



Beleidsplan 3D Lansingerland



Auteurs: Susan Nieuwlaat, Sylvia Oosterman, Erik Verkade, Mark Rothuizen, Margot Verhagen, Tamara van de Wijdeven

Afdeling: Team Maatschappelijke Ontwikkeling & Participatie

Versienummer: 3.0

Datum: 5 december 2013 / vastgesteld door de Raad d.d. 19 december 2013

Corsanummer: T13.06120



Inhoudsopgave

1	Wat komt er op ons af?.....	4
1.1	Samenvatting	4
1.2	Inleiding	7
1.3	De nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning.....	9
1.3.1	Welke taken en verantwoordelijkheden gaan van de AWBZ naar de Wmo?.....	9
1.3.2	Overgangperiode	11
1.3.3	Scheiden van wonen en zorg	11
1.3.4	Veranderingen in financiële compensatie chronisch zieken en gehandicapten	11
1.3.5	MEE cliëntondersteuning naar gemeenten	12
1.3.6	De Zorgverzekeraar en de wijkverpleegkundige	12
1.4	Jeugdwet	12
1.4.1	Welke taken en verantwoordelijkheden komen over met de nieuwe Jeugdwet?.....	12
1.4.2	Wettekst	13
1.4.3	Passend onderwijs	15
1.5	Participatiewet	15
1.5.1	Welke taken en verantwoordelijkheden geeft de Participatiewet aan gemeenten?.....	16
1.5.2	Met welke instrumenten kan de gemeente deze taken gaan uitvoeren?.....	19
2	Wat is onze ambitie?.....	22
2.1	Missie.....	22
2.2	Visie: één overkoepelende aanpak op het sociale domein	23
2.2.1	Waarom koersen we op een overkoepelende aanpak voor de drie decentralisaties?.....	23
2.2.2	Drie leeftijdscategorieën, drie hoofdoelen.....	24
2.3	Visie: vijf basisuitgangspunten voor de drie decentralisaties en alle leeftijdscategorieën binnen het sociale domein	25
2.4	Samenwerking met de lokale partners en de regio	30
2.4.1	Het Rijk stimuleert gemeenten tot regionale samenwerking	30
2.4.2	Samenwerking voor de Wmo in verband met de decentralisatie AWBZ	32
2.4.3	Samenwerking voor de Jeugdwet	33
2.4.4	Samenwerking voor de Participatiewet.....	34
3	Toekomstig model	36
3.1	Het ondersteuningsmodel in beeld.....	36
3.1.1	De krachtige samenleving en lichte ondersteuning (de groene en gele kolom).....	37
3.1.2	Maatwerkvoorzieningen (de oranje/ rode kolom)	37
3.1.3	Verschuiving van intensieve ondersteuning naar lichte ondersteuning en eigen kracht	39
3.2	Nadere uitwerking aanpak 0-23 jaar	40
3.2.1	De werkwijze	40
3.2.2	Toegang via de huisarts, medisch specialist en jeugdarts.....	42
3.2.3	Samenwerkingspartners en netwerken	42
3.3	Nadere uitwerking aanpak 18-67 jaar	44
3.3.1	Diversiteit van klanten op het gebied van werk en inkomen en maatschappelijke ondersteuning	44
3.3.2	Samenhang in ondersteuningsbehoefte en hulpaanbod voor werk en inkomen en maatschappelijke ondersteuning	46
3.3.3	De werkwijze	48
3.4	Nadere uitwerking Aanpak 67+	50
3.4.1	Veranderingen in het leven van senioren	50
3.4.2	De werkwijze	51
3.4.3	De huisarts en de wijkverpleegkundige.....	52
3.5	Expertteam (specialistenpool)	53

3.6	Nadere uitwerking sluitende aanpak.....	54
3.7	Het AMHK.....	55
4	Sturing, subsidies en inkoop	56
4.1	Hoe gaan we sturen?.....	56
4.2	Sturing op financiën: hoe blijven we binnen het budget?.....	56
4.2.1	Wijze van contracteren is ondersteunend aan te leveren prestaties door partners.....	56
4.2.2	Bestuurlijk aanbesteden	56
4.2.3	Risicospreiding door inkoop in regio-verband.....	57
4.3	Inkoop Wmo	57
4.4	Inkoop Jeugdhulp	58
4.4.1	Transitiearrangement Jeugdhulp	59
4.5	Inkoop Participatie.....	59
4.6	Inkoop door de klant: het PGB.....	60
4.6.1	Motieven voor het kiezen voor een budget	61
4.6.2	Budget niet in de vorm van een geldbedrag.....	61
4.6.3	Mogelijkheden voor een doelmatiger maatwerkvoorziening	61
4.6.4	Betaling van niet-professionals	62
4.6.5	Uitsluiting van keuze voor budget	62
4.7	Samenwerking met zorgverzekeraar	62
5	Informatietechnologie en contractmanagement	64
6	Financiële en personele consequenties	66
6.1	Schattingen van de budgetten	66
6.2	Personele consequenties.....	67
7	Communicatie en planning	69
7.1	Communicatie	69
7.1.1	Communicatie met het maatschappelijk middenveld.....	69
7.1.2	Communicatie met de Wmo-raad en de CAR WWB	69
7.1.3	Communicatie met inwoners.....	69
7.1.4	Communicatie met gebruikers van voorzieningen	70
7.1.5	Overdracht van cliëntgegevens	70
7.2	Planning en vervolgacties.....	70
7.3	Bijlage 1 Afkortingenlijst	72
7.4	Bijlage 2 Begrippenlijst	74
7.5	Bijlage 3 Informatie Cliënten/ klantenbestand	76
	<u>1. AWBZ</u>	76
	<u>2. Jeugd</u>	77
	<u>3. Participatie</u>	78

1 Wat komt er op ons af?

1.1 Samenvatting

Vanaf 2015 worden gemeenten verantwoordelijk voor een aantal extra taken binnen het sociale domein die nu nog bij het rijk, bij de zorgverzekeraar of bij de provincie of stadsregio zijn ondergebracht. Het gaat om taken in het kader van de decentralisatie van de jeugdzorg, de decentralisatie van AWBZ-taken naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de invoering van de Participatiewet. Deze drie grote veranderingen in het sociale domein noemen we in dit beleidsplan de 3 decentralisaties of nog korter, de 3D's.

Hoofdstuk 1: het wetgevingstraject

In zijn algemeenheid gaat het om de volgende taken die de gemeente er bij krijgt per 1-1-2015:

- AWBZ-taken naar de Wmo: begeleiding in groepsverband en individuele begeleiding van mensen met een (somatische, psychische, lichamelijke, zintuigelijke of verstandelijke) beperking en kortdurend verblijf. Daarnaast is er nog discussie of ook Persoonlijke Verzorging onder verantwoordelijkheid gaat vallen van de gemeente, of dat dit van de AWBZ wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeraar. Zorg in instellingen, intramurale zorg, blijft in de kern AWBZ zitten.
- Jeugd: gemeenten worden verantwoordelijk voor de zogenaamde "jeugdhulp" verankerd in de nieuwe Jeugdwet. Het gaat daar bij om alle taken op het gebied van de huidige provinciale jeugdzorg, jeugdbescherming en -reclassering, de jeugd-ggz en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugd. Ook de AWBZ-functies begeleiding en persoonlijke verzorging voor de jeugd tot 18 jaar zullen bij de Jeugdwet worden ondergebracht.
- Participatie: legt de uitvoering van de Participatiewet vanaf 2015 (WWB, voormalig Wajong en Wsw) bij gemeenten. Met de Participatiewet wil het kabinet dat zoveel mogelijk mensen volwaardig mee kunnen doen in de samenleving, ook al hebben zij een gedeeltelijke arbeidsbeperking. Het liefst via een reguliere baan, maar als dat (nog) niet mogelijk is, door op andere manieren te participeren.

Hoewel de eerste plannen voor de drie decentralisaties al enkele jaren geleden zijn ontwikkeld, zijn de wetsvoorstellen voor de nieuwe AWBZ / Wmo en de Participatiewet nog niet definitief. Het wetsvoorstel voor de nieuwe Jeugdwet is zeer recent, op 18 oktober j.l., aangenomen door de Tweede Kamer. Vooral de val van het kabinet Rutte I, de forse bezuinigingen die zijn ingezet onder Rutte II en het Sociaal Akkoord hebben ervoor gezorgd dat de concept wetteksten tussentijds meerdere malen ingrijpend zijn veranderd. De inhoud van de Jeugdwet is inmiddels duidelijk, voor de andere twee wetten moeten nog een aantal belangrijke keuzes gemaakt worden. De verwachting is dat die wetten in het najaar van 2013 bij de Tweede Kamer worden ingediend en voor 1 juli 2014 door de Eerste Kamer zijn aangenomen. Zo blijft er nog minimaal een half jaar verdere implementatietijd voor gemeenten.

Hoofdstuk 2: Ambitie: missie en visie

De centrale missie die de gemeente Lansingerland nastreeft is ook in eerdere beleidsstukken verwoord en daar bouwen we onverminderd aan voort: "*Lansingerland is een gemeente met een gezonde en zorgzame samenleving waaraan alle inwoners een bijdrage leveren, zodat iedereen naar eigen vermogen meedoet*". De achterliggende gedachte hierbij, die overigens niet uniek is voor Lansingerland is dat we moeten groeien van een verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving.

De visie is dat we uitgaan van één aanpak op het sociale domein maar voor drie leeftijdscategorieën onderscheiden we daarbij drie subdoelstellingen:

1. Jongeren van 0-23 jaar: zich veilig en gezond kunnen ontwikkelen tot een zelfredzame burger;
2. Volwassenen tussen 18-67 jaar: financiële en zorgzelfstandigheid door arbeidsparticipatie en, waar dat niet mogelijk is, maatschappelijke participatie;

3. Volwassenen vanaf 67 jaar (67+): ondersteuning gericht op het zo zelfstandig mogelijk blijven functioneren, wonen en participeren.

Voor jong-volwassenen tussen de 18 en 23 hangt het af van de fase in hun ontwikkeling welke vorm van ondersteuning zij nodig hebben (nog op school, reeds aan het werk).

Om met de invoering van de drie decentralisaties ook vorm te geven aan de centrale missie, visie en de subdoelen zijn vijf basisuitgangspunten geformuleerd om een gezonde en zorgzame samenleving te bevorderen met zo zoveel mogelijk eigen kracht en zo min mogelijk of eenvoudig mogelijke georganiseerde gemeentelijke ondersteuning: (1) zelfstandig waar mogelijk, met ondersteuning waar nodig; (2) licht waar mogelijk, intensief waar nodig; (3) afschalen waar mogelijk, opschalen waar nodig; (4) eenvoudig waar mogelijk, multidisciplinair waar nodig; (5) lokaal waar mogelijk, regionaal waar nodig. Lansingerland werkt samen in zowel de regio Rotterdam als in de regio Haaglanden.

Hoofdstuk 3: Het toekomstig model

Het 3D-ondersteuningsmodel voor Lansingerland is een model dat voortbouwt op de bestaande kracht van de eerste lijnsnetwerken in Lansingerland en op de bestaande gemeentelijke organisatie. Hieraan worden de nieuwe elementen (expertise, menskracht, contacten, cultuurverandering) toegevoegd die nodig zijn voor een succesvolle uitvoering van de nieuwe taken. Het model is gebaseerd op een matrix van de drie genoemde leeftijdscategorieën met een eigen doelstelling en vier niveaus van ondersteuning. De niveaus van ondersteuning zijn: eigen kracht (groene kolom), lichte ondersteuning (gele kolom), intensieve ondersteuning (oranje kolom), specialistische ondersteuning (rode kolom). Voor elk van de drie leeftijdscategorieën geldt dat zoveel mogelijk problemen worden opgelost met beroep op wat men zelf (nog wel) kan en het sociale netwerk en waar nodig met lichte ondersteuning (vrij toegankelijke eerstelijns zorg). Naar schatting 95% van de inwoners kan op deze manier maximaal zelfredzaam zijn en hoeft niet aan te kloppen bij de gemeente. De gemeente faciliteert wel de eerstelijns voorzieningen zoals maatschappelijk werk, welzijnswerk, jongerenwerk, etcetera. Alleen voor die onderdelen en voor zover het echt niet anders kan, worden duurdere voorzieningen (oranje kolom) ingezet om mensen te ondersteunen. Het gaat dan om individuele voorzieningen waarvoor de toegang wordt geregeld door (nieuwe) gemeentelijke jeugd en volwassenen-consulenten. De gemeentelijk consulenten kunnen consultatie en diagnose vragen bij een expertteam. De meest specialistische duurdere voorzieningen organiseren we regionaal (rode kolom). Voor multiproblemsituaties is er een netwerk sluitende aanpak.

Specifieke elementen in de aanpak zijn nog dat voor de jeugdhulp geldt dat toegang tot duurdere voorzieningen ook via de huisarts of de jeugdarts kan lopen. Hierover moeten dus goede afspraken gemaakt worden. Specifiek aan de aanpak van de volwassen doelgroep 18 tot 67 is dat deze zich richt op het bevorderen van arbeidsparticipatie door een gecombineerde analyse en vervolgens aanpak met participatie- en ondersteuningsinstrumenten. Voor de doelgroep 67+ is het meest belangrijk dat een goede aansluiting wordt gemaakt tussen medische ondersteuning, intensievere Wmo-ondersteuning en sociaal/ maatschappelijke oplossingen: zowel het welzijnswerk, de ouderenzorginstellingen en in de toekomst de nieuwe wijkverpleegkundige, maar ook andere medewerkers van thuiszorg spelen hierin een belangrijke rol. In Lansingerland hebben betrokken partijen al goed contact en ontstaan steeds meer samenwerkingsverbanden.

Hoofdstuk 4, sturing, subsidies en inkoop

Gezien de gemeente Lansingerland per 2015 op het sociale domein verantwoordelijk wordt voor een budget van om en nabij de 31 miljoen (zie paragraaf 6.1) en dit budgetten betreft waar door het rijk reeds grote kortingen op zijn doorgevoerd, is het van cruciaal belang om goed te sturen op de financiën. Voor de verantwoordelijkheden die nu al bij de gemeente liggen geldt dat de meeste eerstelijns voorzieningen worden gefinancierd door middel van subsidies. Door een combinatie van duurzame relaties met gesubsidieerde eerstelijns partijen en relaties van deze partijen met inwoners enerzijds en een scherpe sturing op de resultaten anderzijds, kan op deze manier een heel groot deel van de inwoners op relatief goedkope wijze worden ondersteund. Voor de inkoop van (reeds bestaande en nieuwe)

duurdere vormen van ondersteuning is het meer voor de hand liggend om een andere inkoopvorm te kiezen die de prijs (meestal per traject) zoveel mogelijk kan reduceren. De meest gewenste vorm moet nog goed worden onderzocht en worden uitgewerkt. Voor de meeste dure vormen van zorg is regiosamenwerking een goede manier om de risico's te spreiden (bijvoorbeeld in een Gemeenschappelijke Regeling).

Daarnaast moeten ook afspraken gemaakt worden met andere financiers zoals de zorgverzekeraar over onder andere de doorverwijzing van huisartsen naar jeugdhulp, de mogelijke inkoop van Jeugd-GGZ door de verzekeraars, de inzet en aansturing van de wijkverpleegkundige en de grensvlakken van de verantwoordelijkheden tussen de gemeente, de ZvW en de AWBZ (zorgkantoor).

Hoofdstuk 5, Informatietechnologie en contractmanagement

Alle nieuwe taken van de gemeente moeten op een goede wijze worden ingevoerd in de gemeentelijk informatiesystemen en die van uitvoeringspartners. Het gaat dan bijvoorbeeld om registratie van de arrangementen, de mogelijkheden tot gegevensuitwisseling, inkoopinformatie en contractmanagement, financiële informatie en administratie. Dit is ook van belang voor de sturing. Een belangrijke uitdaging hierbij is nog wel het omgaan met de privacy van gegevens.

Ook kan informatietechnologie worden ingezet om burgers zelf te ondersteunen om hun problemen op te lossen, door middel van digitale matching bijvoorbeeld.

Hoofdstuk 6, Financiële en personele consequenties

De budgetten die van het rijk overkomen voor de decentralisaties zijn nog niet bekend. Op basis van voorlopige berekeningen van het rijk en diverse onderzoeksbureaus is de inschatting dat ongeveer €6,4 miljoen overkomt voor de Jeugdhulp. Dit budget is met ongeveer 15% gekort. Ongeveer €12 tot €14 miljoen komt over voor de AWBZ (inclusief Persoonlijke Verzorging), op basis van het huidige gebruik; hier komt nog een korting van 25% op begeleiding en 15% op verzorging overheeren. Dat naast een korting van 40% op huishoudelijke hulp, wat al onderdeel is van de Wmo. Voor de invoering van de Participatiewet geldt dat de participatiebudgetten verminderen en het inkomensdeel wordt opgehoogd wat naar schatting zou leiden tot een positief saldo van €0,3 miljoen voor de gemeente Lansingerland. De omvang van de groep die bij de gemeente gaat aankloppen stijgt echter verhoudingsgewijs vele malen en per cliënt krijgen we dus fors minder. In totaal gaat het in het sociale domein met oud en nieuw beleid bij elkaar na 2015 om zo'n €31 miljoen (inclusief Persoonlijke Verzorging).

