt noodzakelijk is*) hangt nauw samen met de keuzen die gemaakt worden op het gebied van toegang. In de vorige paragraaf is hierover aangegeven dat door middel van vraagverheldering zicht wordt verkregen op de werkelijke ondersteuning die iemand nodig heeft om de zelfredzaamheid en participatie te vergroten. De mogelijkheden van ondersteuning vanuit het netwerk van de cliënt worden daarbij nadrukkelijk betrokken. Het keukentafelgesprek is een beproefde methodiek voor vraagverheldering. De ervaringen met de WMO hebben aangetoond dat op deze manier fors op de uitgaven bespaard kan worden. Het college is voornemens om deze methodiek vanaf 1 januari 2015 bij alle nieuwe cliënten toe te passen. Voor de bestaande cliënten wordt een overgangstermijn van twee jaar voorgesteld. In

deze twee jaar zullen met alle bestaande cliënten gefaseerd vraagverhelderingsgesprekken worden gevoerd op basis waarvan nieuwe afspraken kunnen worden gemaakt over de ondersteuning.

c, d en e. Bij de verschuiving van *individuele begeleiding naar collectieve ondersteuning* is niet alleen het aanbod van belang (welke vormen van collectieve ondersteuning zijn er in de gemeente), maar de ook de vraag welke afspraken worden gemaakt in de gezins- of ondersteuningsplannen. Wordt gekozen voor deelname aan collectieve voorzieningen of toch liever voor individuele begeleiding omdat de cliënt dat liever wil? Over de uitwerking hiervan zal het college in contact treden met de professionals die de vraagverheldering uitvoeren en met de zorgaanbieders voor het realiseren van collectieve voorzieningen. Hetzelfde geldt voor het *eerder afschalen van zorg*. Hiervoor is het van belang dat de afspraken in het gezins- of ondersteuningsplan een afgebakende tijdsperiode omvatten— en dat deze regelmatig worden geëvalueerd. Als het gaat om de *inzet van de eigen kracht en de kracht van de context* is er een nauwe relatie met de vraagverheldering (zie vorige paragraaf) en met het gemeentelijk beleid ten aanzien van vrijwilligers en mantelzorgers (prestatievelid 4 van de huidige WMO). De herijking van dit beleid zal plaatsvinden in nauw overleg met de zorgaanbieders en de professionals van de toegang.

f en g. De laatst genoemde bezuinigingsrichtingen (meer samenwerking en efficiëntere bedrijfsvoering) zijn zaken die in eerste instantie door de zorgaanbieders zelf gerealiseerd kunnen worden. Hier ziet het college in eerste instantie geen taak voor de gemeente weggelegd. Zorgaanbieders weten immers zelf het beste waar de 'lucht' zit in de eigen bedrijfsvoering en hoe zij door middel van samenwerking winst kunnen behalen. Een efficiencykorting zal instellingen stimuleren om de kansen die er op dit gebied zijn te benutten.

### *Beleidskeuzen bezuinigingen*

Op grond van bovenstaande stelt het college de volgende kaderstellende beleidskeuzen voor:

- a. Cliënten behouden in 2015 zoveel mogelijk hun zorg. Dit betekent het volgende:
  - voor cliënten die gebruik maken van zorg die onder jeugdwet komt te vallen: bestaande indicaties worden niet eerder dan vanaf 1 januari 2016 vervangen door nieuwe zorgarrangementen, tenzij de indicatie in 2015 afloopt;
  - voor cliënten die gebruik maken van zorg die onder de nieuwe WMO komt te vallen: Vanaf 1 januari 2015 worden gefaseerd vraagverhelderingsgesprekken gevoerd met bestaande cliënten. De vraagverhelderingsgesprekken kunnen leiden tot een nieuw arrangement, te beschrijven in het gezins- of ondersteuningsplan. Hierbij hebben de volgende cliënten prioriteit:
    1. cliënten van wie de CIZ-indicatie afloopt;
    2. cliënten die gebruik maken van een zorgaanbod waarvan de kosten hoog zijn.
- b. Voor cliënten die straks vallen onder de nieuwe Participatiewet geldt het uitgangspunt dat zij primair hun eigen kracht in moeten zetten om te participeren en mee te doen op de arbeidsmarkt. Alleen cliënten die het echt nodig hebben worden ondersteund.
- c. Met de zorgaanbieders worden afspraken gemaakt over het bieden van zorg en ondersteuning in 2015. Deze afspraken sluiten aan bij de zorg die aanbieders op dit moment leveren aan inwoners in Steenwijkerland, zij het met een efficiencykorting van een nog nader te bepalen percentage .

