

Samenvatting Startnotitie

Probleemstelling/Uitgangssituatie functie Begeleiding

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

De functie begeleiding

De extramurale 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 ondermeer dagbesteding en dagopvang.

De Regio Alkmaar bestaat uit de gemeenten Alkmaar, Bergen, Castricum, Graft-de Rijk, Heerhugowaard, Heiloo, Langedijk, Schermer en heeft 254.337 inwoners waarvan **3.280 cliënten met** (in zorg gemelde) extramurale begeleiding, oftewel 1,29 cliënten per 100 inwoners. De totale kosten voor deze doelgroep zijn geschat op **€ 35.316.600**.

De overheveling van de functie begeleiding naar gemeenten is een belangrijke maatregel om de kostenstijging in de AWBZ te beperken.

Regeerakkoord

Het kabinet Rutte II wil de decentralisatie van de extramurale begeleiding vanuit de AWBZ naar de Wmo doorzetten met ingang van 1 januari 2015. Niet alleen de extramurale begeleiding zal worden overgeheveld, ook gaat de persoonlijke verzorging per 1-1-2015 over naar de gemeenten. Daarnaast zijn er op basis van het regeerakkoord nog de volgende maatregelen van kracht:

- afschaffing van de Zorgzwaartepakketten (ZZP) 1 tot en met 4; in 2013 worden al ZZP 1 en ZZP 2 afgeschaft. Naar verwachting betekent deze maatregel een grotere druk op de lokale voorzieningen. Op dit moment is nog onduidelijk of, en zo ja hoe, een compensatie voor de bovengenoemde maatregelen in het gemeentefonds wordt opgenomen.
- in de functie persoonlijke verzorging vervalt het recht op zorg bij een indicatie korter dan 6 maanden;
- de norm voor gebruikelijke zorg, binnen de persoonlijke verzorging, wordt van 60 naar 90 minuten per week verhoogd.

De financiële kaders van de decentralisatie van de extramurale begeleiding zijn nog niet duidelijk. Aanvankelijk werd uitgegaan van een efficiencykorting op de begeleiding van ongeveer 5%. In het regeerakkoord is echter aangegeven dat de gemeenten 75% van het beschikbare budget voor de

extramuraal begeleiding zal ontvangen. Op dit moment is onduidelijk of dit 75% van het budget 2013 betreft of 75% van een ander 'normbudget'.

Aanpak: 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.

Deze samenwerking wordt de komende jaren uitgebreid met de overheveling van de begeleiding. Voor wat betreft de inkoop van begeleidingsproducten ligt de samenwerking voor de hand. 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.

Voor de organisatie van de toegang tot begeleiding ('de Wmo-loketten'), ligt dit ingewikkelder.

Uitgangspunt van de regionale projectgroep is dat de *huidige* cliëntengroep die extramurale begeleiding ontvangt, vanuit één 'consulententeam' benaderd wordt. Dit team functioneert daarbij als het centrale aanspreekpunt op cliëntniveau voor cliënten, zorgkantoren, zorgaanbieders, maatschappelijke organisaties en gemeenten. Met deze aanpak wordt vooral voor de huidige cliëntengroep een overzichtelijke situatie gecreëerd. De aanpak die wordt ontwikkeld, zal vanaf 1-1-2015 worden geborgd in de lokale Wmo-loketten.

Doelstellingen en uitgangspunten

De algemene doelstelling van de overheveling van de functie begeleiding is: inwoners met een beperking uit de regio Alkmaar faciliteren en ondersteunen in het zoeken naar eigen vormen van zelfredzaamheid.

De gemeente vult aan met een zorg- en ondersteuningsaanbod dat is afgestemd op die aspecten van zelfredzaamheid waar compensatie voor nodig is. Met de burger wordt dus in eerste instantie gekeken naar eigen vormen van zelfredzaamheid en eigen kracht. Dat betekent dat voor sommige kwetsbare inwoners de huidige dienstverlening ongewijzigd wordt gecontinueerd; voor anderen geldt dat het vergroten van zelfredzaamheid tot een heel andere vorm van ondersteuning kan leiden.

Deze nieuwe aanpak is ook nodig omdat de doelstelling met minder geld moet worden bereikt. Belangrijke uitgangspunten voor de samenwerkende gemeenten zijn:

1. Keuzevrijheid voor de cliënt
2. Innovatie en kostenbeheersing
3. Werken met kwaliteitseisen

Relatie met Jeugdzorg en Participatiewet

Naast de overheveling van begeleiding naar de Wmo zijn er nog twee wetswijzigingen in het sociale domein, te weten de Participatiewet en de transitie Jeugdzorg.

De invoering van de Participatiewet raakt voornamelijk de onderkant van de arbeidsmarkt; het gaat hier om een doelgroep met een grote afstand tot de reguliere arbeidsmarkt. Een deel van deze doelgroep maakt ook gebruik van voorzieningen uit de jeugdzorg, de AWBZ en/of de Wmo. De jeugdzorg wordt integraal overgeheveld naar gemeenten. Daarmee komt er een einde aan de verschillende verantwoordingskaders van de provincie, zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten. Onder de noemer Passend Onderwijs wordt het stelsel van onderwijs voor kinderen met een handicap of gedragsproblemen ingrijpend herzien.