Het budget dat gepaard gaat met de decentralisaties is overigens niet alleen voor de inkoop van de voorzieningen zelf, maar ook om de organisatie te regelen. Dus het beleid en opstellen van verordeningen, de toegang (consulenten), de registratie, de informatievoorziening, de inkooporganisatie en de (financiële) verantwoording. Deze taken zijn in het Lansingerlands model belegd bij de gemeente zelf. Qua personele capaciteit betekent dit dat er binnen het sociale domein een aanzienlijke uitbreiding dient plaats te vinden om al deze nieuwe taken vanaf 2015 uit te kunnen voeren. De personele consequenties worden begin 2014 uitgewerkt in een werkgroep "personele organisatie".

Hoofdstuk 7, Communicatie en vervolgplanning

Het beleidsdocument 3D is met vele partijen besproken om te zorgen dat de aanpak geen papieren werkelijkheid is, maar ook door samenwerkingspartners wordt ondersteund als een aanpak die in de praktijk ook zijn vruchten gaat afwerpen. Gesproken is met partners in het veld op het gebied van preventief jeugdbeleid, jeugdhulp, passend onderwijs, welzijn, instellingen voor ouderenzorg, GGZ, gehandicapten, maatschappelijk werk, sluitende aanpak (waaronder politie en 3B wonen) de verzekeraar en de adviesraden (Wmo-raad en CAR WWB).

In de vervolgfase zal de nadruk liggen op de concrete uitwerking van de vele verschillende onderdelen van dit beleidsplan in een implementatieplan en zullen naast dat tien interne werkgroepen opgestart worden, ook de maatschappelijke partners en de adviesraden weer nauw betrokken worden bij het vervolg. In de tweede helft van 2014 zal de communicatie met name gericht zijn op het informeren van alle inwoners van Lansingerland in het algemeen en cliënten in het bijzonder.

1.2 Inleiding

Vanaf 2015 worden gemeenten verantwoordelijk voor een aantal extra taken binnen het sociale domein die nu nog bij het rijk, bij de zorgverzekeraar of bij de provincie of stadsregio zijn ondergebracht. Het gaat om taken in het kader van de decentralisatie van de jeugdzorg, de decentralisatie van AWBZ-taken naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de invoering van de Participatiewet. Deze drie grote veranderingen in het sociale domein noemen we in dit beleidsplan de 3 decentralisaties of nog korter, de 3D's.

Gezien de samenhang in het sociale domein maar ook gezien de forse bezuinigingen die met deze decentralisaties gepaard gaan, is het wenselijk om de drie decentralisaties in samenhang met elkaar te organiseren. Daarbij is het belangrijk om te realiseren dat het gaat om een forse operatie voor de gemeente waarbij veel en complexe organisatie komt kijken, omvangrijke budgetten overkomen die goed besteed en verantwoord moeten worden, de gemeente te maken krijgt met veel en grote nieuwe contractpartners en nieuwe samenwerkingsverbanden. En het meest belangrijk, nieuwe doelgroepen komen aankloppen bij de gemeente en de verantwoordelijkheid voor de basale ondersteuning van de meest kwetsbare inwoners van Lansingerland die dat niet zelf kunnen, komt nagenoeg geheel bij de gemeente te liggen.

In totaal gaat om het om naar schatting de volgende aantallen nieuwe ondersteuningsvragen bij de gemeente Lansingerland na de decentralisaties, afgezet tegen de doelgroepen die nu al onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid vallen:

	Oud	Nieuw 3D*
Jeugd	Preventie: 17.000	Jeugdhulp: 150 J-GGZ: 900 BGI/ BGG: 75-100 Totaal nieuw: 1.125
Wmo/ AWBZ	Wmo: 1200-1500	BGI/ BGG: 450 PV: 600 (gemeente of ZvW?) ZZP 1-4: 250 Totaal nieuw: 1.300
Participatie	WWB+overig: 500 WSW: 50	Wajong: 75 per jaar Totaal nieuw in 2018: 300

BGI/ BGG = begeleiding individueel / begeleiding groep; PV = Persoonlijke Verzorging

*Schattingen "nieuw 3D": op basis van Vektis bestanden, een landelijk bureau dat de cijfers met betrekking tot de decentralisaties verzamelt voor gemeenten.

De impact

Behalve voor de gemeente gaat er ook voor de inwoners van Lansingerland veel veranderen. In de eerste plaats voor mensen die momenteel op een of andere manier gebruik maken van de zorgvoorzieningen die worden gedecentraliseerd. Nu hebben zij een indicatie gekregen van Bureau Jeugdzorg of van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ), wat hen recht geeft op bijvoorbeeld begeleiding, jeugdhulp of een persoonsgebonden budget (PGB) om benodigde zorg zelf te organiseren. Vanaf 2015 wordt die 'indicatie' voortaan dus door de gemeente afgegeven. Daarnaast mag ook de huisarts doorverwijzen naar jeugdhulp. In hoofdstuk 3 zal overigens blijken dat we het geen indicatie meer noemen, maar een arrangement. Voor mensen die al zorg ontvangen op 1-1-2015 blijft hun recht op voortzetting van die zorg gegarandeerd tot en met 2015. Voor kinderen die pleegzorg krijgen geldt dat zij recht hebben op zorg bij dezelfde aanbieder tot hun 18^e jaar.

Vooralsnog verandert er daarom met name iets voor mensen die vanaf 2015 voor het eerst beroep doen op ondersteuning op het gebied van Jeugdhulp of de nieuwe Wmo. Zij kunnen geen rechten meer ontlenen aan oude regelingen, maar vallen onder de gedecentraliseerde regelgeving, waarin het bevorderen van de eigen kracht, inzet van het sociale netwerk en lichte ondersteuning in principe altijd vóór of in samenhang met dure individuele zorgvoorzieningen worden ingezet. Er is immers minder geld voor dure ondersteuning vanwege de kortingen die met de decentralisaties gepaard gaan. Anderzijds is er voor mensen met een nieuwe ondersteuningsvraag dus ook geen sprake van afname van de ondersteuning of vermindering van de hulp, want zij hadden nog geen ondersteuning en hebben dus ook nergens op gerekend.

Dit geldt ook voor de mensen die in het oude AWBZ-stelsel in de zogenaamde 'zorgzwaartepakketten' (ZZP's) 1-4 zouden vallen. Het kabinet wil de zorg uit de lichtere zorgzwaartepakketten voor nieuwe cliënten in de eigen omgeving laten plaatsvinden. Dat betekent dat *nieuwe* cliënten niet meer in een zorginstelling verblijven. Cliënten krijgen voortaan thuis de zorg en ondersteuning die zij nodig hebben. Deze maatregel geldt sinds 1 januari 2013 voor de ZZP's 1 en 2, vanaf 2014 voor de ZZP's 3 en vanaf 2016 voor de ZZP's 4. Dat heeft dus vooral gevolgen voor ouderen (de AWBZ-gefinancierde verzorgingshuizen worden gesloten, de verpleeghuizen blijven bestaan) en voor mensen met ernstige GGZ-problematiek want veel mensen hebben geen mogelijkheid meer tot opname in beschermde woonvormen. Daarnaast wordt ook het aantal bedden in psychiatrische instellingen fors verminderd. Voor verstandelijk beperkten worden alleen de ZZP's 1 en 2 afgeschaft en voor lichamelijk gehandicapten de ZZP's 1 en 3 en verandert er dus minder. Dat betekent wel dat meer gehandicapten thuis moeten blijven wonen.



De mensen die lichtere ondersteuning nodig hebben kunnen daarvoor beroep doen op de Wmo voor huishoudelijke hulp, hulpmiddelen, woningaanpassingen en vervoer en met de decentralisatie ook voor begeleiding en/of een vorm van dagbesteding. Daarnaast kunnen zij na 1-1-2015 beroep doen op de gemeente (Wmo) of de zorgverzekeraar voor persoonlijke verzorging afhankelijk van waar deze taak belegd wordt en ook op de zorgverzekeraar voor verpleging. In de toekomst moeten mensen dus langer thuis blijven wonen. Ouder worden op zich is geen reden meer om in een instelling verzorgd te worden. Lichte ondersteuning vindt plaats aan huis, met behulp van het sociale netwerk of mantelzorgers en pas als intensieve verzorging of verpleging nodig is die niet meer aan huis geleverd kan worden, is zorg in een 'kern AWBZ-instelling' een mogelijkheid. Het CIZ blijft indiceren of iemand hiervoor in aanmerking komt.

Met de invoering van de Participatiewet kan er voornamelijk veel veranderen voor mensen die momenteel een Wajong (Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten) uitkering hebben. Deze uitkering is voor mensen die op jonge leeftijd (-18) een ziekte of handicap hebben gekregen. De komende jaren gaat het UWV alle Wajongers namelijk herkeuren en blijven alleen de volledig en duurzaam gehandicapten in aanmerking komen voor een Wajong-uitkering. Heeft iemand naar verwachting op enig moment enig arbeidspotentieel, dan komt hij niet meer in aanmerking voor de Wajong en moet hij zich inzetten voor werk. Lukt dat niet zelfstandig, dan kan de gemeente ondersteunen en dan kan hij zo nodig (tijdelijk) een bijstandsuitkering te ontvangen. De verwachting is dat zo'n 70% van de huidige Wajongers een zekere mate van arbeidspotentieel zal hebben en dus niet meer in aanmerking komt voor de Wajong.

In dit beleidsplan zetten we de koers uit voor de aanpak van deze 3D-operatie in een integraal beleidsplan voor het gehele brede sociale domein voor de gemeente Lansingerland. In paragraaf 1.3, 1.4 en 1.5 wordt uitgebreid beschreven wat de stelselwijzigingen zijn en welke extra taken er dus op de gemeente af komen. In hoofdstuk 2, 3 en 4 komt vervolgens aan de orde hoe we deze nieuwe taken als gemeente willen gaan organiseren en hoe we inwoners met (nieuwe) ondersteuningsvragen die vanaf 2015 bij de gemeente aankloppen doelmatig en doeltreffend willen gaan ondersteunen.

1.3 De nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning

De decentralisatie van een aantal taken vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de gemeente vraagt om een herziening van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De AWBZ wordt teruggebracht tot een kern-AWBZ, waaronder uitsluitend intramurale zorg valt. Alle andere taken die daarnaast nu nog onder de AWBZ vallen, worden ondergebracht in de Wmo en de Zorgverzekeringswet. De compensatieplicht in de huidige Wmo wordt vervangen door de ruimer geformuleerde resultaatverplichting. Dit benadrukt dat gemeente en burger de ruimte hebben om te komen tot oplossingen die zijn toegesneden op individuele en lokale omstandigheden. De Wmo-taken van de gemeente zijn als volgt samen te vatten:

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

De wet geeft aan op welke terreinen in elk geval inspanningen moeten worden verricht om tot participatie en ondersteuning te komen en bovengenoemde punten invulling te geven:

- *Bevorderen toegankelijkheid en zelfstandig wonen*
- *Bevorderen eigen kracht en bieden van vangnet*
- *Ondersteunen vrijwilligers en mantelzorgers*
- *Bieden van algemene voorzieningen en (individuele) maatwerkvoorzieningen*
- *Zorgen voor kwaliteit en continuïteit*



Op een aantal punten moet de wettekst nog aangevuld worden. Er is nog geen duidelijkheid over het Persoonsgebonden budget. Vragen die nog beantwoord moeten worden zijn:

- Invulling van het Persoonsgebonden budget (PGB, zie paragraaf 4.8): blijft het PGB in de huidige vorm bestaan of wordt het meer maatwerk?
- Afspraken over de overgangperiode: tot wanneer behouden mensen hun recht op basis van hun indicatie?
- Ontschotting tussen zorg vanuit Wmo en Zorgverzekeringswet: verpleging en persoonlijke verzorging worden nu in één pakket geleverd, maar met de nieuwe wetgeving vallen ze wellicht onder verschillende financieringen. Hoe worden dergelijke problemen opgelost?

Daarnaast is er nog onduidelijkheid over de overgang van cliëntgegevens. Op dit moment ligt de cliëntregistratie bij het Zorgkantoor. Zij mogen de gegevens pas doorzetten naar de gemeente nadat dit bij wet is geregeld. Dat betekent dat de cliëntgegevens naar verwachting pas half 2014 overkomen. Pas daarna kan de gemeente in gesprek met de cliënten.

1.3.1 Welke taken en verantwoordelijkheden gaan van de AWBZ naar de Wmo?

De functies 'extramuraal begeleiding' en 'persoonlijke verzorging' worden uit de AWBZ geschrapt. Dat betekent dat de gemeente de verantwoordelijkheid krijgt voor:

1. Alle inwoners die nu een indicatie hebben voor begeleiding. In de AWBZ is de functie begeleiding onderverdeeld in 'begeleiding individueel' en 'begeleiding groep'. Onder 'begeleiding individueel' vallen bijvoorbeeld woonbegeleiding en thuisbegeleiding. Tot 'begeleiding groep' horen onder andere dagbesteding voor mensen met een verstandelijke beperking en dagopvang voor ouderen.
2. Het daarmee samenhangende vervoer. Mensen die gebruik maken van dagbesteding en die niet zelfstandig kunnen reizen, krijgen in de AWBZ een indicatie voor dagbesteding met vervoer. Na de decentralisatie zullen deze mensen waarschijnlijk gebruik maken van Wmo-vervoer.
3. Alle inwoners die nu een indicatie voor persoonlijke verzorging hebben.
4. Alle inwoners die voorheen in aanmerking kwamen voor een zorgzwaartepakket (ZZP tussen 1 en 4 afhankelijk van de grondslag), waarmee zij hun volledige pakket in een verzorgingshuis, een gezinsvervangend tehuis voor verstandelijk beperkten of een RIBW (Regionale Instelling voor Beschermd Wonen) voor psychiatrisch patiënten konden ontvangen.

Al deze mensen kunnen vanaf 1 januari 2015 terecht bij de gemeente voor hun ondersteuningsvraag. Gezien de zware bezuinigingen die met de decentralisatie van de taken gepaard gaan, zal de gemeente, in samenwerking met de partners, moeten zoeken naar een efficiëntere werkwijze en naar innovatieve vormen van ondersteuning. Ook zal meer beroep gedaan moeten worden op wat mensen nog wel zelf kunnen en op de hulp van mantelzorgers, familie, burens, vrijwilligers, etcetera. In hoofdstuk 3 wordt verder uitgewerkt hoe we dat gaan organiseren in Lansingerland.

De onderstaande tabel uit een recent SGBO-klantonderzoek in de hele regio Haaglanden geeft een beeld van waar mensen zoal begeleiding voor krijgen. De percentages zijn niet representatief voor de hele doelgroep, maar geeft alleen een beeld van de aard van de begeleiding van de respondenten.

Tabel 8: Individuele begeleiding in Haaglanden, regio Noord, regio Zuid²⁰

Ontvangt individuele begeleiding bij....	Percentage respondenten Haaglanden (N=tussen 1565 en 1702)	Percentage Respondenten Regio Noord (N=tussen 769 en 680)	Percentage respondenten Regio Zuid (N=tussen 876 en 933)
Het omgaan met een handicap	63%	63%	64%
Structuur aanbrengen in het dagelijks leven/dagittme	61%	64%	59%
Zelfredzaamheid (keuzes maken, problemen oplossen)	59%	58%	59%
Zelfstandig wonen	57%	60%	55%
Het communiceren met anderen	56%	55%	57%
Administratie en/of financiën	55%	57%	53%
Het omgaan met andere mensen	55%	52%	57%
Het bewegen en verplaatsen	50%	53%	48%
Aanvragen van meer of andere hulp, woningaanpassingen of hulpmiddelen	50%	53%	48%
Vaardigheidstraining	32%	33%	32%
Mobiliteitstraining	22%	24%	21%
Revalidatie	19%	21%	16%
Het werk	14%	15%	14%
De opvoeding van kinderen	7%	7%	7%

²⁰ De respondenten konden meerdere antwoorden invullen, waardoor de percentages niet optellen tot 100% en het aantal ingevulde antwoorden niet overeenkomt met het aantal respondenten dat individuele begeleiding ontvangt.

1.3.2 *Overgangperiode*

In de concept-wettekst is sprake van een overgangperiode voor de cliënten die overgaan van de AWBZ naar de Wmo. Er is voorgesteld om van 2015 een overgangsjaar te maken, waarin bestaande klanten hun recht op zorg en op hun zorgaanbieder behouden. Voor mensen die in een woonvorm Begeleid wonen (RIBW) wonen is er zelfs sprake van een overgangperiode van 5 jaar of meer. Voor mensen van wie hun indicatie afloopt op of na 1 november 2014 geldt dat zij moeten aankloppen bij de gemeente voor een nieuw besluit. Ook nieuwe cliënten kunnen vanaf 1 november 2014 bij de gemeente terecht. Voor die klanten moeten dan al wel alle nodige maatwerkvoorzieningen voorbereid en beschikbaar zijn.