- d. In overleg met de organisaties die de verantwoordelijk zijn voor de toegang en de aanbieders van gespecialiseerde zorg worden de volgende bezuinigingsrichtingen uitgewerkt:
- terugdringen bureaucratie;
  - meer collectieve arrangementen;
  - eerder afschalen van zorg;
  - meer inzet vrijwilligers.

### **4.3 Regie op de inzet van middelen**

De afspraken over het vergroten van de zelfredzaamheid en participatie worden beschreven in het gezins- of ondersteuningsplan. Afsproken kan worden dat de cliënt/ het gezin gedurende kortere of langere tijd professionele ondersteuning krijgt. In dat geval heeft het gezins-/ondersteuningsplan financiële consequenties. Zeker gezien de bezuinigen is de regie op de inzet van de middelen een belangrijk aandachtspunt.

Eén van de mogelijkheden om als gemeente grip te houden op de uitgaven, is door de vraagverheldering zelf uit te voeren (zoals ook het geval bij de huidige WMO). In paragraaf 4.1 is aangegeven dat bij de Participatiewet en de persoonlijke verzorging de vraagverheldering in eigen hand wordt gehouden. Door de zorgtoewijzing nauwlettend te monitoren behoudt de gemeente maximale sturingsmogelijkheden op het budget.

Bij de decentralisatie Jeugd en begeleiding wordt de vraagverheldering opgedragen aan professionals uit het werkveld (het CJG resp. het gebiedsteam). Het college stelt voor om zowel het CJG als het gebiedsteam de beschikking te geven over een taakstellend lumpsum budget waaruit alle vormen van ondersteuning betaald moeten worden. De regie over de inzet van de middelen wordt op deze manier neergelegd bij de partijen die het meest zicht hebben op de vragen van de inwoners. Voordeel hiervan is maximale flexibiliteit voor instellingen over de inzet van het budget. Het is daardoor makkelijker maatwerk te leveren en om de middelen in te zetten op plekken waar ondersteuning het meest nodig is. Voorwaarde is een zeer goede systematiek van monitoring die de gemeente tijdig inzicht verschaft in de (dreigende) budgetoverschrijdingen. Ook de kwaliteit van de geboden ondersteuning moet nauwlettend gevolgd kunnen worden<sup>7</sup>. Daarnaast moet de gemeente over voldoende mogelijkheden beschikken om in te grijpen indien nodig. Het college wil de lumpsum variant nader uitwerken in overleg met de CJG-partners en zorgaanbieders.

#### *Flexibiliteit*

Eén van de uitgangspunten in dit beleidskader is het streven naar maatwerk (zie hoofdstuk 3). Om dit te kunnen realiseren is het nodig dat er voldoende vrijheid is bij de inzet van de middelen. Niet alleen voor de professional die op casusniveau zorg toewijst, maar ook op macro niveau. Het is nog onbekend in hoeverre het rijk de budgetten ontschot zal decentraliseren. Voor zover dit mogelijk is,

---

<sup>7</sup> Het rijk zal landelijke kwaliteitseisen vastleggen in nadere regelgeving. Via verordeningen kan de gemeente aanvullend daarop kwaliteitseisen vastleggen. Of aanvullende kwaliteitseisen nodig zijn, zal het college beoordelen na het verschijnen van de rijksregelgeving. Om grip te houden op de kwaliteit is het niet alleen van belang dat de juiste aspecten van kwaliteit worden gemeten, maar ook dat de kwaliteit met voldoende regelmaat in beeld wordt gebracht en dat de uitkomsten van de kwaliteitsmetingen tijdig beschikbaar komen.

stelt het college voor om de budgetten voor jeugd, WMO en Participatiewet ontschot in de gemeentelijk boekhouding op te nemen.