De participatieproblemen van een burger beperken zich vaak niet tot één levensdomein. Om burgers adequaat te kunnen ondersteunen is op zijn minst goede afstemming maar liever nog een integrale benadering van de participatievraag van de burger nodig.

Beleidsmatig betekent dit dat de transities in samenhang benaderd moeten worden. Daarbij is het wenselijk om te focussen op thema's die binnen de verschillende transities spelen, zoals de relatie tussen de arbeidsmatige dagbesteding en de sociale werkvoorziening en de wijze waarop gemeenten de toegang organiseren.

In de regio wordt momenteel een plan van aanpak ontwikkeld om meer regie te nemen op de 3 decentralisaties. Deze wordt separaat aan de colleges en gemeenteraden van de Regio Alkmaar aangeboden.

Besluitvormingsproces

In onderstaand schema worden de mijlpalen voor de besluitvorming weergegeven. Het belangrijkste besluitvormingsmoment voor de gemeenteraden en Wmo-raden ligt begin 2014. Kernthema's zijn dan:

- de wijze waarop cliënten en ondersteuningsplannen 'worden overgeheveld';
- de wijze waarop het aanbod wordt aangepast ('nieuwe arrangementen')
- de wijze waarop het aanbod wordt gecontracteerd.

Maand	Onderwerp
<i>April – Juni 2013</i>	Opiniërende bespreking startnotitie in commissies
<i>Oktober 2013</i>	Tussenrapportage naar PORA, college, Wmo-raden en gemeenteraden
<i>Januari/Februari 2014</i>	Raadsvoorstel implementatieplan 'Overheveling begeleiding' Optioneel: Ter voorbereiding op bespreking in commissie/raad: regionale themabijeenkomst voor raadsleden, vierde kwartaal 2013
<i>Oktober/November 2014</i>	Voortgangsrapportage naar PORA, WMO-raden, colleges en gemeenteraden

Participatie

Er is met cliëntgroepen, Wmo-raden en zorgaanbieders gesproken. De resultaten van gespreksessies zijn meegenomen in deze startnotitie (zie bijlage 2). Daarnaast is een regionale klankbordgroep van Wmo-raden regio Alkmaar samengesteld. Deze klankbordgroep wordt minimaal drie keer per jaar bijeen geroepen om het proces van de overheveling te bespreken.

De zorgaanbieders worden gedurende het hele voorbereidings- en implementatietraject betrokken. Zij worden gevraagd mee te denken en advies te geven over diverse onderwerpen, waaronder vervoer, respijtzorg, etc.; ook dragen zij oplossingen voor vernieuwingen in het aanbod aan.

Informatie en communicatie

Deze startnotitie draagt een procesmatig karakter; er wordt in deze fase vooral geschetst hoe de overheveling wordt aangepakt. Op verzoek van de gemeenteraden kan de regionale projectgroep in (regionale) bijeenkomsten bepaalde inhoudelijke thema's agenderen, zoals dagbesteding en vervoer. De communicatie naar burgers en de cliënten zal in het laatste kwartaal van 2013 starten. In de tussenrapportage van oktober 2013 wordt de besluitvorming over de diverse thema's (vervoer, inkoop, toegang, etc.) voorbereid.

Startnotitie: Uitwerking

De startnotitie kent de volgende opzet:

1. Wat houdt de functie Begeleiding in?
2. Algemeen kader overheveling begeleiding.
3. Aanpak/strategie
4. Financieel Kader

Bijlage 1. Huidige cliëntengroepen en het aanbod in de regio

Bijlage 2. Resultaten gespreksessies

Overzicht Gebruikte afkortingen

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 extramurale 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 het dagelijks leven, het huishouden en de administratie. Soms is er sprake van kortdurende, intensieve individuele begeleiding. Dit is bijvoorbeeld het geval in de beginfase van een begeleidingstraject, bij crisissituaties en als zich een traumatische gebeurtenis heeft voorgedaan.

Dagbesteding dient twee doelen: het versterken van de dagstructuur en het bieden van de mogelijkheid van sociale contacten en bezigheden.

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 (respitzorg).

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.

Het gaat in de regio Alkmaar met 254.337 inwoners om **3.280 cliënten** met (in zorg gemelde) extramuraal begeleiding, oftewel 1,29 cliënten per 100 inwoners. De totale kosten voor deze doelgroep is geschat op **€ 35.316.600**. Hieronder worden de gegevens die betrekking hebben op een peiling in april 2012 weergegeven.

In tabel 1 worden het aantal cliënten met begeleiding per gemeente weergegeven.

In tabel 2 worden de geschatte kosten per week en per jaar per gemeente weergegeven.

Tabel 1. Aantallen cliënten met begeleiding per gemeente

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 ¹	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
Totaal	3.280	2.388	1.765	336

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 ¹	372	€ 47.870	€ 34.730	€ 2.480	€ 6.610	€ 91.680	€ 4.767.500

¹ Anders dan de Gemeenten in de Regio Alkmaar is de gemeente Castricum aangesloten bij het Zorgkantoor Achmea. Ten tijde van de impactmonitor waren er van dit zorgkantoor nog geen exacte gegevens van het aantal cliënten aanwezig. Inmiddels blijkt dat er van de 372 cliënten er per abuis 68 cliënten met een intramuraal indicatie zijn meegenomen. De totale kosten voor extramuraal begeleiding voor de gemeente Castricum zijn dus enigszins lager dan in de tabel is aangegeven.