1.3.3 *Scheiden van wonen en zorg*

Vanaf 2013 is het scheiden van wonen en zorg versneld ingezet. Dat betekent dat wonen en zorg niet meer onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn en apart gefinancierd moeten worden. De cliënt betaalt zelf voor het wonen via huur of koop. De zorg wordt gefinancierd via de Zorgverzekeringswet, Wmo, AWBZ en eventueel uit eigen middelen. Dit nieuwe beleid heeft gevolgen voor de wooncapaciteit van corporaties en van zorginstellingen. Overigens geldt voor ouderen die momenteel reeds in een zorginstelling zitten dat zij gewoon mogen blijven wonen in de instelling.

- *Druk op de woningvoorraad*

Als een inwoner langer thuis blijft wonen, zal deze dienen te beschikken over een geschikt huis. Dat betekent dat mogelijk aanpassingen aan de woningen nodig zijn. Het fysiek scheiden van wonen en zorg zal waarschijnlijk leiden tot een grotere vraag naar sociale huurwoningen en/ of speciale woningen voor mensen met een beperking.

- *Ombouw huidige capaciteit*

Zorgaanbieders die intramurale capaciteit kwijtraken door het scheiden van wonen en zorg, kunnen ervoor kiezen bestaande kamers en ruimten in de intramurale voorzieningen om te bouwen tot een vorm van 'geclusterd' wonen waarbij de cliënt een huurovereenkomst sluit met de eigenaar van de accommodatie. De verwachting is echter wel dat bij de huur van dergelijke woningen sprake zal zijn van een hoge vierkante meterprijs. Het is immers zo dat in de accommodatie meestal diverse algemene ruimten en/ of ruimten voor diensten aanwezig zijn. Dit zal in de huur (of servicekosten) worden doorberekend. Het is de vraag welke rechtspersoon eigenaar is/ wordt van dergelijke accommodaties. Is dit de zorgorganisatie zelf (of een stichting) of het is mogelijk dat de woningbouwcorporaties in deze markt willen stappen.

- *Heroriëntatie op woningaanbod*

Daarnaast rijst de vraag of er voldoende geschikte wooncapaciteit in de gemeente is om deze ombuiging op te vangen. In het verleden heeft de gemeente Lansingerland samen met 3B Wonen een inventarisatie gemaakt van het huidige aantal geschikte woningen, op basis van de situatie van toen. Het scheiden van wonen en zorg vraagt echter om een heroriëntatie op de soort en de omvang van het benodigde aantal woningen voor senioren en mensen met beperkingen. Wij zullen de gevolgen en de mogelijke oplossingen samen met het team huisvesting en met de woningbouwcorporatie onderzoeken in 2014.

1.3.4 *Veranderingen in financiële compensatie chronisch zieken en gehandicapten*

Per 2014 worden de landelijke inkomensregelingen voor financiële compensatie voor chronisch zieken en gehandicapten afgeschaft. Het gaat om de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wt cg), de Compensatieregeling Eigen Risico (CER) en de fiscale regeling voor aftrek van specifieke

zorgkosten en de daarmee samenhangende Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten (TSZ). Gemeenten kunnen maatwerk bieden door Wmo-voorzieningen of door het geven van bijzondere bijstand.

1.3.5 MEE cliëntondersteuning naar gemeenten

De middelen voor cliëntondersteuning door MEE, een organisatie voor de ondersteuning van mensen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking, nu nog gefinancierd uit de AWBZ, gaan per 2015 over naar de gemeenten. Om gemeenten en MEE-organisaties voor te bereiden krijgen MEE-organisaties in 2014 de plicht om afspraken te maken met gemeenten. Het budget in 2015 wordt zoveel mogelijk op historische grondslag verdeeld.

1.3.6 De Zorgverzekeraar en de wijkverpleegkundige

Naast decentralisatie naar de gemeenten worden ook een aantal taken uit de AWBZ overgedragen aan de zorgverzekeraar en vallen dus straks onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het gaat dan in elk geval om verpleging en wellicht ook om de persoonlijke verzorging. Van deze laatste is nog niet duidelijk of het naar de gemeente of naar de zorgverzekeraar zal gaan.



Het kabinet stelt met de overgang van verpleging vanaf 2015 ook extra geld beschikbaar aan de zorgverzekeraar voor extra wijkverpleegkundigen (€200 miljoen). Deze wijkverpleegkundigen moeten daarmee ook een nieuwe rol krijgen. Indien sprake is van een medisch probleem wordt de wijkverpleegkundige ingeschakeld die in nauw contact staat met de huisarts. Zij leveren zorg aan huis, maar moeten ook een spil worden in de zorg, problemen signaleren en het sociale en medische domein verbinden. Zij komen immers bij mensen achter de voordeur (die verpleging of verzorging nodig ontvangen) en kunnen zo vroegtijdig signaleren. Zij houden dan ook goed contact met welzijn en andere eerstelijns voorzieningen.

Nog niet duidelijk is of de 'nieuwe' wijkverpleegkundige inderdaad ook bij een thuiszorgorganisatie zal worden ondergebracht en welke dan (veelal zijn er meerdere thuiszorgorganisaties actief in een buurt of gemeente). Ook is nog niet helemaal uitgekristalliseerd of de extra wijkverpleegkundigen alleen verbindende schakels worden of zelf ook nog verpleging uitvoeren en hoe zij zich dan verhouden tot andere verpleegkundigen. Dit laatste is ook de vraag indien de wijkverpleegkundige zitting neemt in het eerstelijns netwerk. Verzekeraars zijn op dit moment nog in overleg hoe de functie van wijkverpleegkundige er precies uit moet gaan zien.

1.4 Jeugdwet

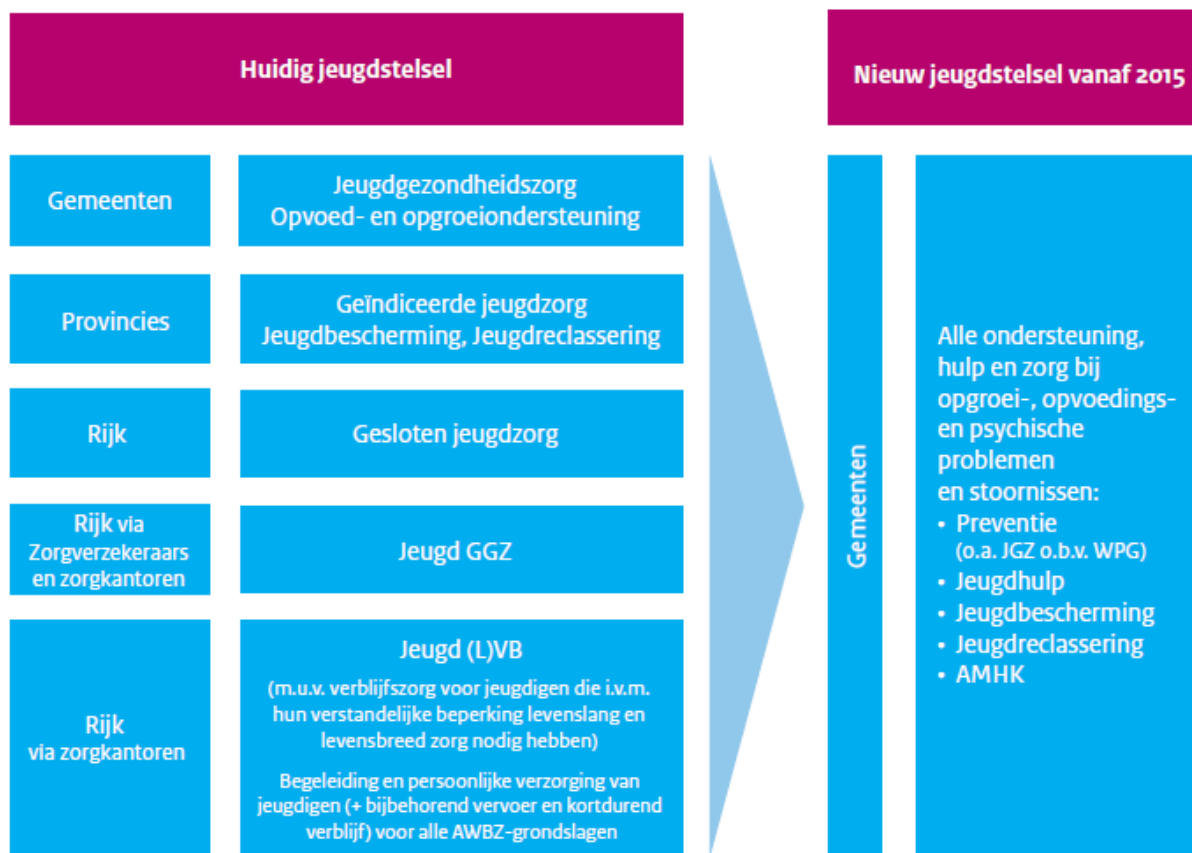
1.4.1 Welke taken en verantwoordelijkheden komen over met de nieuwe Jeugdwet?

Vanaf 1 januari 2015 worden gemeenten verantwoordelijk voor de jeugdhulptaken. Gemeenten voeren nu ook al taken uit op het beleidsterrein jeugd: de jeugdgezondheidszorg en preventief jeugdbeleid, waar taken als informatie en advies, signalering, licht ambulante hulpverlening, toeleiding naar zorg en de coördinatie van

Deze tekst is gebaseerd op het wetsvoorstel voor de Jeugdwet zoals ingediend bij de Tweede Kamer op 1 juli 2013. Gedurende de behandeling van het wetsvoorstel in de Eerste Kamer kan de tekst van de wet nog wijzigen.

zorg deel van uitmaken. Daar komen taken bij die nu onder verantwoordelijkheid vallen van de stadsregio (of provincie), het rijk, de zorgverzekeraar of de AWBZ.

Schematisch ziet het overhevelen van taken en verantwoordelijkheden er als volgt uit:



Transformatie

Naast de transitie van taken en verantwoordelijkheden is er ook een transformatie (andere manier van denken en handelen) nodig. De transformatie moet leiden tot:

- preventie en uitgaan van eigen kracht van jeugdigen, ouders en het sociale netwerk;
- minder snel medicaliseren, meer ontzorgen en normaliseren;
- eerder (jeugd)hulp op maat voor kwetsbare kinderen;
- integrale hulp met betere samenwerking rond gezinnen: één gezin, één plan, één regisseur;
- meer ruimte voor jeugdprofessionals en vermindering van regeldruk.

1.4.2 Wettekst

Uit de wettekst van de Jeugdwet blijkt dat de volgende zaken van belang zijn:

- Jeugdhulp
De wet spreekt niet over jeugdzorg maar over jeugdhulp. Het omvat de ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en hun ouders bij alle denkbare opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen. Hieronder valt zowel een vorm van ambulante hulp als een verblijf bij pleegouders, hulp in een medisch kinderdagverblijf of psychiatrische zorg. Preventie en de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering vallen niet onder het begrip jeugdhulp. Niettemin wordt de gemeente daar met de Jeugdwet wel verantwoordelijk voor.

- **Leeftijdsgrens**
In het wetsvoorstel voor de Jeugdwet is de leeftijdsgrens van 18 jaar het uitgangspunt voor jeugdhulp en de uitvoering van kinderschermingsmaatregelen. Jeugdhulp die is verstrekt voor het 18^e jaar kan doorlopen tot maximaal het 23^{ste} levensjaar, voor zover deze hulp niet onder een ander wettelijk kader valt en mits voldaan wordt aan de voorwaarden. Voor jeugdreclassering en jeugdhulp die voortvloeit uit een strafrechtelijke beslissing geldt op basis van de Jeugdwet geen leeftijdsgrens.
- **Verantwoordelijkheden gemeente**
In het nieuwe jeugdstelsel worden gemeenten verantwoordelijk voor alle vormen van jeugdhulp (dus inclusief specialistische hulp zoals jeugd-ggz, jeugd-vb en gesloten jeugdhulp in het kader van ernstige opgroei- en opvoedingsproblemen), de uitvoering van kinderschermingsmaatregelen en jeugdreclassering. De verantwoordelijkheid van gemeenten omvat:
 - het voorzien in een kwalitatief en kwantitatief toereikend aanbod;
 - het opstellen van een beleidsplan voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg bij opgroei- en opvoedingsproblemen en psychische problemen en stoornissen en de uitvoering van kinderschermingsmaatregelen en jeugdreclassering;
 - het treffen van een maatwerkvoorziening op het gebied van jeugdhulp (jeugdhulpplicht) als jeugdigen en hun ouders het niet op eigen kracht redden;
 - de uitvoering van kinderschermingsmaatregelen en jeugdreclassering;
 - het voorzien in maatregelen ter voorkoming van kindermishandeling;
 - de regie over de gehele jeugdketen en de afstemming met overige diensten op het gebied van zorg, onderwijs, maatschappelijke ondersteuning, werk en inkomen, sport en veiligheid;
 - het voorzien in vertrouwenspersonen voor jeugdigen, hun ouders, pleegouders of netwerkpleegouders die te maken hebben met hulpverleners;
 - het organiseren van samenwerking op bovenlokaal niveau, zodra dit noodzakelijk is (zie paragraaf 2.3);
 - het organiseren van de effectieve toegang tot de Jeugdhulp (zie hoofdstuk 3).

Verder is van belang:

- Ondersteuning wordt zoveel mogelijk in de eigen omgeving van het kind en het gezin geboden. De uitgangspunten van eigen kracht en één gezin, één plan, één regisseur staan hierbij centraal.
- De huisarts behoudt zijn rol als doorverwijzer naar jeugdhulp, evenals de medisch specialist en de jeugdarts. Gemeenten maken op landelijk en lokaal niveau afspraken met huisartsen, medisch specialisten, jeugdartsen en zorgverzekeraars over inzet van deze artsen en doorverwijzing naar jeugdhulp.
- De gemeente bepaalt zelf welk deel van de voorzieningen vrij toegankelijk is en welke niet. Voor de niet vrij toegankelijke vormen van jeugdhulp zal eerst beoordeeld moeten worden of de jeugdige of diens ouders deze ondersteuning daadwerkelijk nodig hebben.
- Wanneer het kind en de ouders niet tevreden zijn met het arrangement, dan is er een procedure voor bezwaar (gemeente) en beroep (rechter). Dat wil zeggen dat het arrangement een besluit is op basis van de Algemene wet bestuursrecht (Awb).
- Alleen de kinderrechter kan besluiten tot een kinderschermingsmaatregel en jeugdreclassering. Als aan de gronden voor een maatregel is voldaan, draagt de kinderrechter de uitvoering van de maatregel op aan een door de gemeente gecontracteerde gecertificeerde instelling.
- Verder staan in de wet allerlei kwaliteitseisen voor aanbieders van jeugdhulp.
- In de Jeugdwet heeft de Inspectie Jeugdzorg (IJZ) als taak het onderzoeken van de kwaliteit van de jeugdhulp in algemene zin. Daarnaast wordt in de Jeugdwet een rol voor de Inspectie Veiligheid en Justitie opgenomen voor het toezicht op de tenuitvoerlegging van strafrechtelijke beslissingen.



1.4.3 Passend onderwijs

Naast de 3D's vinden veranderingen plaats in het onderwijs. Volgens de Wet passend onderwijs krijgen scholen vanaf 1 augustus 2014 een zorgplicht om alle leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben, een passende plek te bieden in het onderwijs. Passend onderwijs en de decentralisatie jeugdzorg hebben op veel punten raakvlakken. Zij gaan uit van het hanteren van eenzelfde visie op de ondersteuning van jeugdigen en kunnen elkaar versterken. Met deze stelselwijzigingen wordt de verantwoordelijkheid voor hulp aan kinderen en gezinnen die extra ondersteuning nodig hebben, neergelegd bij gemeenten en schoolbesturen. Hieronder is een korte opsomming gegeven van de belangrijkste veranderingen:

- Anders dan nu ligt de verantwoordelijkheid van een passende onderwijsplek niet meer bij de ouders, maar bij de scholen. Zij moeten aangemelde leerlingen een passende onderwijsplek bieden. Dit kan op de eigen school of op een andere school.
- De ambulante begeleiding van leerlingen met een Speciaal Onderwijs indicatie (REC) die in het regulier onderwijs les krijgen, komt te vervallen. Hetzelfde geldt voor de leerlinggebonden financiering (rugzakje voor extra begeleiding door de school voor deze leerlingen). Samenwerkingsverbanden ontvangen de vrijvallende middelen om hiermee leerlingen extra zorg te kunnen bieden op basis van eigen criteria.
- De extra ondersteuning die een school biedt, wordt opgenomen in een zogenaamd onderwijsondersteuningsprofiel. Het handelingsplan voor de individuele zorgleerling wordt vervangen door het ontwikkelingsperspectief. Dit ontwikkelingsperspectief is in overleg met de ouders vastgesteld. Hierin is, indien nodig, ook benoemd welke opvoed- en opgroei-ondersteuning nodig is. Dit in afstemming met gemeente en jeugdzorg.
- Op dit moment is nog sprake van opneemfinanciering. Als een leerling voldoet aan de landelijke indicatiecriteria kan het bijbehorende budget landelijk gedeclareerd worden. Dat kan na de invoering van 'Passend onderwijs' niet meer. De samenwerkingsverbanden ontvangen een vaste vergoeding op basis van het totaal aantal leerlingen. Hieruit moeten ze de speciale onderwijszorg betalen.