*Beleidskeuzen regie middelen*

Samengevat stelt het college voor om:

- a. in overleg met de zorgaanbieders en het CJG een vorm van lumpsum financiering nader uit te werken, waarbij het monitoren van de kwaliteit en de budgetuitputting belangrijke thema's zijn;
- b. de budgetten voor jeugd, WMO en Participatiewet voor zover mogelijk ontschot in de gemeentelijke boekhouding op te nemen.

## 5. Vervolgproces

### 5.1 Verordeningen

Met dit beleidskader wordt de raad gevraagd in te stemmen met de ambitie, een aantal uitgangspunten en kaderstellende beleidskeuzen. Via verordeningen zullen nadere regels worden gesteld op het gebied van jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning. In de concept Jeugdwet en in de concept WMO staan de onderwerpen vermeld die in ieder geval deel moeten uitmaken van de verordening. Hierbij gaat het om zaken als:

- de criteria op basis waarvan wordt vastgesteld of een cliënt voor begeleiding of ondersteuning in aanmerking komt;
- de voorwaarden en hoogte van het persoonsgebonden budget en de eigen bijdrage;
- de eisen aan de kwaliteit van voorzieningen;
- de wijze waarop cliëntparticipatie wordt vormgegeven;
- de afhandeling van klachten;
- het melden van calamiteiten en geweld bij de verstrekking van een voorziening.

Vanuit het rijk worden in april 2014 modelverordeningen verwacht. Deze zullen worden gebruikt bij het opstellen van verordeningen voor Steenwijkerland, die in het najaar van 2014 ter vaststelling aan de gemeenteraad worden gestuurd.

### 5.2 Pilots

De uitgangspunten en beleidskeuzen uit dit beleidskader worden verder uitgewerkt in zaken als concrete werkafspraken, richtlijnen, inkoopvoorwaarden, kwaliteitseisen en dergelijke. Dit wil het college zoveel mogelijk doen aan de hand van concrete praktijkervaringen. Via pilots wil het college ervaring opdoen met de nieuwe processen waar de gemeente verantwoordelijk voor is. Op basis van die ervaringen worden de processen verder ingericht en worden aanvullende beleidskeuzen gemaakt.

#### *Pilot Jeugd*

Het streven is om uiterlijk 1 januari 2014 te starten met een pilot waarbij alle casussen van jeugdigen die woonachtig zijn in Steenwijkerland in de bestaande CJG-structuur worden opgepakt. De professionals van de clusterteams zijn in de pilot verantwoordelijk voor het hele zorgproces: van signaleren en vraagverheldering, via het opstellen en (doen) uitvoeren gezins- of ondersteuningsplan (incl casusregie), tot aan de evaluaties en nazorg. Dit geldt ook voor casussen waarbij sprake is van de inzet van thans nog geïndiceerde zorg. Op alle onderdelen van het zorgproces kunnen de CJG-teams gebruik maken van de deskundigheid van specialistische partijen

Het algemene doel van de pilot is om praktische ervaring op te doen met de nieuwe (zorg)taken voor de gemeente. Het gaat hierbij zowel om begeleiding, bescherming en zonodig behandeling. Op basis van die ervaringen zullen beslissingen worden genomen over de inrichting van het zorgproces, het

inkoopproces en het registratieproces. De organisaties die de thans nog geïndiceerde vormen van jeugdzorg, jeugd-GGZ en jeugd LVB uitvoeren, worden bij de pilot betrokken.

Voor de nieuwe jeugdwet geldt dat voor een aantal onderwerpen bovenlokale samenwerking verplicht is (onder meer jeugdreclassering, jeugdvoogdij, gesloten jeugdzorg, pleegzorg). Hiervoor werkt de gemeente Steenwijkerland samen in de regio IJsselland. Voor deze onderwerpen zullen op regionaal niveau afspraken worden gemaakt met aanbieders. Maar ook voor deze taken zal afstemming plaats moeten vinden met de uitvoering op lokaal niveau. Alleen dan kan daadwerkelijk gebruik worden gemaakt van de kracht van de Steenwijkse samenleving en is een integrale benadering mogelijk. In de pilot zal worden verkend wat er nodig is om deze afstemming vorm te geven. Belangrijke afspraak in de regio is dat de casusregie altijd op lokaal niveau zal plaatsvinden.