Gemeente	Aantal Cliënten (VGZ en Achmea)	Totale kosten per week					Totale kosten per jaar €
		BGI €	BGG €	KVB €	Vervoer €	Totaal €	
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
Totaal	3.280	€ 335.860	€ 270.620	€ 25.110	€ 47.580	€ 679.170	€ 35.316.600

Tabel 2. Geschatte kosten per week en per jaar per gemeente

De volledige informatie van de impactmonitor over onder andere het aantal cliënten onderscheiden naar leveringsvorm Persoons gebonden budget (Pgb) en Zorg in natura (ZIN) en het aantal cliënten met vervoer wordt in bijlage 1 weergegeven.

2. Algemeen kader overheveling begeleiding

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) blijvende participatie. Ondersteuning vindt zoveel mogelijk plaats vanuit bestaande sociale netwerken, informele vormen van hulpverlening en collectieve arrangementen. Waar dat niet of onvoldoende te realiseren is, heeft de gemeente een compensatieplicht.

Dit veranderde perspectief heeft gevolgen voor cliënten en zorgaanbieders. Met deze partijen én met de Wmo-raden zijn dan ook diverse gesprekken gevoerd (zie bijlage 2).

In dit hoofdstuk beschrijven we de algemene doelstelling, de visie en de centrale uitgangspunten. Deze onderdelen vormen gezamenlijk het algemeen kader voor de overheveling van de functie begeleiding.

Algemene doelstelling

De overheveling van begeleiding naar de Wmo kan niet gezien worden als een losstaande taak die de gemeenten er bij krijgen. Het kader van de Wmo verschilt fundamenteel van het kader van de AWBZ. In de Wmo is geen sprake van een zorgplicht maar van een compensatieplicht. Deze compensatieplicht biedt gemeente de mogelijkheid om voorzieningen of arrangementen op maat te treffen die de participatie van inwoners bevorderen.

De algemene doelstelling van de overheveling van de functie begeleiding formuleren we daarom als volgt: inwoners met een beperking uit de regio Alkmaar faciliteren en ondersteunen in het zoeken naar eigen vormen van zelfredzaamheid

De gemeente vult aan met een zorg- en ondersteuningsaanbod dat is afgestemd op die aspecten van zelfredzaamheid waar compensatie voor nodig is. Met de burger wordt dus in eerste instantie gekeken naar eigen vormen van zelfredzaamheid en eigen kracht. Dat betekent dat voor sommige kwetsbare inwoners de huidige dienstverlening ongewijzigd wordt gecontinueerd; voor anderen geldt dat het vergroten van zelfredzaamheid tot een heel andere vorm van ondersteuning kan leiden.

Deze nieuwe aanpak is ook nodig, vooral ook omdat dit doel met minder geld moet worden bereikt.

Visie

Naast de overheveling van begeleiding naar de Wmo zijn er nog twee maatregelen die vanuit de rijksoverheid getroffen worden in het sociale domein: de invoering van de Participatiewet en de transitie Jeugdzorg. De invoering van de Participatiewet raakt voornamelijk de onderkant van de arbeidsmarkt waar zich relatief veel mensen met participatieproblemen bevinden; deze doelgroep maakt doorgaans ook gebruik van de AWBZ en/of de Wmo. Binnen de jeugdzorg is sprake van het overhevelen van alle onderdelen van de jeugdzorg naar de gemeenten. Deze overheveling betekent ook dat er een integratie plaats vindt van de huidige gescheiden verantwoordelijkheden (provincie, AWBZ, zorgverzekeraars en gemeenten).

De participatie- en zelfredzaamheidsvraagstukken van een burger beperken zich vaak niet tot één levensdomein. Zo kunnen problemen op het terrein van de arbeidsparticipatie gepaard gaan met inkomensproblemen. Ook kan er sprake zijn van meerdere problemen in een gezin (problematiek ouders, kinderen met beperkingen).

Om burgers adequaat te kunnen ondersteunen is op zijn minst goede afstemming en, daar waar dat noodzakelijk is, een integrale benadering van de participatie- en zelfredzaamheidsvraag van de burger van belang. Het is wenselijk dat bij ondersteuningsplannen verbinding wordt gelegd met bestaande beleidsterreinen, bijvoorbeeld hulp bij huishouden, welzijn, algemeen maatschappelijk werk en maatschappelijke opvang. Doel is te komen tot één samenhangende benadering van de burger die compensatie nodig heeft: 1 gezin - 1 plan.

Uitgangspunten

Bij de uitwerking van de algemene doelstelling en visie staan de volgende uitgangspunten centraal:

1. Keuzevrijheid voor de cliënt
2. Innovatie en kostenbeheersing
3. Werken met kwaliteitseisen

Deze uitgangspunten zijn gebaseerd op literatuuronderzoek, de gegevens van de Impactmonitor en gesprekken met aanbieders en cliëntgroepen. In bijlage 1 en 2 wordt de informatie van deze onderzoeken beknopt weergegeven.