In de nieuwe wet komen vaste, geografisch afgebakende samenwerkingsverbanden. De nieuwe samenwerkingsverbanden 'Passend onderwijs' worden wettelijk verplicht een zorgplan op te stellen. In dit plan wordt aangegeven wat het onderwijs aan onderwijszorg levert en de gemeente aan jeugdhulp/welzijn en hoe een en ander wordt afgestemd. Over het zorgplan moet op overeenstemming gericht overleg plaatsvinden met de gemeenten. De samenwerking met de jeugdzorg en de gemeenten wordt verplicht. Ook komt er een verplichting tot vroegtijdige signalering van niet uitsluitend onderwijsgerelateerde problemen. De gemeente voert regelmatig overleg met de samenwerkingsverbanden zodat de plannen goed op elkaar worden afgestemd.

1.5 Participatiewet

Nu bestaan er nog verschillende regelingen voor mensen met een arbeidsbeperking, die deels in opdracht van het Rijk worden uitgevoerd (door het UWV) en deels onder verantwoordelijkheid van de gemeente vallen. Deze regelingen zijn niet langer effectief: de eigen kracht van mensen met een (geringe) arbeidsbeperking wordt onvoldoende aangesproken, waardoor een groot deel van deze mensen niet werkt of niet in een reguliere baan werkt. De Participatiewet moet meer mensen naar een betaalde, reguliere baan helpen.

De invoering van de Participatiewet staat gepland voor 1 januari 2015. Met de komst van deze nieuwe wet worden de Wet werk en bijstand (WWB), de Wet sociale werkvoorziening (Wsw) en de Wet werk en

arbeidsondersteuning jonggehandicapten¹ (Wajong) samengevoegd tot één regeling voor de onderkant van de arbeidsmarkt. De gemeente voert deze wet uit.

Hoofddoel van de Participatiewet is om iedereen met arbeidsvermogen naar werk toe te leiden. Het liefst naar een reguliere baan, maar als dat (nog) niet mogelijk is door mensen op andere manieren te laten participeren. De Participatiewet draagt zo bij aan de ambitie van het kabinet om zo veel mogelijk mensen mee te laten doen en bij te laten dragen aan de samenleving. Het samenvoegen van bovengenoemde afzonderlijke wetten tot één nieuwe regeling moet inwoners meer kansen bieden op participatie. Gemeenten krijgen zo de mogelijkheid om integraal maatwerk te leveren aan inwoners vanuit het brede sociale domein.

Hiertoe worden de middelen voor de Wsw, de Wajong en het werkdeel van de WWB samengevoegd tot één Participatiebudget. Tegelijkertijd gaat de invoering van de Participatiewet gepaard met een landelijke bezuiniging van € 690 miljoen. Deze landelijke bezuiniging is opgebouwd uit een bezuiniging van € 400 miljoen op het budget werkdeel WWB en € 290 miljoen op het budget voor de Wsw.

Samenvattend levert de Participatiewet de volgende belangrijke veranderingen op:

- Gemeenten krijgen de verantwoordelijkheid om een bredere groep inwoners naar werk toe te leiden. Liefst naar een reguliere baan, maar als dat (nog) niet mogelijk is naar werk met begeleiding of andere manieren om te participeren in de samenleving.
- Gemeenten moeten samenwerken in het nieuw op te richten 'Werkbedrijf'. Binnen het Werkbedrijf stimuleren de gezamenlijke gemeenten van de arbeidsmarktregio samen met werkgevers, het UWV en de bedrijven van de sociale werkvoorziening, dat er extra banen komen voor mensen met een arbeidsbeperking. Hoe het Werkbedrijf er precies uit moet zien, wordt nu nog uitgewerkt door de 'Werkkamer', een landelijke overlegwerkgroep die is ingesteld door het ministerie. Het ziet ernaar uit dat het Werkbedrijf geen nieuwe instantie wordt, maar een netwerkorganisatie van waaruit de deelnemende partijen nauw samenwerken en korte lijnen onderhouden.
- Met minder geld moet de gemeente meer mensen toeleiden naar werk. Er is namelijk minder geld door bovengenoemde bezuiniging op de re-integratiemiddelen van het budget werkdeel WWB en een bezuiniging op het budget voor de Wsw. De exacte landelijke financiële middelen en ook het specifieke budget voor Lansingerland zijn nu nog niet bekend.
- De sleutel voor het zo effectief mogelijk inzetten van de beschikbare middelen en voorzieningen ligt in een goede toegang. Hoofdstuk 3 beschrijft het toekomstige model voor een effectieve toegang die inwoners datgene biedt wat zij nodig hebben en bovendien voorkomt dat inwoners meer maatschappelijke ondersteuning of (werk)begeleiding krijgen dan zij nodig hebben.



1.5.1 Welke taken en verantwoordelijkheden geeft de Participatiewet aan gemeenten?

De concept-wettekst noemt de volgende taken en verantwoordelijkheden voor gemeenten:

1. Eén regeling voor alle inwoners met een arbeidsbeperking

De huidige WWB geeft gemeenten al de opdracht om re-integratie te regelen voor inwoners met een kleinere of grotere afstand tot de arbeidsmarkt inclusief inwoners met een arbeidsbeperking. Echter,

¹ De Wajong blijft bestaan voor mensen die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn. Het UWV blijft deze (afgeslankte) Wajong uitvoeren.

de toekomstige doelgroep van de Participatiewet is breder. Nu deelt de gemeente deze verantwoordelijkheid nog met het Rijk, waarbij het UWV veel taken op zich neemt. Bij punt 2 en 3 staan de groepen voor wie de gemeente een grotere of nieuwe verantwoordelijkheid gaat dragen. Het Rijk draagt de gehele verantwoordelijkheid voor deze groepen over aan de gemeenten.

2. *Nieuwe doelgroep van jonggehandicapten die wel arbeidsvermogen hebben*

Jonggehandicapten vallen nu onder de Wet Wajong, die het UWV namens het Rijk uitvoert. Op dit moment werkt een kwart van de Wajongers, van wie de helft in de sociale werkvoorziening. Met de Participatiewet krijgen alle jongeren die nu in de Wajong zitten een herkeuring. Als zij weliswaar een arbeidsbeperking, maar daarnaast ook arbeidsvermogen hebben, dan komen zij onder verantwoordelijkheid van de gemeente met de Participatiewet. Vanaf 2015 staat de Wajong alleen nog open voor volledig en duurzaam arbeidsongeschikte jonggehandicapten. Het UWV blijft deze 'afgeslankte' Wajong uitvoeren. De schatting is dat slechts ongeveer 30% van het huidige bestand in de Wajong blijft.

3. *Afbouw Wet sociale werkvoorziening met maatwerk voor beschermt werk en/ of werkbegeleiding*

Inwoners met een lichamelijke, verstandelijke of psychische beperking kunnen nu een indicatie krijgen van de Wet sociale werkvoorziening (Wsw) in twee situaties:

- 1. zij kunnen werken bij een reguliere werkgever wanneer zij ofwel aanpassingen krijgen op hun werkplek, of aangepaste werktijden, ofwel werkbegeleiding van een begeleider of coach.
- 2. zij kunnen nu niet werken bij een reguliere werkgever, omdat zij zo veel aanpassingen en/ of begeleiding nodig hebben, dat zij een speciale zogenaamde 'beschutte werkplek' nodig hebben. Doorgaans biedt de sociale werkvoorziening nu deze beschutte werkplekken.

Het kabinet stelt dat mensen met een Wsw-indicatie nu te snel terecht komen bij een beschutte werkplek, terwijl zij met extra voorzieningen/ regelingen ook arbeidsvermogen kunnen bieden aan een reguliere werkgever. Daarom kunnen mensen met de invoering van de Participatiewet per 2015 niet langer instromen in de Wsw, maar krijgen zij allemaal te maken met de instrumenten van de Participatiewet. De gemeente kan kiezen hoe deze groep mensen het beste kan gaan werken: beschermt bij de sociale werkvoorziening, beschermt bij een reguliere werkgever of op een 'gewone werkplek' bij een reguliere werkgever met minder intensieve ondersteuning. De gemeente kan in haar eigen verordening bepalen hoe zij maatwerk levert.

Dit neemt niet weg, dat de mensen die op 31 december 2014 in de Wsw werkzaam zijn op basis van een Wsw-dienstbetrekking, beschikken over een arbeidsovereenkomst naar burgerlijk recht. Zij behouden daarmee hun recht op een beschutte werkplek bij de sociale werkvoorziening. De gemeente houdt de taak om voor hen beschermt werk te blijven regelen en ontvangt hiervoor dan de middelen. Dit Rijksbudget wordt - met minimaal bovengenoemde efficiencykorting van € 290 miljoen - overgeheveld naar het participatiebudget. De exacte financiële middelen zijn nu nog niet bekend. Nu is al wel duidelijk, dat gemeenten meer mensen moeten toeleiden met minder geld. Volgens de toelichting bij de concept Participatiewet daalt de Rijksbijdrage per Wsw-plek stapsgewijs van € 25.710,- in 2013 naar € 24.900,- in 2016 en komt deze uiteindelijk uit op € 22.700,- in 2022. Dit vormt voor de gemeente een financieel risico.

4. *Extra banen voor mensen met een arbeidsbeperking*

In het Sociaal Akkoord van april 2013 hebben de sociale partners en het Rijk afspraken gemaakt om zich samen in te zetten voor extra banen voor mensen met een arbeidsbeperking. Werkgevers zetten zich in voor het creëren van 100.000 extra banen in de marktsector voor mensen met een arbeidsbeperking per 2026. De overheid stelt zich garant voor 2.500 extra banen vanaf 2014, oplopend tot 25.000 totaal. Het Rijk ontwikkelt een monitor om te bewaken dat zowel de werkgevers, als de overheid zelf zich houden aan deze afspraken. Stok achter de deur is de quotumregeling die het Rijk ontwikkelt: mocht eind 2015 blijken, dat werkgevers onvoldoende

voortgang boeken in het creëren van extra banen, dan krijgen zij een verplichte regeling met boetebeding opgelegd.

5. *Samenwerken in op te richten Werkbedrijven in de arbeidsmarktregio*

In het Sociaal Akkoord van april 2013 is de afspraak gemaakt, dat werkgevers, UWV en gemeenten zogenoemde 'Werkbedrijven' gaan oprichten in hun arbeidsmarktregio. Gemeenten krijgen de lead bij deze Werkbedrijven en UWV en sociale partners dragen menskracht en middelen bij. Uitgangspunt is dat gemeenten hun slagkracht en expertise bundelen met het UWV, de werkgevers en de organisaties die nu de sociale werkvoorziening regelen. In landelijke teksten wordt het Werkbedrijf vooral omschreven als een netwerkorganisatie, waarin partijen met heldere afspraken samenwerken en korte lijnen onderhouden. Het Werkbedrijf is dan geen nieuwe plek waar inwoners terecht kunnen, maar eerder een samenwerkingsverband waar partijen goede afspraken maken om mensen zo goed mogelijk aan het werk te helpen.

Landelijke richtlijnen over hoe de Werkbedrijven er uit moeten gaan zien, worden nu ontwikkeld door de 'Werkkamer' (zie 1.4), waarin gemeenten en sociale partners de komende maanden de elementen uit het Sociaal Akkoord uitwerken. In dit verband gaat de Werkkamer ook schetsen hoe deze Werkbedrijven eruit gaan zien.

Op dit moment werken gemeenten al met het UWV samen in hun arbeidsmarktregio. Zij hebben nu al de plicht om in hun regio één aanspreekpunt te organiseren voor werkgevers. Deze verplichting komt voort uit de bestaande Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen (Wet SJWI). Voor Lansingerland geldt dat wij onderdeel zijn van de arbeidsmarktregio Zuid-Holland Centraal en van daaruit ook nauw samenwerken met de aangrenzende arbeidsmarktregio Haaglanden. Binnen deze samenwerking zoeken wij uit hoe het Werkbedrijf voor onze regio het beste vorm kan krijgen. Daarbij volgen we de toekomstige landelijke richtlijnen over het Werkbedrijf.

6. *Tegenprestatie*

Vanuit de huidige WWB zijn gemeenten nog niet verplicht om uitkeringsgerechtigden om een tegenprestatie te vragen voor hun uitkering. Dit najaar wordt een wetsvoorstel verwacht met wijzigingen voor de WWB. Gemeenten worden verplicht om in een verordening vast te stellen hoe zij invulling geven aan deze tegenprestatie. Dit stimuleert gemeenten om van mensen met een WWB uitkering te vragen zich in te zetten voor 'onbeloonde maatschappelijk nuttige werkzaamheden die worden verricht naast of in aanvulling op reguliere arbeid en die niet leiden tot verdringing op de arbeidsmarkt'. Dit biedt kansen voor gemeenten om uitkeringsgerechtigden in te zetten voor activiteiten vanuit de Wmo of om hen andere nuttige werkzaamheden te laten verrichten. Zo kunnen zij participeren en leveren zij een tegenprestatie voor hun uitkering.

7. *Inwoners zonder arbeidsvermogen toeleiden naar vormen van participatie*

Inwoners zonder arbeidsvermogen voor wie beschut of begeleid werk niet haalbaar is, hebben baat bij andere vormen van participatie en/ of een gestructureerde daginvulling. De gemeente krijgt vanuit de Wmo de taak om mensen met een ondersteuningsbehoefte zo veel mogelijk te laten meedoen. Dit kan op eigen kracht, met algemene voorzieningen, of indien noodzakelijk via een maatwerkvoorziening. In de meeste situaties hebben deze mensen een Wajong uitkering via het UWV.

8. *Cliëntenparticipatie bij het implementeren en uitvoeren van de Participatiewet*

De gemeente krijgt de taak om cliënten te betrekken bij het ontwikkelen van beleid en het uitvoeren van de Participatiewet. Verordeningen en beleidsvoorstellen dienen vooraf met cliënten en/ of hun vertegenwoordigers besproken te worden. In een verordening dient de gemeente vast te leggen hoe zij deze inspraak precies wil organiseren.

9. *Meer monitoring, benchmarking en evaluatie van uitvoering van de Participatiewet*

De Participatiewet geeft de gemeente enerzijds meer vrijheid om te bepalen welke ondersteuning inwoners nodig hebben, maar geeft de gemeente anderzijds meer verantwoordelijkheid om resultaten te meten en te verantwoorden richting burgers, gemeenteraad en Rijk. De bestaande 'Kernkaart' op het Gemeenteloket laat het Rijk aanpassen, zodat gemeenten hiermee een instrument krijgen om de door het Rijk gevraagde kengetallen van resultaten te verantwoorden. Met benchmarking en benchlearning wil het Rijk een goede uitvoering bewaken. Zes jaar na het in werking treden van de Participatiewet gaat het Rijk op basis van deze jaarlijkse monitoring de effecten evalueren van deze nieuwe wet.

1.5.2 *Met welke instrumenten kan de gemeente deze taken gaan uitvoeren?*

Om mensen te begeleiden richting werk of participatie kan de gemeente de bestaande instrumenten blijven gebruiken en krijgt de gemeente ook een aantal nieuwe instrumenten tot haar beschikking. Dit lichten we hieronder toe.

Bestaande instrumenten die de gemeente kan blijven inzetten zijn o. a. :

- Bemiddeling richting werk met behulp van gesprekken met - zo nodig - eventuele coaching van de werkzoekende WWB' er;
- De bestaande werkgeversbenadering, waarbij een werkmakelaar de werkgevers benadert en uitzoekt welke specifieke mogelijkheden er in hun bedrijf/ branche zijn voor de inzet van mensen uit de bijstand met een kleine of grotere afstand tot de arbeidsmarkt;
- Werkgelegenheidsprojecten;
- Re-integratietrajecten, waarbij inwoners trainingen of ondersteuning krijgen (scholing en activering);
- Stimuleringspremies.
- Social return: Gemeenten kunnen aanbieders van zorg- en welzijnsactiviteiten en andere diensten vragen om leerwerkplekken of banen voor mensen met een uitkering (social return on investment) De Nota Arbeidsmarktbeleid noemt Social Return als een nieuw onderdeel van de aanbestedingen van de gemeente Lansingerland. Dit betekent dat de gemeente de opdrachtnemer verplicht of stimuleert om kwetsbare groepen op de arbeidsmarkt te betrekken bij het uitvoeren van opdrachten of gesubsidieerde taken. De gemeente creëert zo extra kansen voor werk of werkervaring voor kwetsbare groepen op de arbeidsmarkt.² Social return is dus een belangrijk instrument voor het vergroten van het aantal banen voor mensen met een arbeidsbeperking. In de vorige paragraaf 1.4.1 noemden wij bij punt 4 de taak van de gehele overheid om gefaseerd 25.000 extra banen te creëren. In 2015 moeten de overheid, dus ook wij als gemeente, bijdragen aan deze extra banen. Wanneer de overheid of de werkgevers onvoldoende voortgang boeken, dan treedt in 2015 de Quotumregeling in werking. Kortom: wij dienen al onze instrumenten effectief in te zetten voor voldoende resultaat.