Daarnaast wordt in de pilot onderzocht hoe de samenwerking met huisartsen en zorgverzekeraars het best kan worden georganiseerd. Wanneer het gaat om de geestelijke gezondheidszorg kunnen artsen rechtstreeks blijven doorverwijzen terwijl de rekening in de toekomst bij de gemeente komt.

#### *Pilot Persoonlijke verzorging*

Uit een eerste inventarisatie blijkt dat de Zorggroep Oude en Nieuwe Land in Steenwijkerland de grootste uitvoerder van persoonlijke verzorging is (meer dan 90%). Met hen zijn afspraken gemaakt om de eerste stappen te zetten in het verkennen van de, voor de gemeente, nieuwe functie persoonlijke verzorging. WMO-consulenten gaan meelopen met het intake-, indicatie- en uitvoeringsproces zoals dat binnen de Zorggroep Oude en Nieuwe Land wordt vormgegeven. Het doel van de pilot is hier ook om praktische ervaring op te doen met deze nieuwe (zorg)taak voor de gemeente. Daarnaast zal worden onderzocht in hoeverre de werkprocessen rondom de persoonlijke verzorging zoveel mogelijk aan kunnen sluiten bij de huidige werkprocessen huishoudelijke verzorging. Het college is voornemens de pilot uit te breiden met andere zorgaanbieders om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van deze, voor de gemeente nieuwe, taak.

#### *Pilot Begeleiding, vervoer en kortdurend verblijf*

Door de zorgaanbieders is de wens uitgesproken om op korte termijn te starten met een pilot met zorgtoewijzing vanuit sociale gebiedsteams. Op dit moment worden de contouren van een dergelijke pilot verder uitgewerkt, in overleg met de zorgaanbieders.

### **5.3 Dialoog met cliënten en maatschappelijke partners**

De nieuwe taken van de gemeente zullen voor een belangrijk deel worden uitgevoerd door maatschappelijke instellingen, zoals het CJG, specialistische zorgaanbieders en de IGSD/NoordWestGroep. De verdere uitwerking van dit beleidskader zal dan ook in dialoog met deze partners plaatsvinden.

Ook met cliënten en cliëntvertegenwoordigers zullen gesprekken gevoerd blijven worden. Doel van deze gesprekken is voeling blijven houden datgene wat cliënten belangrijk vinden. Een van de onderwerpen in de gesprekken van de komende anderhalf jaar is de manier waarop cliënten betrokken zouden willen worden bij het gemeentelijk beleid.

Een belangrijke partner op het gebied van jeugd zijn de scholen en voorschoolse instellingen. Scholen en voorschoolse instellingen werken continu aan een gezonde ontwikkeling van kinderen. Daarmee zijn zij een belangrijke partner in de uitvoering. Maar ook als vindplaats hebben zij een belangrijke positie: als de ontwikkeling bedreigd wordt, zijn docenten, leerkrachten en leidsters vaak een van de eersten die dit signaleren.

Scholen bereiden zich momenteel voor op de komst van passend onderwijs. Met het passend onderwijs wordt de verantwoordelijkheid voor de geïndiceerde onderwijszorg overgeheveld naar de schoolbesturen. Hiertoe moeten schoolbesturen met elkaar samenwerken in regionale samenwerkingsverbanden. Op dit moment werken de samenwerkingsverbanden hun ambities met betrekking tot passend onderwijs uit in 'ondersteuningsplannen'. Deze ondersteuningsplannen moeten in het voorjaar van 2014 gereed zijn. De gemeente is niet direct verantwoordelijk voor het passend onderwijs. Wel grijpen de ambities en de keuzen van de schoolbesturen met passend onderwijs in op de ambities van gemeenten met de jeugdzorg – en vice versa. Met het onderwijsveld wordt dan ook nauw overlegd over afstemming tussen de decentralisatie van de jeugdzorg en het passend onderwijs. Dit gebeurt onder meer in het wettelijk verplichte OOGO (op overeenstemming gericht overleg), maar ook in andere formele en informele settings.