Toelichting uitgangspunten

Ad. 1 Keuzevrijheid voor de cliënt

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. De cliënten de mogelijkheid bieden om te kunnen kiezen uit meerdere aanbieders en de mogelijkheid om ook '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.
2. Via de inzet van het Persoonsgebonden budget (Pgb): het Pgb geeft cliënten de mogelijkheid om zelf de regie te nemen over hun zorgtraject, waardoor er ook nieuwe vormen van zorg en begeleiding ontwikkeld worden. Pgb kan een goedkoper alternatief zijn voor 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, vooral wat betreft het Pgb. Het is wenselijk om dit uitvoerbaar en betaalbaar te houden.

Ad. 2 Innovatie en kostenbeheersing

Vanwege de toenemende bezuinigingen, de krappe financiële kaders voor de decentralisatie van de begeleiding en 'de kanteling' is innovatie van het aanbod noodzakelijk. In de gespreksessies met zorgaanbieders zijn dan ook verschillende nieuwe arrangementen belicht. Aanbieders zien de noodzaak om te vernieuwen, en ze zijn er ook toe bereid.

Op basis van de gesprekken met cliënten, aanbieders en Wmo-raden kunnen we de vernieuwingsopgave in de volgende negen punten samenvatten:

- a. De 'keukentafelgesprekken' zijn er op gericht om de eigen kracht en het sociaal netwerk te versterken; waar dit niet volstaat vindt er verwijzing naar (bestaande) algemene of collectieve voorzieningen plaats; indien verwijzing niet volstaat wordt aanvullend ingezet op een individueel arrangement.
- b. De ondersteunings- of begeleidingsplannen worden (meer) resultaatgericht opgesteld waarbij behoud en waar mogelijk toename van zelfredzaamheid centraal staan.
- c. Professionele hulp is in eerste instantie meer gericht op ondersteuning van het sociaal netwerk, dan op de uitvoering van de begeleiding.
- d. Professionele (zorg)aanbieders maken meer gebruik van (gespecialiseerde) vrijwilligers. In de programma's van eisen zal deze samenwerking tussen professionele organisaties en vrijwilligers(organisaties) een duidelijke plek krijgen.
- e. (Zorg)aanbieders maken (meer) gebruik van domotica/digitale begeleiding/ e-health waardoor de individuele begeleiding diverser en (nog) effectiever kan worden.
- f. Het vervoer van cliënten naar dagbesteding en dagopvang wordt zo georganiseerd dat het aantal vervoersbewegingen verminderd en de uitvoering efficiënt en verantwoord plaats vindt.
- g. De begeleiding, en vooral de groepsbegeleiding, wordt zoveel mogelijk in de nabijheid van de woning/woonomgeving van de cliënt georganiseerd.
- h. In het kader van innovatie en kostenbeheersing wordt de samenwerking tussen aanbieders op het vlak van accommodaties en het begeleidingsaanbod vergroot.
- i. Om tot innovatie en kostenbeheersing te komen, worden vernieuwende concepten gestimuleerd. Dat kan in de vorm van experimenten en pilots.

Ad. 3 Werken met kwaliteitseisen

Naar verwachting zal in de wetswijziging Wmo, waarin de overheveling van de begeleiding wordt geregeld, de nodige aandacht uitgaan naar de kwaliteit van de uitgevoerde maatschappelijke ondersteuning.

Uitgaande van de huidige 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.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ziet toe op deze kwaliteitseisen; of de IGZ ook deze rol gaat vervullen op het terrein van de Wmo is nog onduidelijk.

Duidelijk is in elk geval wel dat bij de begeleiding van kwetsbare groepen het kwaliteitsaspect bijzondere aandacht vereist. De door de gemeente te stellen eisen zullen in de verordening en de beleidsregels opgenomen worden.

Tot slot

De overheveling dient zorgvuldig gerealiseerd te worden. Concreet betekent dit dat de cliëntengroep recht heeft op heldere informatie over wat de decentralisatie betekent. Ook betekent dit een zorgvuldige overheveling van cliëntgegevens van het zorgkantoor naar de gemeenten (aspect van privacy).

3. Aanpak/Strategie van project

Noodzaak van een heldere strategie

Het meest in het oog springende verschil in de visie op begeleiding tussen het huidige en het vorige kabinet is het gegeven dat de bezuiniging niet 5% bedraagt maar 25%. Met een 5%-maatregel is het nog reëel om uit te gaan van de continuïteit van dienstverlening, in de nieuwe situatie is dit niet meer het geval. De noodzaak om heldere keuzes te maken is groot. Het bestaande aanbod zal kritisch beoordeeld worden: is het aanbod nog wenselijk en betaalbaar?

De gemeenten kunnen deze kritische analyse niet zonder de aanbieders doen. Sterker: de aanbieders zijn voor een groot deel eigenaar van het probleem. Aanbieders hebben al verschillende ideeën en voorstellen voor vernieuwing ingebracht. We kunnen echter ook constateren dat deze vernieuwing nog vertaald moet worden naar de bedrijfsvoering; dat vraagt de nodige tijd.