Nieuwe instrumenten die de gemeente met de Participatiewet tot haar beschikking krijgt zijn:

- Bredere vormgeving van beschut werk
De gemeente krijgt veel keuzevrijheid bij het vormgeven van beschut werken voor mensen met een arbeidsbeperking, die wel arbeidsvermogen hebben. Dit kan zijn: beschut op de sociale werkvoorziening, beschut bij een reguliere werkgever of op een 'gewone werkplek' bij een reguliere werkgever op een 'gewone werkplek' met minder intensieve ondersteuning. Hoe de gemeente beschut werken uiteindelijk vorm wil geven, moet zij vastleggen in een verordening. Mogelijk kan een combinatie gemaakt worden met (specialistische) dagbesteding uit de Wmo.

² Zie Nota Arbeidsmarktbeleid, paragraaf 5.7.1, nummer T12.07073)

- Loonkostensubsidie

In het Sociaal Akkoord is afgesproken dat gemeenten een 'loonkostensubsidie' kunnen gaan inzetten. Loonkostensubsidie vergemakkelijkt het aannemen van mensen met een arbeidsbeperking in een reguliere baan. Loonkostensubsidie is een instrument voor inwoners die niet de productiviteit en/of kwaliteit kunnen leveren van een gemiddelde werknemer. Het instrument zit als volgt in elkaar: een



werknemer kan bijvoorbeeld niet 100% van de productiviteit en kwaliteit leveren van een gemiddelde werknemer, maar slechts 60%. Deze werknemer heeft dan een loonwaarde van 60%. In de Participatiewet blijft het recht op minimumloon bestaan³, dus de werknemer krijgt 100% van het minimumloon: de werkgever betaalt 60% (op grond van de loonwaarde van deze individuele werknemer), de gemeente vult 40% aan tot de volledige 100%. De werkgever hoeft dan minder loon uit te keren. Bij een andere werknemer met een productiviteit en loonwaarde van 70% betaalt de werkgever 70% van het loon en vult de gemeente de resterende 30% aan tot 100% van het minimumloon.

Verder geldt nog: wanneer het CAO-loon hoger ligt dan het wettelijk minimumloon, dan is het de verantwoordelijkheid van de werkgever om dit verschil aan te vullen, zodat de werknemer het minimumloon van zijn CAO-sector ontvangt.

Daarnaast legt de concept wetstekst nog twee gebruiksregels vast voor dit instrument:

- De gemeente mag tot maximaal 70% van het wettelijk minimumloon compenseren. De loonwaarde van de werknemers moet dus minimaal 30% zijn: zij moeten wat 'werk kunnen verzetten'. Voor werknemers met een lagere loonwaarde is dit een kostbaar middel en lijkt betaald werk met loonkostensubsidie te hoog gegrepen.

- Anderzijds geldt dat de gemeente loonkostensubsidie mag inzetten voor werknemers met een loonwaarde van maximaal 80% waarbij de gemeente 20% maximaal loonkostensubsidie verstrekt. Werknemers met een hogere loonwaarde dan 80% - die qua prestaties dus dicht in de buurt komen van een gemiddelde werknemer - kunnen dus niet met loonkostensubsidie aan het werk. Deze kansrijke werknemers met een loonwaarde van boven de 80% kunnen wel aan de slag met de no risk polis (zie hieronder). Mogelijk wil het Rijk voorkomen, dat werkgevers met een loonkostensubsidie langdurig subsidie zouden krijgen voor relatief goede werknemers. Met de no risk polis vermindert de werkgever het risico op kosten bij uitval door ziekte van de werknemer. Het is de bedoeling dat de werkgever deze kansrijke werknemers op den duur regulier in dienst neemt. Het uiteindelijke uitstroomdoel is dan bereikt.

- No risk polis

Versillende groepen inwoners met een afstand tot de arbeidsmarkt of een arbeidsbeperking kunnen bij een reguliere werkgever aan de slag met een 'no risk polis'. Mochten zij binnen een bepaalde tijd na hun in dienst treding door ziekte uitvallen, dan krijgen zij een uitkering op basis van de Ziektewet via het UWV. Dit betekent, dat de werkgever de loonkosten bij ziekte voor een groot deel niet zelf hoeft te betalen. De no risk polis geldt gewoonlijk maximaal vijf jaar. Voor bepaalde groepen inwoners zijn er in specifieke gevallen uitzonderingen mogelijk, waarbij de no risk polis langer of zelfs onbeperkt kan gelden⁴.

³ Dit is een verschil tussen de Participatiewet en de -inmiddels achterhaalde - Wet werken naar vermogen. In de vorige wetsvoorstellen van de Wet werken naar vermogen leek het minimumloon te verdwijnen voor mensen met een arbeidsbeperking die beschut werk uitvoeren. In de concept-wetstekst van de Participatiewet blijft het minimumloon bestaan voor alle werknemers.

⁴ Bron: Kamerbrief No risk polis in wet WIA, 2011.

- In het Werkbedrijf - de toekomstige netwerkorganisatie van de arbeidsmarktregio - gaat de gemeente Lansingerland samen met andere gemeenten en de sociale partners overleggen over een regionale aanpak. Deze regionale aanpak bevat regionale keuzes voor de inzet van bovengenoemde nieuwe instrumenten en bestaande instrumenten om mensen te begeleiden richting werk of participatie.

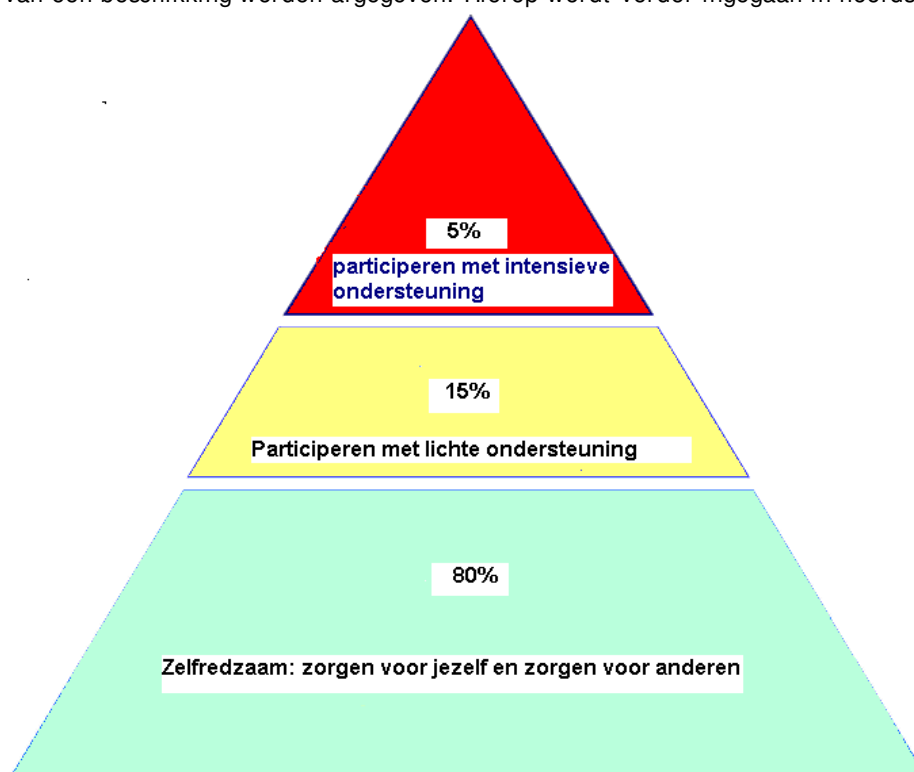
2 Wat is onze ambitie?

2.1 Missie

De gemeente Lansingerland wil het volgende bereiken:

*“Lansingerland is een gemeente met een gezonde en zorgzame samenleving waaraan alle inwoners een bijdrage leveren, zodat iedereen naar eigen vermogen meedoet”.*⁵

In principe kan iedereen, zo zelfstandig mogelijk, meedoen aan de maatschappij. Door in te zetten op preventie, de eigen kracht en de eigen verantwoordelijkheid wordt bereikt dat alle inwoners meedoen. Landelijk wordt er globaal van uit gegaan dat 80% van de inwoners dit doet op eigen kracht, 15% van de inwoners doet mee met behulp van lichte ondersteuning en 5% met behulp van intensieve ondersteuning. In onderstaande piramide is de verdeling met behulp van kleuren in beeld gebracht. Groen staat voor zelfredzaam, geel voor lichte ondersteuning en oranje/rood voor intensieve of specialistische ondersteuning. Bij oranje/rood gaat het in de toekomst om individuele maatwerkvoorzieningen, die door middel van een beschikking worden afgegeven. Hierop wordt verder ingegaan in hoofdstuk 3.



Er zijn op dit moment allerlei termen voor hetzelfde begrip in omloop: lichte ondersteuning wordt afwisselend ook aangeduid met generieke ondersteuning, algemene of collectieve voorzieningen of eerstelijns zorg. Voor specialistische ondersteuning worden ook vaak de termen intensieve of dure ondersteuning, individuele voorzieningen of tweedelijns zorg gebruikt.

⁵ Sterke samenleving ondersteunende overheid: Kadernota ten behoeve van het subsidiebeleid Maatschappelijke Ontwikkeling 2014-2018 (T12.13575).

2.2 Visie: één overkoepelende aanpak op het sociale domein

2.2.1 *Waarom koersen we op een overkoepelende aanpak voor de drie decentralisaties?*

Met de startnotitie 'Planning aanpak decentralisatie Lansingerland'⁶ is een start gemaakt in het gezamenlijk oppakken van de drie decentralisaties. Op zich is dat niet heel uitzonderlijk, veel gemeenten in Nederland bereiden zich er op voor om de decentralisatie van de Jeugdzorg, AWBZ-taken en de invoering van de Participatiewet zo integraal mogelijk op te pakken. Toch zien we ook in veel gemeenten dat er toch gekozen wordt voor aparte wijkteams voor jeugd en voor de Wmo en dat participatie daar überhaupt nog geen plek in heeft. In sommige gemeenten wordt wel een integrale front-office gecreëerd maar lijkt dit eigenlijk vooral een extra tussenstation naar een nog steeds versnipperde back-office te zijn. Kortom het is een moeilijke opgave, die we in Lansingerland niettemin met daadkracht en betrokkenheid willen oppakken.

Met een gezamenlijke aanpak creëren we mogelijkheden en kansen:

1) *Samenhang in het doel*

Bij de drie decentralisaties ligt de nadruk op het stimuleren van de zelfredzaamheid en de participatie, ofwel 'het meedoen' van inwoners. Daarvoor moeten belemmeringen voor dat meedoen zo veel mogelijk worden voorkomen of worden vermindert. Of dat nu gaat om belemmeringen vanwege problemen bij het opgroeien of opvoeden, belemmeringen vanwege fysieke of psychische beperkingen of belemmeringen bij het vinden van betaald werk. Het doel is dat zoveel mogelijk inwoners van Lansingerland met behulp van familie, vrienden en burens voor zichzelf kunnen zorgen zonder financiële of zorgondersteuning door de overheid.

2) *Samenhang en ontschotting*

Met de decentralisaties krijgt voor het eerst één overheidslaag, de gemeente, zeggenschap over bijna het hele sociale domein. Dit maakt het mogelijk om dwarsverbanden te leggen tussen de Wmo, de jeugdhulp en het domein van werk en inkomen. Concreet kunnen we daardoor meer regie krijgen op de aanpak en problemen van inwoners op meerdere leefgebieden effectiever oplossen. Want voor inwoners hangen deze problemen vaak samen. Gedragsproblemen kunnen bijvoorbeeld het vinden of behouden van werk belemmeren, wat tot financiële problemen kan leiden, wat de gedragsproblemen weer kan versterken. Geweld in de thuissituatie kan leiden tot drukke of agressieve kinderen wat weer tot meer geweld kan leiden etcetera. Zo zijn er vele voorbeelden te noemen. Een samenhangende aanpak is dan het meest effectief. In hoofdstuk 3 gaan we er verder op in hoe we dat gaan organiseren.

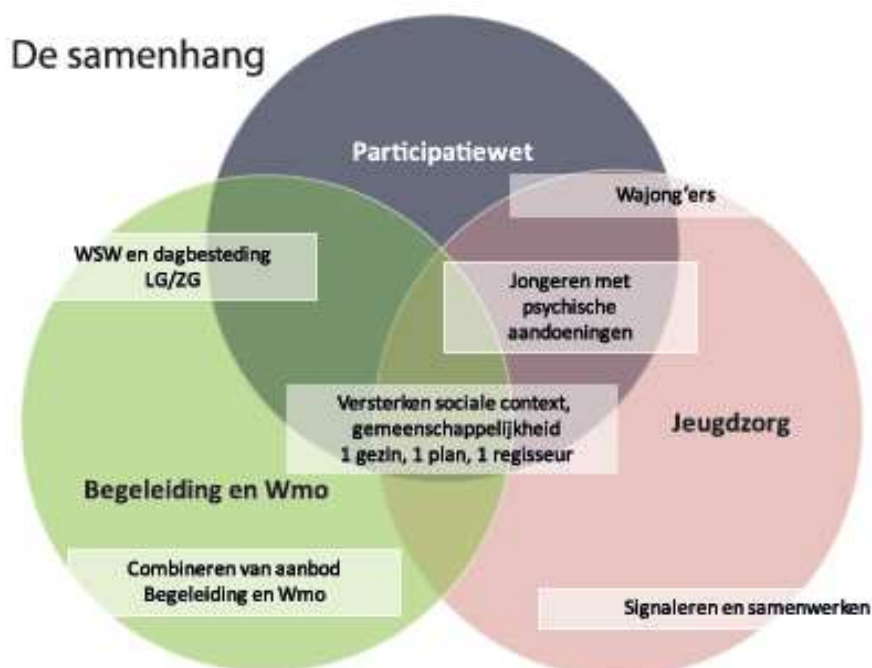
3) *Een effectieve inzet van schaarse middelen*

De drie decentralisaties geven de gemeente de opdracht om met minder geld nog wel voldoende ondersteuning en voorzieningen te bieden aan inwoners. De vraag naar ondersteuning groeit jaarlijks. Toch gaan de taken van het Rijk over naar de gemeenten met een aanzienlijke korting op de bijbehorende budgetten. De verzorgingsstaat verandert hiermee in een participatiesamenleving. Dit maakt een nieuwe manier van werken nodig. Onder andere door goed te communiceren wat de overheid van burgers zelf verwacht, in te zetten op preventie en door ondersteuning te bundelen en efficiënter aan te bieden. We willen voorkomen, dat er wachtlijsten gaan ontstaan of dat inwoners die het echt nodig hebben geen toegang meer kunnen krijgen tot de benodigde zorg of (werk)begeleiding.

Door een integrale aanpak op het sociale domein kunnen we dus de effectiviteit en efficiëntie van de ondersteuning aan inwoners verhogen en 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur realiseren. Daar moet nog wel bij aangetekend worden dat, hoewel er in 2015 dus veel verantwoordelijkheden dus samen komen bij de gemeente, de gemeente nog steeds niet overal over gaat. Zo is al eerder aangegeven dat er een kern-

⁶ Startnotitie Planning aanpak decentralisatie Lansingerland (T12.02376).

AWBZ voor intramurale zorg zal blijven bestaan en dat in elk geval verpleging van de AWBZ zal worden overgeheveld naar de zorgverzekeraars. Ook medische en bijvoorbeeld GGZ-zorg aan volwassenen is geregeld in de Zorgverzekeringswet en toegang hiertoe loopt niet via de gemeente maar via de huisarts. De wijkverpleegkundige wordt gefinancierd door de zorgverzekeraars. Voor jongeren geldt dat toegang tot de jeugdhulp via de gemeente, maar ook via de huisarts kan lopen. Pedagogische/ onderwijskundige ondersteuning loopt via de scholen in samenwerkingverbanden voor passend onderwijs. Op het gebied van werk blijft het UWV verantwoordelijk voor de WW, de WIA (Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen) en de kern-Wajong. Sociale huisvesting loopt via de woningcorporatie en veiligheid uiteraard via de politie. Er zijn dus nog diverse professionele partners waar inwoners van Lansingerland mee te maken kunnen krijgen en die een belangrijke rol hebben bij een integrale aanpak, waarvan de inzet niet gefinancierd wordt door de gemeente maar waar de gemeente wel nauw mee zal samenwerken.