## **5.5 Informeren raad**

In het najaar van 2014 zullen de verordeningen op het gebied van jeugd en maatschappelijke ondersteuning worden voorgelegd aan de raad. Via de begrotingen wordt de raad gevraagd in te stemmen met de financiële kaders. Daarnaast zal de raad zal regelmatig geïnformeerd worden over de voortgang van de decentralisaties, via raadsinformatiebrieven en desgewenst ook via informatiebijeenkomsten.

## 6. Tot slot

### *Onzekere context*

In dit beleidskader zijn de ambitie, de aanpak en de uitgangspunten geschetst die het college voorstelt bij de voorbereidingen op de transities. Ook is een aantal kaderstellende beleidskeuzes gemaakt. Daarbij moet opgemerkt worden dat de keuzes worden gemaakt in een context van onzekerheid over wettelijke kaders en budgetten. De wettelijke kaders worden neergelegd in de Jeugdwet, een nieuwe WMO en in de nieuwe Participatiewet. De concept Jeugdwet is inmiddels aan de Tweede Kamer verstuurd en wordt naar verwachting voor het einde van 2013 aangenomen door de Tweede en Eerste Kamer. Tot die tijd kunnen er nog zaken wijzigen in de wet. Daarnaast kan het kabinet nog komen met aanvullende voorschriften in de vorm van AmvB's en Ministeriële Regelingen. De concept WMO ligt op dit moment ter advisering voor bij de Raad van State. Na het advies van de Raad van State kan het wetsvoorstel nog gewijzigd worden. Het kabinet verwacht dat zowel de WMO als de Participatiewet uiterlijk in 1 juli 2014 gepubliceerd kunnen worden in het Staatsblad.. Dit beleidskader is in lijn met de voornemens in meest recente versies van de conceptwetten.

Ook over de omvang van de over te hevelen budgetten is nog veel onduidelijk. Weliswaar zijn in de meicirculaire van 2013 voorlopige budgetten bekend gemaakt voor de jeugdzorg en worden budgetindicaties voor de WMO en de Participatiewet in het najaar van 2013 verwacht. Dit betreffen echter voorlopige budgetten; de definitieve budgetten voor 2015 worden met de meicirculaire 2014 bekend. Voor de jaren na 2015 zal een objectief verdeelmodel worden gemaakt. Hoe dit eruit komt te zien, wordt in mei 2014 bekend. Voor sommige gemeenten zal dit voordelig, voor andere nadelig uitpakken.

De onduidelijkheid over de wettelijke kaders en de budgetten, maken de voorbereidingen soms wat lastig. Wachten op meer duidelijkheid is echter niet aan de orde. Dat zou te weinig ruimte laten voor een zorgvuldige voorbereiding. Daarom kiest het college er voor om de voorbereidingen, onder meer via pilots, voortvarend ter hand te nemen. Dit kan betekenen dat in een later stadium blijkt dat reeds gemaakte keuzes toch aangepast moeten worden. Een zekere mate van flexibiliteit van alle partijen is dan ook noodzakelijk.

### *Tempoverschillen*

De uitgangspunten en keuzes in dit beleidskader hebben betrekking op de drie decentralisaties. De context binnen de drie domeinen (jeugd, zorg en Participatiewet) verschilt echter van elkaar. Zo is er bijvoorbeeld op het gebied van Jeugd een uitgebreide basisinfrastructuur waarop voortgebouwd kan worden. Op het gebied van begeleiding is de basisinfrastructuur veel minder uitgebreid. Het domein van werk en inkomen kent deels zijn eigen dynamiek, die de laatste tijd onder meer werd bepaald door het voornemen om te komen tot één uitvoeringsorganisatie van IGSD en NoordWestGroep. Door dit soort verschillen zal het tempo van de ontwikkelingen tussen de domeinen uiteen kunnen



lopen. Desalniettemin geldt voor alle drie domeinen dat de ontwikkelingen zullen worden gestuurd door de uitgangspunten en beleidskeuzes in dit document.

## **Bijlage 1**

### **Verslag cliëntgesprekken**

In het kader van de decentralisatie van de AWBZ krijgt de gemeente er een aantal doelgroepen bij. In de toekomst zullen cliënten 'aankloppen' bij de gemeente met hun zorgvraag. In juni, juli en augustus 2013 zijn eerste gesprekken gevoerd met deze 'nieuwe' cliënten. Gesproken is met cliënten met een aangeboren verstandelijke beperking, met niet-aangeboren hersenletsel, psychiatrische beperking en autisme. De gesprekken zijn gevoerd met cliënten waarbij de functie begeleiding de voorliggende functie was. In een enkel geval ontvingen cliënten ook persoonlijke verzorging.