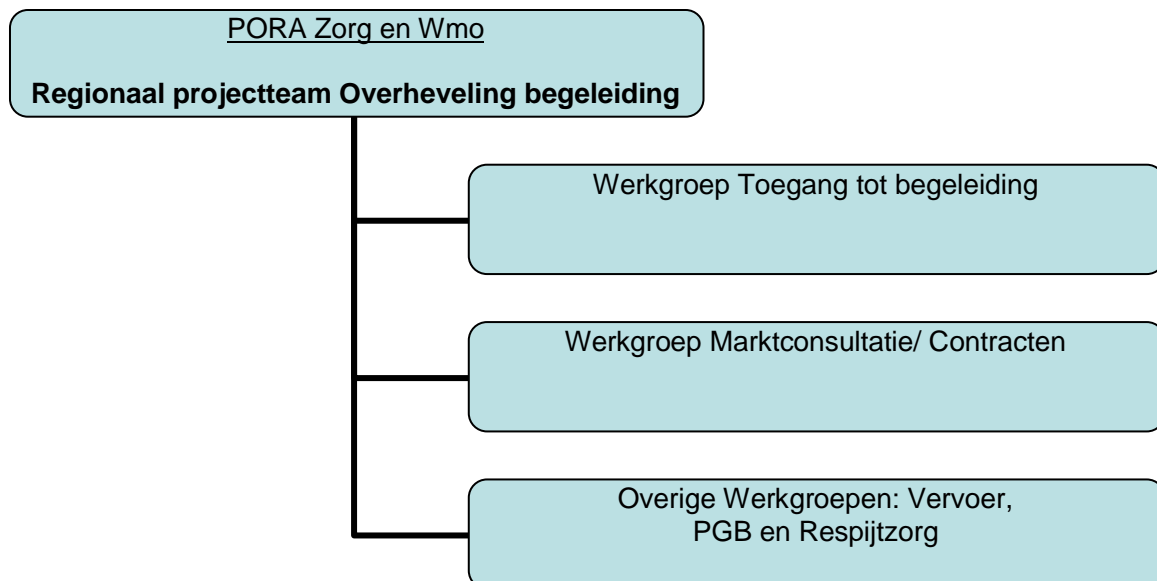
Een belangrijk uitgangspunt in de strategie is om aansluiting te zoeken bij aanbieders die op dit moment al innoverend bezig zijn, waaronder de bestaande zorgcentra in de wijk met hun eigen netwerk, ze kunnen ook als voorbeeld dienen voor (nieuwe) aanbieders.

In dit hoofdstuk belichten we de projectorganisatie/projectstructuur en het financieel kader. Bij de projectorganisatie beschrijven we de verschillende opdrachten die de komende maanden worden uitgewerkt. In de tussenrapportage van oktober 2013 worden de resultaten/voorstellen gepresenteerd.

Projectorganisatie

De regionale gemeenten hebben uitgesproken de overheveling van de begeleiding gezamenlijk te willen voorbereiden. Vanuit de ambtelijke regionale projectgroep worden er *tijdelijke* werkgroepen met een specifieke opdracht ingesteld. Afhankelijk van de opdracht worden er verbindingen gelegd met de decentralisatie Jeugdzorg en de Participatiewet.

De projectstructuur in schema:



We zullen hieronder de opdracht van de werkgroepen beschrijven.

Werkgroep Toegang tot begeleiding

De werkgroep Toegang ontwikkelt een aanpak waardoor de huidige cliënten voor de overgangsdatum overgeheveld kunnen worden naar de samenwerkende gemeenten. Uitgangspunt is dat de *huidige* cliëntengroep die extramurale begeleiding ontvangt, vanuit één 'consulententeam' benaderd wordt. Dit team functioneert daarbij als het centrale aanspreekpunt op cliëntniveau voor cliënten, zorgkantoren, zorgaanbieders, maatschappelijke organisaties en gemeenten. Met deze aanpak wordt vooral voor de huidige cliëntengroep een overzichtelijke situatie gecreëerd.

De werkgroep voert ondermeer de volgende activiteiten uit:

1. Samenstellen van een regionaal 'consulententeam'.
2. Ontwikkelen scholingsprogramma voor het 'consulententeam'
3. Ontwikkelen van een uniforme aanpak voor de 'keukentafelgesprekken', de toewijzing en de administratieve afhandeling.
4. Aanpassen verordening, opstellen beleidsregels.
5. Overdracht van de ontwikkelde aanpak naar de Wmo-loketten per 1-1-2015.

Uitgangspunt voor de werkgroep is dat de gesprekken met cliënten niet tot bureaucratische processen leiden; het is een reële optie om een deel van de cliëntengroep actief op te zoeken in de thuissituatie of bij de zorgaanbieder waardoor de overgang naar de nieuwe situatie zo soepel mogelijk kan verlopen. Dit geldt vooral voor die groep cliënten die langdurige en gespecialiseerde begeleiding nodig heeft.

De verbinding tussen de aanbieder en de huidige cliënten kan 'onder condities' intact blijven. Daarbij gaat het om ondermeer de volgende condities:

- de huidige ondersteuningsplannen worden herijkt in lijn met het compensatiebeginsel (denken in resultaten, daar waar mogelijk uitgaan van algemene voorzieningen);
- de kosten voor de diverse vormen van begeleiding worden naar beneden bijgesteld waarbij de bezuiniging niet bij de cliënt wordt neergelegd;
- de organisaties werken dienstbaar, efficiënt en coöperatief;
- de samenwerking met vrijwilligersorganisaties is goed geborgd.