2.2.2 Drie leeftijdscategorieën, drie hoofddoelen

Hoewel we één integrale aanpak voor alle inwoners voorstaan, maken we onderscheid in het doel wat we met de ondersteuning willen bereiken per leeftijdscategorie. Voor jongeren ligt de focus op hun ontwikkeling en een veilige en gezonde basis voor de toekomst. Waar het gaat om de potentiële beroepsbevolking, de 18 tot 67-jarigen, is het streven dat men aan het werk is of in elk geval niet financieel afhankelijk van de overheid en ook in sociaal opzicht voor zichzelf kan zorgen. Voor mensen boven de pensioenleeftijd is de focus gericht op ondersteuning die hen kan helpen bij het zelfstandig blijven wonen en participeren.

De drie hoofddoelen zijn dan:

1. Jongeren van 0-23 jaar: zich veilig en gezond kunnen ontwikkelen tot een zelfredzame burger;
2. Volwassenen tussen 18-67 jaar: financiële en zorgzelfstandigheid door arbeidsparticipatie en, waar dat niet mogelijk is, maatschappelijke participatie;
3. Volwassenen vanaf 67 jaar (67+): ondersteuning gericht op het zo zelfstandig mogelijk blijven functioneren, wonen en participeren.

Belangrijk is nog wel met name de overgang van jeugdigen naar volwassenen. In de hoofddoelen per leeftijdscategorie zit dan ook een overlap tussen de 18 en 23. Deze jong-volwassenen kunnen in beide groepen vallen afhankelijk van in welke fase van hun leven zij zitten (nog in opleiding, werk zoeken) en de zorg of ondersteuning die zij nodig hebben. Als het gaat om jeugdhulp, die in principe eindigt bij 18, is het tevens van belang om de overgang naar het ondersteuningsaanbod voor volwassen goed te begeleiden en te zorgen dat niemand tussen de wal en het schip valt.

2.3 Visie: vijf basisuitgangspunten voor de drie decentralisaties en alle leeftijdscategorieën binnen het sociale domein

De drie decentralisaties vallen binnen het sociale domein. Op dit gebied heeft de gemeentelijke overheid al een groot aantal taken. Denk aan de huidige Wmo (inclusief het oude 'welzijnswerk' en de oude Wet voorzieningen gehandicapten), maar ook de uitvoering van de WWB, schuldhulpverlening, de bijzondere bijstand, de publieke gezondheid, het jeugdgezondheidsbeleid, het preventieve jeugdbeleid, het Centrum voor Jeugd en Gezin en het algemeen jeugdbeleid. De taken die er bij komen voor de gemeente zijn feitelijk de 'zwaardere' ondersteuningsvormen op deze gebieden en over het algemeen betreft het dus ook kinderen, volwassenen en ouderen die tot de meest kwetsbare groepen behoren. Een deel van de zorg waar zij rechten aan konden ontlenen op grond van de AWBZ, de Wet op de Jeugdzorg, de Zorgverzekeringswet, de WSW of de Wajong, vervalt in de toekomst. Er wordt een groter beroep gedaan op wat deze groepen met hulp van hun omgeving zelf nog kunnen en waar nodig helpt de gemeente hen daarbij met een ondersteuningsaanbod op maat.

Dat is een wezenlijke verandering van, zoals gezegd, verzorgingsstaat naar participatiesamenleving waar iedereen in het begin nog even aan zal moeten wennen. Het lastige daarbij is dat de financiële middelen vanaf de invoering van de decentralisaties zeer beperkt zullen zijn, dus de praktijk dwingt ons om vooraf duidelijke keuzes te maken.

Voor de drie decentralisaties hanteren we in Lansingerland daarom de volgende vijf uitgangspunten:

1. Zelfstandig waar mogelijk, met ondersteuning waar nodig

Iedereen doet mee naar vermogen en daarbij benutten we de eigen kracht van inwoners en hun sociale netwerk. We stellen de mogelijkheden van de mensen centraal, niet hun beperkingen. Zo benutten we de eigen kracht van inwoners en hun sociale netwerk.

Wat verstaan we onder eigen kracht? Op eigen kracht betekent: doen wat gedaan moet worden zonder blijvende hulp van anderen. Het gaat daarbij om de mate van zelfredzaamheid waarmee een huishouden:

- sociaal en financieel voor zichzelf kan zorgen;
- zijn/ haar eigen kinderen gezond en veilig kan laten opgroeien;
- problemen kan oplossen.

Bij de eigen kracht gaan we uit van wat mensen wel kunnen en bouwen we daarop voort. Bij diverse projecten in het land is gebleken, dat het aanspreken van de eigen kracht mensen stimuleert om hun mogelijkheden optimaal te benutten. Zij voelen zich meer betrokken bij hun hulptraject en/ of hun traject richting (vrijwilligers)werk en/ of dagbesteding.⁷

⁷ Bijvoorbeeld Judith Wolf, hoogleraar maatschappelijke opvang, ontdekte dat cliënten uit de maatschappelijke opvang beter herstellen als zij hun eigen kracht inzetten bij de hulptrajecten. Door mee te denken over de opzet van hun hulptraject, voelen zij zich sterker verantwoordelijk voor de voortgang en hebben zij meer vertrouwen in hun eigen mogelijkheden (zie:



Veel mensen kunnen zelf - of samen met hun mantelzorger(s), sociale netwerk van familie, vrienden en kennissen - hun problemen oplossen en participeren in de samenleving. In Lansingerland zijn daarnaast vele maatschappelijke organisaties actief die -op eigen- kracht -activiteiten ontplooiën op het gebied van ontmoeting en sociale cohesie of het helpen van medeburgers. Denk aan verenigingen, stichtingen, ondernemers, kerken en andere organisaties. Dit maatschappelijk middenveld is van wezenlijk belang bij de transformatie van de verzorgingsstaat naar de participatiesamenleving. Zij maken Lansingerland samen met de individuele burgers tot een sterke zorgzame samenleving die nodig is voor de toekomst.

2. Licht waar mogelijk, intensief waar nodig

Voor de inwoners, volwassenen en kinderen, die tijdelijk of langdurig een vorm van ondersteuning nodig hebben die niet (geheel) door hun naasten of het maatschappelijk middenveld kan worden geboden, organiseert de gemeente ondersteuning op het gebied van jeugdhulp, zorg, werk en/ of inkomen. Daarbij zetten wij in op vroegtijdig signaleren en ingrijpen zodat escalatie van problemen voor onze inwoners wordt voorkomen. Zo voorkomen we verergering van sociaalpsychische problematiek, isolement, huisuitzettingen, een stijgende schuldenlast, geweld, verwaarlozing, schooluitval, overlast in woonwijken of terugval in eerdere problematiek bijvoorbeeld verslaving of psychiatrische problemen.

Voor preventie, signalering, informatie en advies en kortdurende laagdrempelige hulp, faciliteert de gemeente reeds een aantal partijen in Lansingerland vanuit verschillende disciplines en dus met verschillende deskundigheden en netwerken. Dit zijn de zogenaamde algemene of eerste lijnsvoorzieningen, hier is geen indicatie voor nodig. Iedere oudere, jongere, werkzoekende, moeder, oom, juf of buurman kan er terecht of er naar doorverwijzen en de organisatie zelf pakt de hulpvraag op. Denk aan maatschappelijk werk, het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG), schoolmaatschappelijk werk, stichting MEE of Welzijn Lansingerland. En het eerste lijnsnetwerk is natuurlijk nog veel breder. De medische ondersteuning is georganiseerd vanuit de Zorgverzekeringswet en bestaat uit o.a. huisartsenzorg, apotheken, fysiotherapeuten, eerste lijns zorgverleners en de wijkverpleegkundige. Ook professionals van andere organisaties zoals politie en de woningcorporatie spelen een belangrijke rol. Tezamen met de voorzieningen van de gemeente vormt dit een dekkend netwerk van signalering, informatie en advies, kortdurende interventie en probleemoplossing, waarbij wordt uitgegaan van het in de eigen kracht zetten van burgers met behulp van een sociaal netwerk. Dit professioneel kader (vrijwillig of betaald) is in het nieuwe ondersteuningsmodel van Lansingerland van essentieel belang.

Deze vormen van 'lichte ondersteuning' zijn relatief goedkoop. Omdat het probleem nog niet is geëscaleerd, maar ook omdat het probleem veelal sociaal/ maatschappelijk opgelost kan worden, hoeven er nog geen dure vaak medische specialisten aan te pas te komen. Naast maatschappelijk voordeel, levert dit ook een kostenbesparing op. Natuurlijk moet dit efficiency-voordeel zich nog wel bewijzen. Deze verschuiving van zwaardere zorg naar lichtere zorg wordt echter in heel Nederland gezien als oplossing voor de kostenbeheersing gezien de gekorte decentralisatiebudgetten. Aangezien het daarmee nog geen bewezen feit is, zullen wij in het nieuwe ondersteuningsmodel in Lansingerland wel uitdrukkelijk het onderscheid gaan maken in van welke lichte ondersteuningsmaatregelen we het effect daadwerkelijk kunnen aantonen en het maatschappelijke en het financiële rendement hiervan kunnen meten.

3. Afschalen waar mogelijk, opschalen waar nodig

Ook al proberen we de inzet van dure ondersteuning te minimaliseren door inzet van het sociale netwerk en de eerste lijn, dan nog kan er meer vraag naar zijn dan dat er geld is om die ondersteuning te kunnen bieden. Gezien de exponentiële groei van het beroep op (geïndiceerde) voorzieningen de afgelopen

Krachtgerichte basismethodiek voor kwetsbare mensen, UMC st Radboud, werkplaats maatschappelijke zorg, Judith Wolf 2011).

jaren, in combinatie met kortingen op de budgetten en de tijd die het nodig heeft om een cultuuromslag van 'recht op' naar 'noodzaak om' te realiseren, is dat geen ondenkbaar scenario. Daarom moeten we aan 'de poort' naar dure zorg scherpe keuzes maken.

Voor de op- en afschalingssystematiek in Lansingerland wordt de keuze gemaakt om de functie die in sommige andere gemeenten in één persoon is ondergebracht en dan vaak 'gezinsgeneralist' heet, te scheiden in een eerstelijns ondersteuner en een gemeentelijke consulent. Daar zijn verschillende redenen voor.

De aanpak is er op gericht om duurdere ondersteuning zo tijdelijk mogelijk in te zetten en zo snel mogelijk de zelfredzaamheid van een inwoner waar nodig met behulp van lichte ondersteuning te herstellen. Als een 'gezinsgeneralist' het hele traject betrokken moet zijn en dus lichte tot zware ingewikkelde zaken moet oppakken wordt 90% van de tijd waar lichte ondersteuning moet worden ingezet dus eigenlijk een te dure kracht ingezet. Dat is dan zonde van het geld en dus is het efficiënter om niet alles in één persoon te willen verenigen.

Ook hebben de eerstelijns hulpverleners ook andere capaciteiten nodig dan consulenten, zoals motiveren, eigen kracht stimuleren, het eigen netwerk activeren en 'helpen'. Terwijl bij consulenten de taak ligt de wetten, verordeningen en regels goed te kennen, de (dure) voorzieningen goed te kennen en de inzet hiervan verantwoord in te perken en alleen in te zetten als het echt noodzakelijk is en resultaat kan opleveren. De een is dus meer een coach en de ander een scheidsrechter. Het idee dat al die vaardigheden en rollen in één generalist te verenigen zijn ondersteunen wij niet en wij kiezen dus voor een systeem van functiescheiding, checks and balances.

Daarnaast weet een cliënt zich mogelijk niet goed ondersteund door een professional die zijn toegang tot (dure) ondersteuning beperkt omdat er scherpe keuzes gemaakt moeten worden met het oog op budgetbeheer.

In principe blijft de eerstelijns hulpverlener de casusregisseur van het gezin. Dat wil zeggen het eerste aanspreekpunt en degene die monitort hoe het met een gezin verloopt. Een consulent wordt erbij gehaald als er naast lichte ondersteuning ook duurdere, dus niet vrij toegankelijke zorg moet worden ingezet (opschaling). Indien weer volstaan kan worden met lichte ondersteuning is de consulent niet langer betrokken. Er is dan 'afgeschaald'. Uiteraard moeten de eerstelijns casusregisseur en de consulent wel goed samenwerken en vergt dit ook consulenten 'nieuwe stijl' die niet achter hun bureau zitten, maar in contact staan met het ondersteuningsnetwerk rond de cliënt en kunnen maken en schakelen.



Bij de aanpak jeugd kan het wel nodig zijn om naast het betrekken van de jeugdconsulent, ook het casemanagement over te dragen van de eerste lijn naar de jeugdconsulent. Dat is het geval als de nadruk komt te liggen op dure ondersteuningsvoorzieningen. Het trajectmanagement van de dure ondersteuning bij jeugd kan dusdanig complex zijn dat de kennis van de jeugdconsulent hiervoor het beste ingezet kan worden. Ook dan blijft echter de eerstelijns medewerker betrokken om met lichte voorzieningen het dure traject te ondersteunen. Op het moment dat weer afgeschaald kan worden, wordt het casemanagement weer overgedragen aan de eerstelijns hulpverlener. Deze twee professionals opereren dus in een tandem en op elk moment wordt de meest efficiënte ondersteuning ingezet.

Overigens zien we dat zorgaanbieders zelf ook bezig zijn met het differentiëren van hun aanbod in meer specialistische of duurdere trajecten en basiszorg die goedkoper is en op die manier dus in de duurdere zorg zelf al aan het 'afschalen' zijn. Bijvoorbeeld in de (J)GGZ wordt de zorg opgesplitst in generalistische basis-GGZ en specialistische GGZ. Daarbij komt ook nog de Praktijkondersteuner (POH) bij de huisarts, die een rol krijgt in de preventieve GGZ. Ook zien we dat specialistische zorgaanbieders samen gaan werken met welzijnsinstellingen om nieuw aanbod te ontwikkelen waarbij ondersteuning van verschillende doelgroepen wordt gecombineerd en zo begeleiding efficiënt wordt ingezet.

De gedachte achter al deze ontwikkelingen is om op elk moment de goedkoopst mogelijk passende vorm van ondersteuning in te zetten.

4. **Eenvoudig waar mogelijk, multidisciplinair waar nodig**

Het op- en het afschalen geldt voor alle min of meer enkelvoudige problematiek, waarvoor de ondersteuning dus op verschillende momenten kan fluctueren tussen lichte en zware ondersteuning. Bij die ondersteuning wordt ook altijd gekeken naar de omgeving, dus zijn er nog andere factoren of andere gezinsleden waar mogelijk een probleem ligt. Professionals onderling zorgen voor de juiste (lichte) ondersteuning op alle levensgebieden. Komt er zwaardere ondersteuning bij kijken dan maken de consultants van de gemeente één arrangement voor het hele gezin. In deze gevallen spreken we in principe nog niet van multiproblematiek. Het gaat meer om een integrale op de hulpbehoefte toegesneden multidisciplinaire aanpak. Van alle professionals in Lansingerland wordt verwacht dat ze op deze manier werken.

Indien de aanpak echter niet goed blijkt te lopen omdat gezinnen kampen met zoveel problemen tegelijk op meerdere leefgebieden dan spreken we multiproblematiek. Dit geldt voor een klein deel van het totaal aantal mensen in Lansingerland en is ook een klein percentage van het totaal aantal mensen wat beroep doet op ondersteuning. Wij schatten in op basis van onze ervaringen in het heden dat het om rond de 100 tot 120 huishoudens per jaar gaat. De aanpak van de gehele decentralisatie baseren wij dan ook niet op deze honderd gevallen en hiervoor is het niet nodig om geheel nieuwe organisatievormen op te tuigen, zoals sociale wijkteams die in andere gemeenten worden opgericht om een integrale multiproblemaanpak te bewerkstelligen. De gemeente Lansingerland heeft bovendien een dusdanig overzichtelijke omvang dat we Lansingerland in zijn geheel beschouwen als één wijk. Het voordeel hiervan is dat we onze energie niet hoeven richten op wie er wel of niet in een wijkteam mag of moet, hoe de budgetten verdeeld moeten worden, hoe de wijkteams aangestuurd moeten worden, hoe het moet als de school in wijk A staat en het gezin in wijk B woont en allerlei andere vraagstukken die maken dat een wijkteam niet zozeer een verkeerde oplossing is, maar op zichzelf feitelijk nog geen oplossing is voor een effectieve aanpak. Wij sluiten daarom liever aan bij bestaande structuren in het maatschappelijk veld en in de eerste lijn en in de gemeentelijke organisatie en breiden die waar nodig uit of richten die waar nodig anders en beter in. Daardoor kunnen we onze energie richten op het voorzien in de feitelijke ondersteunings- en zorgvoorzieningen voor de burgers en de efficiënte inzet daarvan. Dit betekent overigens niet dat voorzieningen niet in meerdere kernen geboden kunnen worden, alleen voor de organisatie geldt dat we die niet drie keer in gaan richten voor de drie kernen apart, maar in één zo efficiënt mogelijke organisatie.