Doel van het gesprekken was een eerste kennismaking. Het feit dat al in een vroeg stadium is gesproken met cliënten werd zeer gewaardeerd. Cliënten ervaren het als positief dat ze worden gehoord. Cliënten willen graag betrokken blijven bij de transitie en geïnformeerd worden over besluitvorming. Het college is voornemens om dergelijke gesprekken te herhalen zodra er in het transitieproces meer concrete voornemens met cliënten besproken kunnen worden. De komende maanden zal tevens onderzocht worden op welke wijze de 'nieuwe' cliënten structureel bij de totstandkoming van het gemeentelijk betrokken kunnen worden.

In de gesprekken kwamen vragen aan de orde op het gebied van wonen, werken, onderwijs en het informele netwerk. Daarnaast werd gevraagd of, en zo ja waarover men zich zorgen maakt als het gaat om de transitie. Ook werd gevraagd op welke wijze cliënten geïnformeerd/ betrokken willen worden bij het proces. Over de transitie op zich maken cliënten zich doorgaans geen zorgen (ouders of verwanten kijken daar iets anders tegen aan), maar cliënten zien wel dat 'het' minder wordt, vervoer wordt duurder, eigen bijdragen gaan omhoog, de mogelijkheden om te werken worden beperkt. Als het gaat om de bezuiniging dan is de constatering dat er al heel veel is wegbezuinigd in het verleden. De angst is dat de ondersteuning van een persoonlijke begeleider wegvalt, dat activiteiten op de dagbestedingslocatie niet meer vergoed worden of dat de vergoeding voor vervoer volledig wegvalt. Cliënten ervaren bezuinigingen als een beperking van de mogelijkheid om zelfstandig te functioneren. Begeleiders wijzen op de preventieve werking van de begeleiding waardoor hogere kosten worden voorkomen.

De ouders van kinderen met autisme gaven aan dat het sociale isolement waarin de jongeren verkeren, het onbegrip op school en in de omgeving en de belasting in het gezin belangrijke issues zijn. Een voorziening als kortdurend verblijf (respijtzorg) wordt ervaren als een noodzakelijke en onmisbare verlichting van de zorg door ouders, broers en zussen.

Het netwerk van veel cliënten is fragiel. Veel komt op ouders neer. Vriendschappen in de 'gewone wereld' zijn moeilijk om te onderhouden. De aard van de beperking kan een goede communicatie verhinderen. Cliënten waarbij de beperking uiterlijk niet zichtbaar is worden vaak overschat waardoor onbegrip kan ontstaan. Dit ervaren jongeren met autisme of mensen met een psychiatrische beperking aan den lijve. Op school en in het werk lopen dergelijke cliënten op tegen onbegrip en ongeduld.

Cliënten zijn doorgaans niet blij met veranderingen. Desondanks verandert er voortdurend wat in de levens van cliënten. Cliënten geven dit indirect ook aan, bijvoorbeeld in het geval van een dagbestedingslocatie die zou worden verplaatst. Deze verandering zorgde aanvankelijk voor veel onrust bij de cliënten, maar nu de verplaatsing een feit is wil men niet meer terug naar de oude situatie. Een veel groter probleem is (voortdurende) onduidelijkheid. Cliënten voelen zich vaak thuis bij hun zorgaanbieder, maar dat wil niet zeggen dat cliënten nooit overgaan naar een andere zorgaanbieder. Diverse cliënten waarmee gesproken is waren (recent) overgestapt naar hun huidige zorgaanbieder.