De werkgroep Toegang tot begeleiding zal samen met de regionale projectgroep transitie Jeugdzorg verkennen hoe gekomen kan worden tot een meer integrale toegang of benadering van cliënten.

Werkgroep Marktconsultatie/Contracten

Momenteel gelden rond de begeleiding in de AWBZ vele spelregels en afspraken. Op basis van de primaire grondslag, de aard van de indicatie en specifieke cliëntkenmerken, wordt de vorm en de omvang van de begeleiding bepaald. Het CIZ indiceert, het zorgkantoor vertaalt de indicatie in een inkooprelatie met zorgaanbieders. Daarbij wordt gewerkt met landelijk vastgestelde producten en tarieven. Belangrijke vraag is in hoeverre de bestaande spelregels en afspraken functioneel zijn in het kader van het gewenste beleid van de gemeenten.

Het doel van de werkgroep Marktconsultatie/Contracten 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 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. Een belangrijk aspect bij de inkoop is het gebiedsgericht (samen)werken.

De werkgroep voert een marktconsultatie uit waardoor inzicht ontstaat in het type contract, de te onderscheiden producten en de financieringsvorm(en). De aanpak bestaat uit de volgende onderdelen:

1. Analyse van het bestaande aanbod
Uitgaande van de compensatieplicht, de opgestelde vernieuwingsopgave (zie pagina 10) en de verlaging van het budget, worden de aanbieders aan de hand van een vragenlijst/analysemodel gevraagd om het bestaande aanbod kritisch te analyseren. Van de groep van ruim 150 aanbieders worden 25 aanbieders (meer dan 10 cliënten) geselecteerd.
2. Pilot 'werken met de zelfredzaamheidsmatrix'
De Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM) is een instrument waarmee de mate van zelfredzaamheid van cliënten beoordeeld kan worden (<http://www.zelfredzaamheidsmatrix.nl>). De groep geselecteerde zorgaanbieders neemt deel aan de pilot waarin bestaande begeleidingsplannen vanuit het nieuwe denkkader zullen worden geanalyseerd. Kernvraag is of dit instrument een alternatief biedt voor de methodiek zoals die door het CIZ wordt gehanteerd.
3. Consultatieronde bij de geselecteerde aanbieders
In een gespreksronde worden de ervaringen met het analysemodel en de pilot besproken. Daarnaast wordt in gezoomd op de te onderscheiden producten, tarieven en de mogelijke contractvormen.

Bovenstaande stappen resulteren in een 'concept-inkoopplan'. Dit inkoopplan belicht in hoofdlijnen de wijze waarop individuele begeleiding, dagopvang, dagbesteding en respijtzorg gecontracteerd of gesubsidieerd kan worden. Dit plan wordt opgenomen in de tussenrapportage die in oktober geagendeerd wordt voor colleges en raden.

Wergroep Vervoer

Het vervoer naar dagopvang en dagbesteding wordt door het CIZ geïndiceerd. Het zorgkantoor financiert het vervoer per dagdeel per cliënt. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de organisatie van het vervoer. Daarbij wordt gebruik gemaakt van 'eigen busjes' of er worden contracten gesloten met een vervoersbedrijf. Van de totale kosten aan begeleiding, neemt vervoer ongeveer 7% van de kosten. Voor 2013 zijn de beschikbare budgetten voor vervoer drastisch gedaald. Enkele aanbieders hebben daarom contact gezocht met de projectgroep met het verzoek om gezamenlijk de vervoersproblematiek te verkennen.

De werkgroep Vervoer stimuleert het debat met zorgaanbieders, WNK en andere partijen over 'nieuwe oplossingen' voor de vervoersproblematiek.

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).

In de tussenrapportage voor colleges en raden worden de keuzes voorgelegd.

Werkgroep Pgb

De afgelopen jaren is er veel gewijzigd aan de Pgb-regeling. In 2011 werd het Pgb voor bijna iedereen afgeschaft en door het Lenteakkoord van mei 2012 is er vanaf 2013 weer mogelijk om gebruik te maken van het Pgb. Vanaf 1 januari 2013 kunnen de meeste mensen die voor het eerst een Pgb willen aanvragen, weer een Pgb krijgen. De voorwaarden voor het aanvragen van een Pgb zijn in 2013 wel veranderd. Mensen met alleen een indicatie voor Begeleiding minder dan 10 uur per week komen niet in aanmerking voor een Pgb. Op dit moment is nog niet duidelijk hoe het Kabinet Rutte II om zal gaan met de Pgb-systematiek. De regeling wordt op dit moment herzien. Duidelijk is wel dat gemeenten meer beleidsvrijheid krijgen om te bepalen of zij al dan niet het Pgb handhaven voor de functie begeleiding.