Concreet is er voor multiproblemsituaties in Lansingerland de zogeheten sluitende aanpak. Indien sprake is van een multiproblemsituatie en er zijn er meerdere organisaties bij meerdere gezinsleden betrokken bij de hulpverlening of ondersteuning, dan kan de coördinator sluitende aanpak ingezet worden om te bewaken dat de hulp goed verloopt en hulpverleners geen zaken dubbel doen en/ of elkaar hinderen met tegengestelde methodieken die niet goed op elkaar aansluiten en de cliënten in verwarring kunnen brengen. De coördinator neemt het casemanagement niet over maar stuurt op het proces. Indien nodig kan de coördinator een gezinscoach inzetten die in het gezin gaat helpen met het oplossen van

problemen op meerdere leefgebieden zoals bijvoorbeeld financiën, hygiëne, dagritme, werk en sociale problemen, problemen bij opvoeden en/ of problemen met meerdere gezinsleden tegelijk en helpt het regievermogen van het gezin te herstellen. De samenstelling van professionals rondom een multiprobleem-situatie kan daarmee elke keer anders zijn, afhankelijk van de problemen die spelen en de ondersteuningsbehoefte.

De aanpak die wij voorstaan is dus cliëntgericht en dynamisch en niet gericht op vaste organisatie- of netwerkstructuren of vooraf vastgestelde wijkteams. Dat wil zeggen dat professionals zo direct en efficiënt mogelijk rondom de ondersteuningsvraag van een persoon of gezin samenwerken en afstemmen, ook met die persoon of dat gezin. Zij zetten digitale middelen handig in voor kennisoverdracht en integraal werken. Zij participeren dus niet noodzakelijkerwijs in vaste netwerken waar veel tijd gaat zitten in vergaderen, maar flexibel en outreachend. Wij gaan er van uit dat relevante partijen elkaar kennen of anders leren kennen als onderdeel van hun professionele werkhouding. Wij gaan er van uit dat professionals pro-actief kennis verzamelen, resultaatgericht handelen en samenwerken in het belang van de zorgvrager(s). De coördinator sluitende aanpak stuurt waar nodig op het proces. We stimuleren het gebruik van een standaardinstrumentarium, zoals de Zelfredzaamheid-Matrix (dit kan ook een ander soortgelijk instrument zijn) als eenvoudig hulpmiddel om gezamenlijk resultaten vast te stellen en de voortgang te monitoren. In hoofdstuk 3 wordt verder uitgewerkt hoe het Lansingerlands model eruit gaat zien.

5. *Lokaal waar mogelijk, regionaal waar nodig*

Iedereen in Lansingerland die een ondersteuningsvraag heeft moet weten waar hij straks terecht kan met zijn/ haar vraag als de Jeugdhulp- en AWBZ-taken zijn gedecentraliseerd en de Participatiewet is ingevoerd. Als wij geen wijkteams gaan inrichten, waar moet een burger dan aankloppen?



De praktijk is dat het niet vaak voorkomt dat een inwoner in eerste instantie contact opneemt met Bureau Jeugdzorg voor jeugdhulp, het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) voor AWBZ-begeleiding of met Combiwerk voor een beschutte werkplek. Met andere woorden, de tweedelijns voorzieningen lopen vrijwel altijd via laagdrempelige (0^{de} of 1^e lijns) voorzieningen. Bijvoorbeeld de huisarts (en straks de wijkverpleegkundige), het CJG, de school, het ouderenadvies, maatschappelijk werk, het UWV, etcetera. Bovendien kunnen deze instellingen de meeste vragen van burgers zelf beantwoorden en de

hulpvraag oplossen met informatie en advies, een kortdurend hulptraject of een verwijzing naar de juiste activiteiten of voorzieningen in het maatschappelijk veld of in de eerste lijn. Feitelijk verandert er aan die situatie dus na 2015 weinig voor burgers. Burgers kloppen nog steeds aan bij de eerste lijn, bij het maatschappelijk werk, bij de huisarts. Zij worden dan als intensievere ondersteuning nodig is alleen niet doorverwezen naar BIZ of het CIZ, maar gaan samen met de eerstelijns casusregisseur naar de gemeente.

Een (nieuw) fysiek inlooppunt voor de nieuwe ondersteuningsvragen heeft dus geen meerwaarde en is niet wenselijk gezien het bereik wat huidige instellingen al hebben bij inwoners in Lansingerland en uiteraard ook vanuit kosten oogpunt. Mogelijk is het wel wenselijk om een of meerdere organisaties duidelijk te positioneren als eerste lijns informatie- en aanspreekpunt, voor zover inwoners maar ook onze maatschappelijke partners (huisarts, wijkverpleegkundige, politie, corporatie) deze organisaties nog niet weten te vinden.



De eerste stap naar ondersteuning is dus altijd lokaal (1^o lijn), de toegang naar duurdere ondersteuning is ook lokaal (gemeente), maar ook de meeste ondersteuning zelf zal lokaal georganiseerd zijn. Het gaat dan bijvoorbeeld om ambulante trajecten in de jeugdhulp, individuele begeleiding, het grootste deel van de jeugd-GGZ en niet specialistische groepsbegeleiding. Slechts een aantal individuele trajecten en vormen van locatiegebonden of specialistische groepsbegeleiding zijn alleen op regioniveau beschikbaar, omdat ze dusdanig intensief of gespecialiseerd zijn dat we die alleen efficiënt kunnen aanbieden wanneer we samenwerken binnen de regio omdat het volume anders te klein is. Het gaat dan bijvoorbeeld om specifieke voorzieningen voor zintuiglijk

gehandicapten, ondersteuning bij specifieke aandoeningen of beperkingen, zwaardere vormen van jeugdhulp of beschut werk.

In paragraaf 2.4 beschrijven we hoe we regionaal willen samenwerken bij het uitwerken van de (bovenlokale) nieuwe bij de decentralisaties.

2.4 Samenwerking met de lokale partners en de regio

2.4.1 Het Rijk stimuleert gemeenten tot regionale samenwerking

Het Rijk stimuleert gemeenten om samen te werken bij de beleidsontwikkeling en uitvoering van de drie decentralisaties binnen het sociale domein. Per decentralisatie verschilt in hoeverre het Rijk aanstuurt op (boven)regionale samenwerking:

- de wettekst van de Jeugdwet neemt (boven)regionale samenwerking op als een verplichting voor een aantal taken; voor 31 oktober 2013 moest een transitiearrangement zijn opgesteld.
- de concept-wetteksten voor de decentralisaties AWBZ en de Participatiewet bieden aan gemeenten meer keuzevrijheid om lokaal te bepalen op welke terreinen zij willen samenwerken met andere gemeenten. Voor de decentralisatie van de AWBZ wordt landelijk gesproken over het opstellen van regionale transitie-afspraken voor de Wmo maar hier bestaat nog veel onduidelijkheid over.

De VNG constateert dat gemeenten op verschillende taken de samenwerking zoeken⁸. Daarbij bepaalt de inhoud van de taak meestal de schaal waarop gemeenten willen samenwerken. Bij specialistische taken is het logisch dat gemeenten hun expertise bundelen en inkoopkracht versterken. De meer algemene voorzieningen bieden gemeenten doorgaans lokaal aan, want deze dienen voor grote groepen inwoners gemakkelijk toegankelijk te zijn. Bovengenoemde landelijke keuzes komen overeen met de keuzes voor samenwerking die wij in Lansingerland willen organiseren.

Wel heeft het rijk door middel van een brief van minister Plasterk (I13.12508) ook aangedrongen om voor de regionale samenwerking met betrekking tot alle drie de decentralisaties op het sociale domein één congruente regio te kiezen. Voor Lansingerland levert dat echter een lastige situatie op omdat we nu ook al in verschillende regio's samenwerken, waarin wij vaak door het rijk zelf zijn ingedeeld (bijvoorbeeld de centrumgemeente, de veiligheidsregio, passend onderwijs). Op 30 mei 2013 heeft de gemeente bij raadsbesluit (BR1300060) er dan ook voor gekozen om de minister een brief terug te sturen dat

⁸ VNG: 'Samenwerking voor decentralisatie van AWBZ-taken naar de WMO dd. 31 mei 2013', VNG: Samenwerking voor de decentralisatie Jeugdzorg dd 31 mei 2013, Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties: 'Kabinetsreactie op resolutie 'Een vitale lokale samenleving', dd 10 juni 2013.

Lansingerland weliswaar inhoudelijk zo efficiënt en congruent mogelijk handelt, maar dat het door onze regionale positie niet mogelijk is om voor één regio te kiezen qua samenwerking (U13.08637).

Vervolgens is er op verzoek van Lansingerland een bestuurlijk gesprek ingepland met één van de door het rijk en de VNG gezamenlijk aangestelde decentralisatieambassadeurs, de heer Ronald Bandell, die gemeenten in een lastige regionale samenwerkingspositie kunnen helpen. Het gesprek met de heer Bandell heeft plaatsgevonden op 16 oktober 2013. In het gesprek heeft de decentralisatieambassadeur aangegeven de positie van Lansingerland te begrijpen en tegelijkertijd ook te zien dat we weliswaar in verschillende regio's werken, maar er goed over nagedacht hebben en goed bezig zijn om ons voor te bereiden op de decentralisaties.

In de volgende subparagrafen volgt per decentralisatie een toelichting op de regionale samenwerking.

Overlap / verschil Sociaal Domein



Passend Onderwijs



29 oktober 2013

2.4.2 Samenwerking voor de Wmo in verband met de decentralisatie AWBZ

Het regelen van AWBZ-zorg is voor Lansingerland momenteel belegd bij het Zorgkantoor DWO (Delft, Westland, Oostland) wat een onderdeel is van zorgverzekeraar DSW, gevestigd in Schiedam. De AWBZ-zorg die gedecentraliseerd wordt zal dus van dit zorgkantoor DWO naar de gemeente worden overgeheveld. De gemeente Lansingerland werkt daarom samen met de gemeenten in deze DWO-regio (Pijnacker-Nootdorp, Delft, Midden Delfland en Westland) voor de decentralisatie van de AWBZ. In 2014 zal de DWO-regio echter samengaan met de regio Haaglanden omdat de gemeentesecretarissen van 9 gemeenten in de regio Den Haag⁹ die samenwerken op het gebied van de decentralisatie van de jeugdzorg, ook gaan samenwerken voor de decentralisatie van de AWBZ. Lansingerland en Voorschoten participeren wel voor de AWBZ, maar niet voor de Jeugdzorg.

Daarnaast hebben wij ook in Rotterdam geïnventariseerd op welke wijze de decentralisatie van de AWBZ hier regionaal wordt vormgegeven en of aansluiting op onderdelen wellicht een efficiënte keuze zou zijn voor Lansingerland. Vooralsnog wordt de regionale voortrekkersrol vanuit Rotterdam echter nauwelijks opgepakt en is dus niet duidelijk of en waarmee men in deze regio bezig is.

Voor Lansingerland ligt verdere samenwerking in de regio Haaglanden dan wel in de subregio Zoetermeer/ Pijnacker-Nootdorp/ Lansingerland voor de hand omdat deze regio dan overlapt met onze arbeidsmarktregio, wat een integrale aanpak voor de doelgroep 18-67 kan bevorderen. Indien het echter vooral om voorzieningen voor 67+ gaat waarvoor een regionale aanpak nodig is, dan is vooral van belang dat de regionale voorzieningen aansluiten bij onze lokale samenwerkingspartners. Voor AWBZ

⁹ Dit zijn Den Haag, Rijswijk, Wassenaar, Leidschendam-Voorburg, Zoetermeer, Pijnacker-Nootdorp, Delft, Midden Delfland en Westland.

gefinancierde bovenlokale jeugdhulp geldt dat we net als voor de rest van de jeugdhulp participeren in de Rotterdamse regio.

In het algemeen geldt het uitgangspunt 'zorg dichtbij', dus lokaal wat kan en regionaal wat moet: zie ook basisuitgangspunt 5 in de vorige paragraaf. Dat wil niet zeggen dat we de inkoop van de lokale voorzieningen niet samen met andere gemeenten kunnen doen vanwege efficiëntievoordeel. Een aantal huidige Wmo-voorzieningen hebben we al gezamenlijk ingekocht met Pijnacker-Nootdorp en Zoetermeer. Er wordt nog uitgezocht in hoeverre en voor welke nieuwe lokale voorzieningen we onze slagkracht willen bundelen voor wat betreft de inkoop.

Een aantal voorzieningen is zo specifiek dat een regionale of zelfs landelijke partner gecontracteerd moet worden en regionale samenwerkingsafspraken voor de hand liggen. Voor de AWBZ is nog geen keuze gemaakt om welke voorzieningen het dan gaat. Wel is een voorlopige lijst gemaakt vanuit de DWO-regio waarbij wordt voorgesteld om ondersteuning regionaal te regelen bij:

- Niet-aangeboren-hersenletsel (NAH) complex
- Jong adolescent autistisch
- Enkelvoudig, zwaar lichamelijk of verstandelijke gehandicapt
- (Oudere) vroegdoven, plotsdoven
- Combinatie van verstandelijke beperking of GGZ met een visuele of auditieve beperking

Het gaat in Lansingerland dan om slechts enkele personen of gezinnen die van deze zeer specialistische ondersteuningsvormen gebruik maken.

Voor kwetsbare inwoners met een meervoudige hulpvraag in verband met overlast, geweld en/ of andere veiligheidsproblemen werken wij samen in de veiligheidsregio Rotterdam. Bovendien valt deze regio samen met de politieregio en de huisvestingsregio. Daarnaast lopen de onderhandelingen nog om ook voor de maatschappelijke opvang en verslavingszorg alsmede huiselijk geweld van de centrumgemeente Delft naar de regio Rotterdam over te gaan vanwege samenhang met de veiligheidsregio.

2.4.3 Samenwerking voor de Jeugdwet

Op het gebied van de jeugdhulp is op 21 mei 2013¹⁰ de keuze gemaakt om de bovenlokale samenwerking vorm te geven met 16 samenwerkende gemeenten in de regio Rotterdam. In het bestaande jeugdstelsel vallen de jeugdzorgtaken onder de verantwoordelijkheid van de Stadsregio Rotterdam. Toen bekend werd dat de jeugdzorgtaken werden gedecentraliseerd naar gemeenten, lag het voor de hand om de verkenning naar deze nieuwe taken in de regio Rijnmond te doen vanwege de relatie met de Stadsregio, de samenhang met de GGD-regio en de Veiligheidsregio. In februari 2012 is het Programmaplan decentralisatie jeugdzorg 2012-2015 van de 16 samenwerkende gemeenten in de regio Rijnmond vastgesteld. In de periode daarna is een aantal inhoudelijke en financiële vraagstukken nader uitgewerkt in werkgroepen. Deze uitkomsten hebben geleid tot een regionaal implementatieplan waarin staat welke onderdelen van het nieuwe jeugdhulpstelsel de samenwerkende gemeenten lokaal en regionaal willen uitwerken. De raad heeft op 26 juni 2013¹¹ besloten om de hieronder genoemde opgaven lokaal en regionaal uit te werken.

Lokaal organiseren we de meer algemene, lichtere vormen van ondersteuning voor opgroeien en opvoeden. Jeugdigen en hun ouders en verzorgers bieden we zo de beste kansen om hun kinderen thuis te (blijven) opvoeden.

¹⁰ Zie BR1300067.

¹¹ Raadsbesluit Regionaal implementatieplan decentralisatie jeugdzorg (BR1300067).

Lokale taken zijn:

- de pedagogische civil society, collectieve en inclusieve voorzieningen, de jeugdconsulent en de vormgeving van het expertteam¹²;
- de inkoop/ subsidiëring van collectieve en binnenwijkse voorzieningen en de sturing hierop;
- de vormgeving en regulering van de toegang tot de collectieve en inclusieve voorzieningen;
- cliëntenparticipatie.

De Jeugdwet stelt samenwerking op bovenlokaal niveau verplicht voor de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen, jeugdreclassering, bepaalde specialistische vormen van zorg en gesloten jeugdhulp. Daarnaast zijn er een aantal taken waar we de samenwerking zoeken omdat het schaarse en dure vormen van zorg betreft.