## Bijlage 2

### Grondslagen en functies huidige AWBZ

In deze bijlage wordt beknopte informatie gegeven over de huidige werkwijze van de AWBZ. In paragraaf 1 wordt ingegaan op de grondslagen die bepalen of een cliënt recht heeft op zorg of begeleiding. Daarna wordt ingegaan op de 'functiegerichte aanspraken' die bestaan uit verschillende vormen van zorg of begeleiding. De functiegerichte aanspraken die worden gedecentraliseerd naar de gemeente worden in paragraaf 2 beschreven. Het systeem van grondslagen en functiegerichte aanspraken komt in de nieuwe WMO te vervallen. In plaats daarvan krijgt de gemeente de opdracht om inwoners te ondersteunen bij de zelfredzaamheid en participatie, voor zover de inwoner daar niet op eigen kracht of met behulp van zijn netwerk toe in staat is.

#### 1. Grondslagen

Om in aanmerking te komen voor AWBZ-zorg moet er bij de verzekerde sprake zijn van een bepaalde aandoening, beperking of handicap: een grondslag. Deze AWBZ-grondslagen zijn omschreven zodat bepaald kan worden of er sprake is van AWBZ-zorg. Er zijn zes grondslagen:

- Somatische (lichamelijke) ziekte, aandoening of beperking
- Psychogeriatrische aandoening of beperking
- Psychiatrische aandoening of beperking
- Verstandelijke beperking
- Lichamelijke handicap
- Zintuiglijke handicap

##### *Een somatische aandoening of beperking*

Een somatische aandoening of beperking vindt veelal zijn oorzaak in een actuele somatische (lichamelijke) ziekte of aandoening. In sommige situaties bereikt een chronische somatische aandoening op enig moment een 'eindstadium'. Dat wil zeggen, dat bij de somatische aandoening een stabiele toestand is bereikt waarin geen functionele verbetering meer te verwachten is. Verdere behandeling zal niet leiden tot verder herstel en bepaalde beperkingen worden daarmee blijvend. Het vaststellen hiervan is aan de behandelend arts.

Een aandoening die gekenmerkt wordt door stabiele fases en bij verergering door medische en/of paramedische behandeling (nog) kan genezen of verbeteren, heeft als grondslag somatische aandoening of beperkingen, dus niet de grondslag lichamelijke handicap.

Wanneer sprake is van blijvende beperkingen, niet veroorzaakt door stoornissen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat (bot-/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel), dan is de grondslag somatische aandoening of beperking van toepassing. Dit is ook het geval bij een terminale situatie, waaronder in dit verband ook een situatie wordt verstaan waarin geen zicht meer is op herstel of verbetering en die zeker tot het levenseinde zal leiden, zij het dat daarvoor geen precieze termijn is te geven (als voorbeeld: verzekerde met een hersentumor).

##### *Psychogeriatrische aandoening of beperking*

Er is sprake van een ziekte, niet-aangeboren aandoening of functiestoornis in of van de hersenen. Deze aandoeningen gaan vaak gepaard met aantasting van denkvermogen, gevoelsleven en herinneringscapaciteit. Soms in combinatie met een afname van o.a. motorische functies, communicatieve mogelijkheden en vermindering van de sociale redzaamheid.

##### *Psychiatrische aandoening of beperking*

Psychiatrische ziektebeelden/ aandoeningen worden ook wel psychische stoornissen genoemd, omdat een of meer symptomen van de stoornis veroorzaakt wordt door in de psyche gelegen factoren. Bij de classificatie van

psychiatrische stoornissen worden vaak internationaal vastgestelde criteria gehanteerd die uitgaan van een (groep van) symptomen (DSM-IV TR)<sup>8</sup>.

#### *Verstandelijke beperking*

Bij een verstandelijke handicap scoort iemand met het denkvermogen (cognitief) lager dan gemiddeld bij een algemene intelligentietest. Er is sprake van blijvende beperkingen op het gebied van de sociale redzaamheid. Dit allemaal is ontstaan voor het 18e levensjaar. Volgens internationale criteria is sprake van een verstandelijke handicap als het IQ lager dan 70 is, maar in Nederland onderscheiden we ook de categorie licht verstandelijk gehandicapten (IQ 70-85) die in aanmerking kan komen voor AWBZ-zorg als er sprake is van beperkingen in de sociale redzaamheid, leer- en/of gedragsproblemen als gevolg van het verminderd cognitief functioneren.