De werkgroep verkent de mogelijkheden voor behoud/aanpassing van het Pgb

Kernvragen in deze verkenning zijn:

1. Welke factoren dragen bij aan de groei van het Pgb?
2. Is het wenselijk om het Pgb alleen mogelijk te maken bij specifieke of complexe situaties waarin het om maatwerk gaat, of is het wenselijk om alle vormen van begeleiding via het Pgb te verkrijgen?
3. 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 (SVB). De SVB faciliteert het uitvoeren van zorgovereenkomsten, salarisadministratie, belastingafdracht en de verantwoording naar gemeenten.

De werkgroep voert deze verkenning uit met vertegenwoordigers van Per Saldo (belangenorganisatie voor mensen met een Pgb) en van de WMO-raden. Een conceptvisie op het Pgb wordt opgenomen in de tussenrapportage.

Werkgroep Respijtzorg

In het kader van de Regionale Sociale Agenda hebben de gemeenten in de regio's Alkmaar, Kop van Noord-Holland en West-Friesland een subsidie ontvangen van de Provincie Noord-Holland voor een verkenning van en een optimalisering van de respijtzorg. Doelstelling van het project is de respijtzorg in de komende jaren zodanig te innoveren dat (rekening houdend met de financiële haalbaarheid en de veranderingen in financiering) de ondersteuning voor mantelzorgers, mede door respijtzorg geoptimaliseerd wordt. Daarbij komt zowel aard, spreiding als capaciteit aan de orde. Maar ook gaat het er om dat mantelzorgers de weg naar de respijtzorg weten te vinden.

De gemeente Langedijk is de penvoerder van het bovenregionale project Respijtzorg. Bestuurlijke trekker is de wethouder Wmo van de gemeente Langedijk. Een aantal organisaties op het gebied van mantelzorgondersteuning/ respijtzorg maakt deel uit van de werkgroep. Het resultaat van deze bovenregionale werkgroep wordt meegenomen bij de voorbereiding en inkoop van producten, voorzieningen en arrangementen.

5. Financieel Kader 'Overheveling begeleiding'

De overheveling van de begeleiding naar gemeenten gaat gepaard met kortingen. We hebben in deze startnotitie al diverse maatregelen (vernieuwingsmogelijkheden) genoemd om tot kostenreductie te komen, zoals: meer inzet sociaal netwerk, meer verwijzen naar collectieve voorzieningen, meer inzet van gespecialiseerde vrijwilligers, etc. Om op een effectieve wijze tot kostenbeheersing te komen is een nieuw financieel kader wenselijk. Alvorens we ingaan op dit kader, zullen we hier eerst beknopt de huidige werkwijze in de AWBZ belichten.

Bestaande werkwijze

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.

Voorbeeld beschrijving huidige prestaties en wijze van financieren

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 cliënt 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 financiering 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 cliënten ook geïndiceerd worden voor het vervoer naar de dagactiviteit. Voor alle bovengenoemde prestaties was dat bijvoorbeeld € 15,99 per persoon per 'aanwezigheidsdag'.

Nieuw financieel kader

Om te komen tot een nieuw financieel kader/bekostigingssysteem dat aansluit bij de centrale uitgangspunten van de Wmo, zijn de volgende twee voorwaarden van belang:

1. Duidelijkheid over de beschikbare budgetten vanaf 1-1-2015.
In het regeerakkoord is aangekondigd dat er een bezuiniging van rond de 25% plaats vindt op de functie Begeleiding. Vanuit het Rijk is er nog de nodige duidelijkheid te scheppen. Ten opzichte van welk budget/uitgavenjaar moeten we de korting bezien? En gaat het hier om een korting op het totaal van de begeleidingskosten en de kosten 'overhead' (CIZ, zorgkantoor?)
In de komende circulaire zal hier naar verwachting de nodige duidelijkheid over worden gegeven. Op basis van de huidige informatie is het nog niet mogelijk om de begeleiding op te nemen in de gemeentelijke begrotingscyclus.
2. Bijstelling van het aantal 'toegelaten instellingen/organisaties' voor de uitvoering van begeleiding. Momenteel wordt door ruim 150 organisaties/instellingen zorg in natura geleverd; bijstelling naar een aantal van ongeveer 20/25 is wenselijk. De selectie zal transparant en in samenspraak met het zorgkantoor en de cliënten worden uitgevoerd.

Als bovenstaande voorwaarden gerealiseerd zijn, is het mogelijk om een financieel kader op te stellen. Dit kader bestaat primair de wijze waarop verrichte activiteiten worden gefinancierd en 'afgerekend'.

Ambitie

Strategisch gezien liggen er twee financieringsmogelijkheden voor begeleiding:

1. Financiering op uur- of dagdeelbasis voor de te leveren producten (inputgericht)
2. Financiering op basis van resultaten voor de te leveren producten (prestatiegericht)

In lijn met het 'denken in zelfredzaamheid' is het wenselijk om een financieringsgrondslag te vinden die ook expliciet gericht is op het sturen op uitkomsten (verhogen of stabiel houden van de zelfredzaamheid).

De huidige bekostigingssystematiek is meer input- en productgericht. Deze systematiek is transparant en de regiogemeenten hebben hier al ervaring mee, bijvoorbeeld bij de aanbesteding van hulp bij huishouden. De werkwijze sluit aan bij de bestaande praktijk.

De tweede mogelijkheid sluit aan bij het denken in zelfredzaamheid en de compensatieplicht, maar is ambitieus want er is landelijk nog weinig ervaring mee opgedaan.

De regio Alkmaar participeert daarom in een pilot van VWS waarin deze nieuwe financieringsystematiek wordt uitgewerkt. Hiervoor wordt het bureau Nyfer ingezet; dit bureau zal in overleg met de gemeenten en enkele zorgaanbieders de gewenste systematiek uit gaan werken.

In oktober zal de projectgroep 'Overheveling begeleiding' colleges en raden een voorstel presenteren over het gewenste financieel kader.

Bijlage 1. 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 en 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 jongeren, 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.

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 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: Geschatte kosten per week en per jaar per gemeente

Tabel 5: Indicatie aantal cliënten (selecte)groep aanbieders

Tabel 6: Cliënten 0-17 jaar en aantal dat BGI, BGG en KVB heeft

Tabel 7: Verdeling naar grondslagen (verhoudingen per gemeente) cliënten 0-17 jaar

Tabel 1. Aantallen cliënten met begeleiding per gemeente

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 ²	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
Totaal	3.280	2.388	1.765	336

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.

Tabel 2. Aantallen cliënten naar leveringsvorm

Gemeente	aantal cliënten	PGB	ZIN
Alkmaar	1.367	26%	74%
Bergen NH	280	42%	58%

² Anders dan de Gemeenten in de Regio Alkmaar is de gemeente Castricum aangesloten bij het Zorgkantoor Achmea. Ten tijde van de impactmonitor waren er van dit zorgkantoor nog geen exacte gegevens van het aantal cliënten aanwezig. Inmiddels blijkt dat er van de 372 cliënten er per abuis 68 cliënten met een intramurale indicatie zijn meegenomen. De totale kosten voor extramurale begeleiding voor de gemeente Castricum zijn dus enigszins lager dan in de tabel is aangegeven.

Castricum	372	22%	78%
Graft-De Rijk	42	53%	48%
Heerhugowaard	649	32%	68%
Heiloo	218	30%	70%
Langedijk	288	36%	64%
Schermer	64	33%	67%
Totaal		30%	70%

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. Op dit moment beschikken we over te weinig informatie om deze gegevens te verklaren.

Tabel 3. Procentuele verdeling over de grondslagen

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%
Totaal	3.280	8%	6%	15%	25%	1%	12%	32%	44%
Landelijk gemiddeld (CIZ) incl. BJJ		8%	6%	15%	27%	2%	14%	29%	43%

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.

Tabel 4. Geschatte kosten per week en per jaar per gemeente

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
Totaal	3.280	€ 335.860	€ 270.620	€ 25.110	€ 47.580	€ 679.170	€ 35.316.600

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

Tabel 5. Indicatie aantal cliënten (selecte)groep aanbieders³

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%
Totaal	3085	100%	48.679	82%

Jeugd 0 – 17 jaar

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

Tabel 6: Cliënten 0-17 jaar en aantal dat BGI, BGG en KVB heeft

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%

³ Aanbieders die begeleiding aan inwoners van Castricum leveren zijn in deze lijst niet opgenomen, omdat zij op dat moment nog niet bekend waren. Uit recente informatie van Zorgkantoor Achmea blijkt dat de grootste aanbieders hier REAKT met 50 cliënten en RIBW-KAM met 41 cliënten zijn.

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

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%

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

- 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.
- 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.
- 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 deze hoger (76%) dan voor ZIN (67%).
- 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.

5. 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.
6. Kenmerkend voor de ambulante thuiszorg (Eveen, ActieZorg, Omring, etc.) is dat deze aan meerdere doelgroepen begeleiding kan leveren.

Bijlage 2. Resultaten gespreksessies

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 2012 zijn leden van de regionale projectgroep AWBZ dan ook in gesprek gegaan met de doelgroep en hebben de betrokkenen geïnformeerd 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. Er zijn er al heel veel en de toekomstige bewonersondernemingen gaan dat vast regelen in Alkmaar

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.

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 en consultatie.

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.

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.

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 is een nauwere samenwerking tussen zorgaanbieders en het WNK (Werk Voorziening Noord-Kennemerland) een mogelijkheid.

Aanbieders zijn van mening dat er bij de 'keukentafelgesprekken' gebruik gemaakt moet worden van de deskundigheid van professionele organisaties.

Hieronder staan beknopt verschillende vernieuwingsmogelijkheden die in de sessies met zorgaanbieders zijn geïnventariseerd:

1. *Met betrekking tot de samenwerking zorg en welzijn/vrijwillige inzet' zijn de volgende voorstellen gedaan:*
 - *In de GGZ stelt men voor om meer met ervaringsdeskundigen te gaan werken. Oud nieuws
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.*
 - .
2. *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) dan most het geld dus naar de bewonersondernemingen of andere initiatieven op dit gebied. Een strikte uurprijs van - prijspeil nu- max 55 Europees uur.*
 - *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 arbeidsgerelateerde 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. Concretiseren graag, want dit is nogal vaag.*
3. *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. Aan wie willen ze de regisseursrol gunnen. Ook zij moeten wel kunnen 'loslaten'...*
 - *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.
Beter gebruik van domotica bevordert ook de veiligheid.*

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