#### *Lichamelijke handicap*

Een lichamelijke handicap is op te vatten als een fysieke aandoening. Wanneer sprake is van beperkingen als gevolg van stoornissen van het zenuwstelsel en het bewegingsapparaat (bot-/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel) waarbij geen functionele verbetering meer mogelijk is (er kan nog wel sprake zijn van een verslechtering) en er geen sprake is van een terminale situatie, dan is de grondslag lichamelijke handicap van toepassing. Het vaststellen van de mogelijkheid tot een functionele verbetering is aan de behandelend arts.

#### *Zintuiglijke handicap*

Het kan gaan om een beperkt gezichtsvermogen (visueel) of gehoor (auditief) of een communicatieve handicap.

#### *Visuele handicap*

Van een visuele handicap is sprake als van de gezichtsscherpte van het beste oog, ondanks een optimale brilcorrectie, een waarde is vastgesteld tussen:

- 0 (geen lichtperceptie) en 6/60 (slechtziend);
- of minder dan 30% zicht aan het beste oog;
- of ernstige gezichtsveldproblemen (een gezichtshoek van minder dan 10° zoals bij kokerzien).

De diagnostiek vindt plaats door middel van metingen met hulpmiddel (bril).

#### *Auditieve/communicatieve handicap*

Hiervan is sprake als het drempelverlies van het audiogram van het beste oor, zonder gebruik van hulpmiddelen, ten minste 35 dB is, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen of een verlies van > 25 dB volgens de Fletcher index (= gemiddeld gehoorverlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz). Van een communicatieve beperking is sprake wanneer de verzekerde als gevolg van een medische oorzaak voor het contact met anderen afhankelijk is van ondersteunende communicatiemiddelen.

#### *Spraak/taalproblemen*

De oorzaak van de handicap moet in de persoon zelf liggen. Bijvoorbeeld een spraakstoornis, centrale auditieve stoornis, taalstoornissen (stoornis in de zin van begrip of productie). Het moet gaan om ernstige tot zeer ernstige beperkingen.

## **2. Functiegerichte aanspraken**

De rechten binnen de AWBZ zijn ondergebracht in zogenaamde functiegerichte aanspraken. De aanspraken die gedecentraliseerd worden naar de gemeente zijn:

- persoonlijke verzorging;
- extramurale begeleiding;
- vervoer;
- kortdurend verblijf;

---

<sup>8</sup> *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (kortweg DSM) is een Amerikaans handboek voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen dat in de meeste landen als standaard in de psychiatrische diagnostiek dient. De huidige versie (uit 2000) is een tekstrevisie van de vierde editie, aangeduid als DSM-IV-TR.

### *Persoonlijke verzorging*

Persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid.

### *Extramurale begeleiding*

Begeleiding omvat activiteiten aan cliënten met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap die matige of zware beperkingen hebben op het terrein van:

- a. de sociale redzaamheid,
- b. het bewegen en verplaatsen,
- c. het psychisch functioneren,
- d. het geheugen en de oriëntatie, of
- e. die matig of zwaar probleemgedrag vertonen.

Bovengenoemde activiteiten zijn gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en strekken tot voorkoming van opname in een instelling of verwaarlozing van de verzekerde. De activiteiten bestaan uit:

- a. het ondersteunen bij of het oefenen met vaardigheden of handelingen, zoals administratie, geldbeheer, huishouden, sociale integratie);
- b. het ondersteunen bij of het oefenen met het aanbrengen van structuur of het voeren van regie (tijd- en afsprakenbesef);
- c. het overnemen van toezicht op de verzekerde.

Begeleiding kan individueel zijn, maar ook in een groep plaatsvinden (dagbesteding).

### *Vervoer*

Indien de verzekerde begeleiding of de behandeling gedurende een dagdeel in een instelling ontvangt, omvat de zorg tevens vervoer naar en van de instelling indien daarvoor een medische noodzaak bestaat.

### *Kortdurend verblijf*

Kortdurend verblijf omvat logeren in een instelling gedurende maximaal drie etmalen per week, gepaard gaande met persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding voor een cliënt met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, indien de cliënt aangewezen is op permanent toezicht. Op bovengenoemde zorg bestaat slechts aanspraak indien ontlasting van de persoon die gebruikelijke zorg of mantelzorg aan de verzekerde levert, noodzakelijk is.