Taken die we in regionaal verband oppakken zijn:

- het vormgeven van Jeugdbescherming (JB) en Jeugdreclassering (JR);
- het gezamenlijk inkopen/ subsidiëren van buitenwijkse voorzieningen;
- het inrichten van één of meer bovenlokaal Advies- en Meldpunt Huiselijk geweld en Kinder mishandeling (AMHK);
- de toekomstige vormgeving/ organisatie van het Crisis Interventie Team (CIT) en het Kennis en Servicecentrum voor Diagnostiek (KSCD) van het huidige Bureau Jeugdzorg;
- het realiseren van een vloeiende overgang van bestaande cliënten (zijnde cliënten die uiterlijk in 2014 starten met een zorgtraject dat één of meer regionale voorzieningen omvat) naar het nieuwe stelsel volgens de principes van continuïteit van zorg en beperking van frictiekosten

De samenwerking op het gebied van bovenlokale jeugdhulp in de regio Rotterdam zal vormgegeven worden door een Gemeenschappelijke Regeling (GR).

2.4.4 Samenwerking voor de Participatiewet

Lansingerland maakt deel uit van de arbeidsmarktregio Zuid-Holland Centraal. Tot deze arbeidsmarktregio Zuid-Holland Centraal behoren de gemeenten: Lansingerland, Leidschendam-Voorburg, Pijnacker-Nootdorp, Voorschoten, Wassenaar en Zoetermeer en daarnaast sluit het UWV aan. Om onze slagkracht te vergroten werken we vanuit deze arbeidsmarktregio veel samen met regio Haaglanden. Tot de arbeidsmarktregio Haaglanden behoort de gemeente Den Haag samen met de gemeenten Delft, Midden Delfland, Rijswijk en Westland. Daarnaast sluit ook hier het UWV aan.

Deze regionale samenwerking voor beide arbeidsmarktregio's gezamenlijk wordt ondersteund door het Regionaal Platform Arbeidsmarktbeleid (RPA). Het RPA ondersteunt de gezamenlijke beleidsontwikkeling en voorbereiding van de uitvoering van de Participatiewet. Daarnaast wordt in RPA verband samengewerkt voor de volgende taken: werkgeversbenadering, aanpak jongerenproblematiek inclusief de aanpak van de Jeugdwerkloosheid, aanpak 55+ers, schuldhulpverlening, aanvraag subsidieregelingen zoals ESF en de informatie-uitwisseling over de inzet van elkaars instrumenten.

Aanvragen van een WWB uitkering gebeurt via digitale inschrijving op de website Werk.nl van het UWV. Daarna worden inwoners benaderd voor een intakegesprek bij hun eigen gemeente voor begeleiding richting werk en/ of een uitkering, wanneer werk (nog) niet mogelijk is. De klantmanager van de gemeente beoordeelt dit via een intake met aanvullende gegevens.

¹² We zijn met elkaar een gezamenlijk taal aan het ontwikkelen. Daarom zijn de begrippen aan verandering onderhevig. In het regionale implementatieplan wordt gesproken over: inclusieve voorzieningen in plaats van binnenwijkse voorzieningen, exclusieve voorzieningen in plaats van buitenwijkse voorzieningen, een gezinsgeneralist in plaats van een jeugdconsulent en een diagnostisch team in plaats van een expertteam.

Voor de toekomstige 'Werkbedrijven' vanuit de Participatiewet zouden zowel de arbeidsmarktregio Zuid-Holland Centraal als de gezamenlijke arbeidsmarktregio's van Zuid-Holland Centraal en Haaglanden samen een kansrijke schaalgrootte bieden. In paragraaf 1.4 hebben we al iets meer gemeld over deze Werkbedrijven, waarin de gemeenten samen met het UWV en de werkgevers zo veel mogelijk mensen met een arbeidsbeperking aan het werk willen helpen. Voor de exacte uitwerking volgen later nog landelijke richtlijnen. Nu is helder dat het Werkbedrijf vooral een netwerkorganisatie wordt, waar de partijen afspraken met elkaar maken om inwoners zo goed mogelijk aan het werk te helpen.

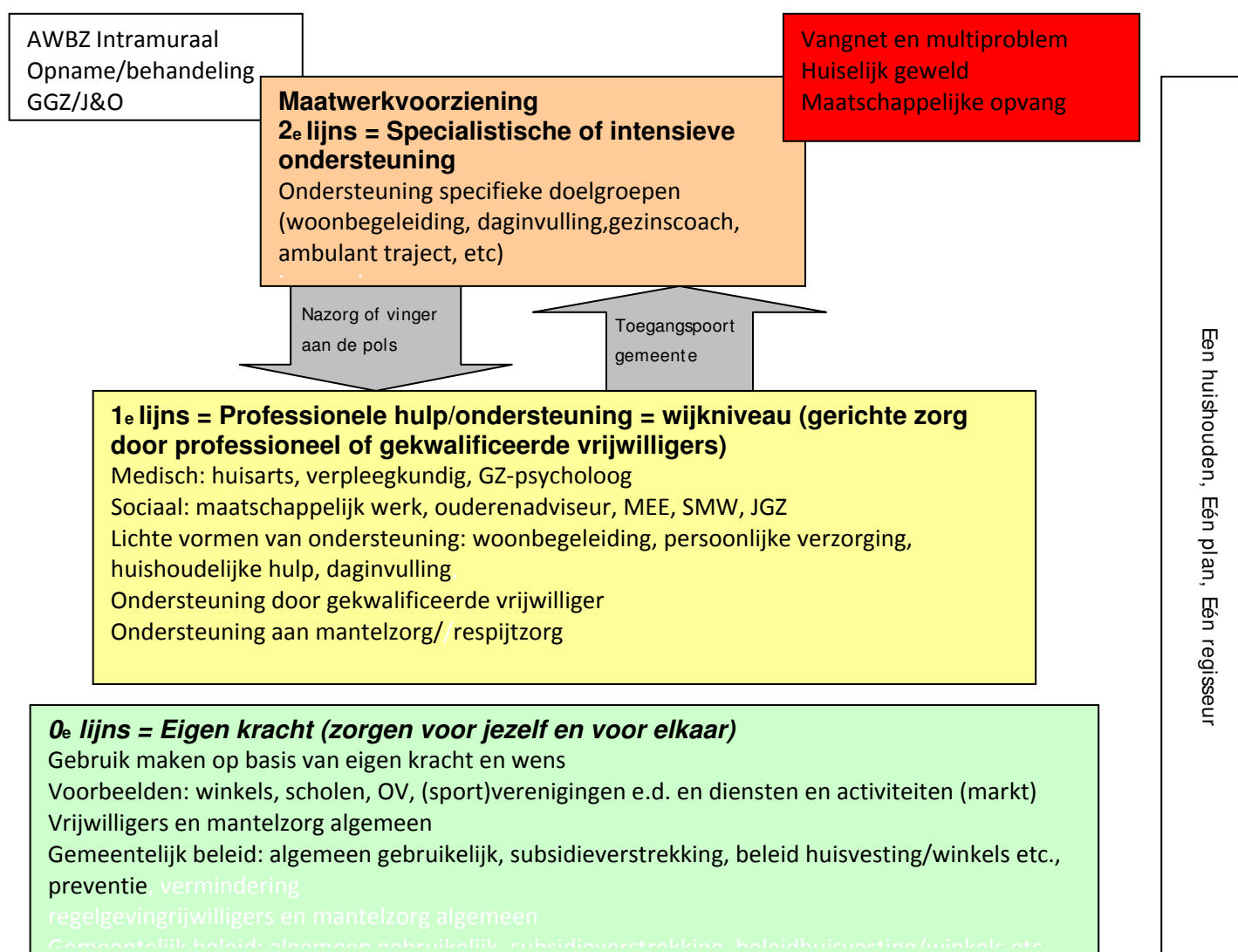
Terwijl we samen blijven werken in onze arbeidsmarktregio en het RPA, oriënteren we ons ook op aanvullende, nuttige regionale samenwerking. Het is mogelijk, dat een nauwere samenwerking met Zoetermeer en Pijnacker-Nootdorp voordelen biedt qua efficiëntie en effectiviteit van onze aanpak.



3 Toekomstig model

3.1 Het ondersteuningsmodel in beeld

In hoofdstuk 2 is de piramide voor zelfredzaamheid en ondersteuning gepresenteerd, waarin groen staat voor de krachtige samenleving. 80% van de inwoners participeert op eigen kracht, zorgt voor zichzelf en voor anderen, 15% heeft een vorm van lichte ondersteuning nodig om te kunnen participeren (geel) en 5% heeft een maatwerkvoorziening nodig (oranje voor lokale ondersteuning / rood voor zeer specialistische bovenlokale ondersteuning). Hieronder worden deze verschillende niveau's van zorg nog eens in een schema gezet:



3.1.1 *De krachtige samenleving en lichte ondersteuning (de groene en gele kolom)*

We gaan uit van het zelforganiserend vermogen van onze inwoners. Ze zorgen voor zichzelf en ze zorgen voor elkaar. Om dat voor elkaar te krijgen zet de gemeente in op algemene voorzieningen. Dat zijn voorzieningen die voor iedere inwoner toegankelijk zijn.

Algemene voorzieningen zijn niet alleen scholen, winkels, openbaar vervoer, parken enz., maar ook alle diensten en activiteiten in de wijk waar iedereen gebruik van kan maken. Daarnaast gaat het om eerstelijnsvoorzieningen, zoals medische voorzieningen, mantelzorg, vrijwilligerswerk, maatschappelijke dienstverlening, woonbegeleiding, praktische ondersteuning, oefenen van vaardigheden, jeugdgezondheidszorg, etc. Inwoners en organisaties regelen alles onderling. Zij kunnen daarin zelf een organisatiemodel kiezen.

We vragen van mensen om zoveel als mogelijk oplossingen binnen het eigen netwerk te organiseren. Dat heeft direct gevolgen voor mensen met een klein netwerk. Uit een (niet-wetenschappelijk) onderzoek van MEE is gebleken dat mensen die goed voor zichzelf kunnen zorgen een eigen netwerk van 20-25 mensen om zich heen hebben aan wie zij zondermeer iets kunnen en durven vragen. Kwetsbare mensen (mensen met een beperking, met een lichamelijke handicap, met financiële problemen, zowel jong als oud) hebben een eigen netwerk van 6 à 7 personen. Om de zelfredzaamheid te vergroten, zal van de samenleving en van de eerste lijn verwacht worden dat zij werken aan het duurzaam versterken/ vergroten van het eigen netwerk.

In de prestatieafspraken met onze partners leggen wij vast wat wij inhoudelijk van hen verwachten (diensten, lichte ondersteuning, signalering, gerichte doorverwijzing etc.) en welk budget daaraan gekoppeld is. Organisaties die goed aan de prestatie-afspraken voldoen, problemen oplossen en op de juiste manier doorverwijzen, kunnen daarvoor bijvoorbeeld een positieve kwaliteitsbeoordeling krijgen en daarmee bij de subsidieaanvraag voor het jaar daarop extra financiering ontvangen om de voorzieningen uit te breiden die succesvol de eigen kracht versterken. Van de zorg- en welzijnsorganisaties verwachten wij dat zij werken met de Zelfredzaamheid-Matrix of een soortgelijk instrument (zie 3.3.3.).

De nadruk ligt in het nieuwe model dus op de lichte ondersteuningsstructuur. In de Wmo wordt al een kanteling gemaakt om zoveel mogelijk nu nog individuele voorzieningen op collectieve wijze te regelen. Die kanteling zetten wij verder door in het nieuwe model. Bijvoorbeeld een wijkbus, een klussendienst, een boodschappendienst, activering door vrijwilligerswerk, dagbesteding door vrijwilligers, thuisadministratie en de formulierenbrigade. Door aan de voorkant in te zetten op laagdrempelige, relatief goedkope ondersteuning, wordt beroep op duurdere individuele voorzieningen zo veel mogelijk voorkomen. Wij verwachten dat 80% van onze inwoners op deze manier kunnen participeren.

3.1.2 *Maatwerkvoorzieningen (de oranje/ rode kolom)*

Mensen die het niet redden met lichte ondersteuning vanwege de ernst of de omvang van de problematiek gaan in gesprek met de consulent. Dit kan bij de gemeente zijn, maar ook op locatie (outreachinge aanpak). De consulent beoordeelt of iemand een maatwerkvoorziening krijgt. Het gaat voornamelijk om toegang tot:

- jeugdhulptrajecten;
- rolstoelen, woon- en vervoersvoorzieningen;
- persoonlijke en huishoudelijke verzorging;
- voorzieningen voor re-integratie richting werk;
- schuldhulpverlening en/ of inkomensondersteuning;

- beschut werk, d.w.z. betaald werk met begeleiding bij de sociale werkvoorziening of een reguliere werkgever;
- gespecialiseerde dagbesteding;
- specialistische zorg.

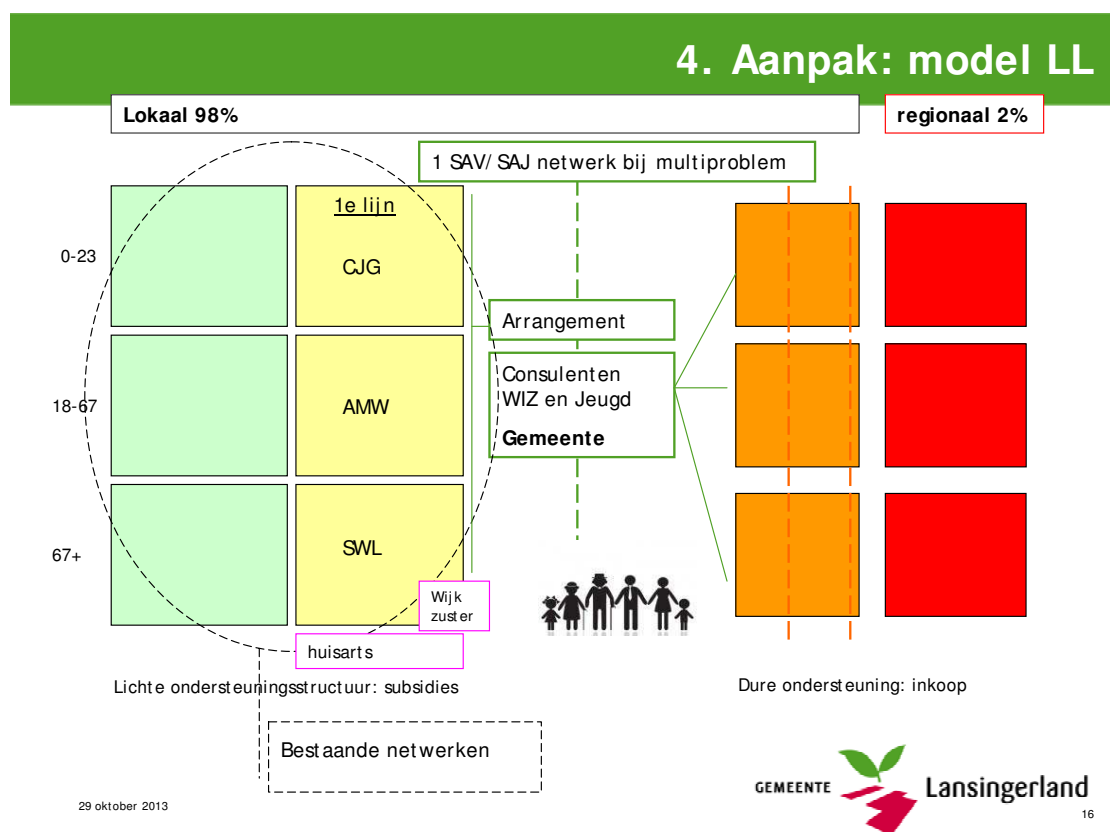
Een individuele maatwerkvoorziening kan uitsluitend door de gemeente worden afgegeven, door de consulenten jeugd of een consulent werk, inkomen, zorg (WWB en Wmo). Zij onderzoeken samen met de klant en samen met de eerstelijns hulpverlener die in eerste instantie casusregisseur is, welke resultaten de klant wil behalen. Vervolgens wordt gekeken naar het arrangement dat daarbij het meest passend is (goedkoopst compenserend). Uitgangspunt is niet de beperking van de klant, maar het resultaat dat hij/zij wil behalen. Er wordt een (gezins)arrangement opgesteld op basis van een instrument als de Zelfredzaamheid-Matrix en aanvullend onderzoek of een diagnosestelling door een medisch expert. In het aanvullend onderzoek kan de consulent ook externe expertise inroepen (Expertteam: zie 3.5).

In het (gezins)arrangement ligt vast:

- Welk resultaat met het arrangement behaald moet worden.
- Op welke manier de klant de eigen kracht of het eigen netwerk daarvoor aanspreekt.
- Welke individuele maatwerkvoorziening daarvoor ingezet wordt en voor hoe lang.
- Als verwacht wordt dat de klant daarna weer in staat is om zelfstandig te kunnen participeren, wordt aangegeven wie dan vinger aan de pols houdt (waakvlam).

Omdat in het model van Lansingerland de consulenten allemaal bij de gemeente zijn ondergebracht kunnen zij elkaar gemakkelijk vinden en snel schakelen op het moment dat er voor meerdere gezinsleden een voorziening nodig is. Zo kan het centrale idee van één gezin, één plan ook in de uitvoeringspraktijk werkelijk vorm krijgen.

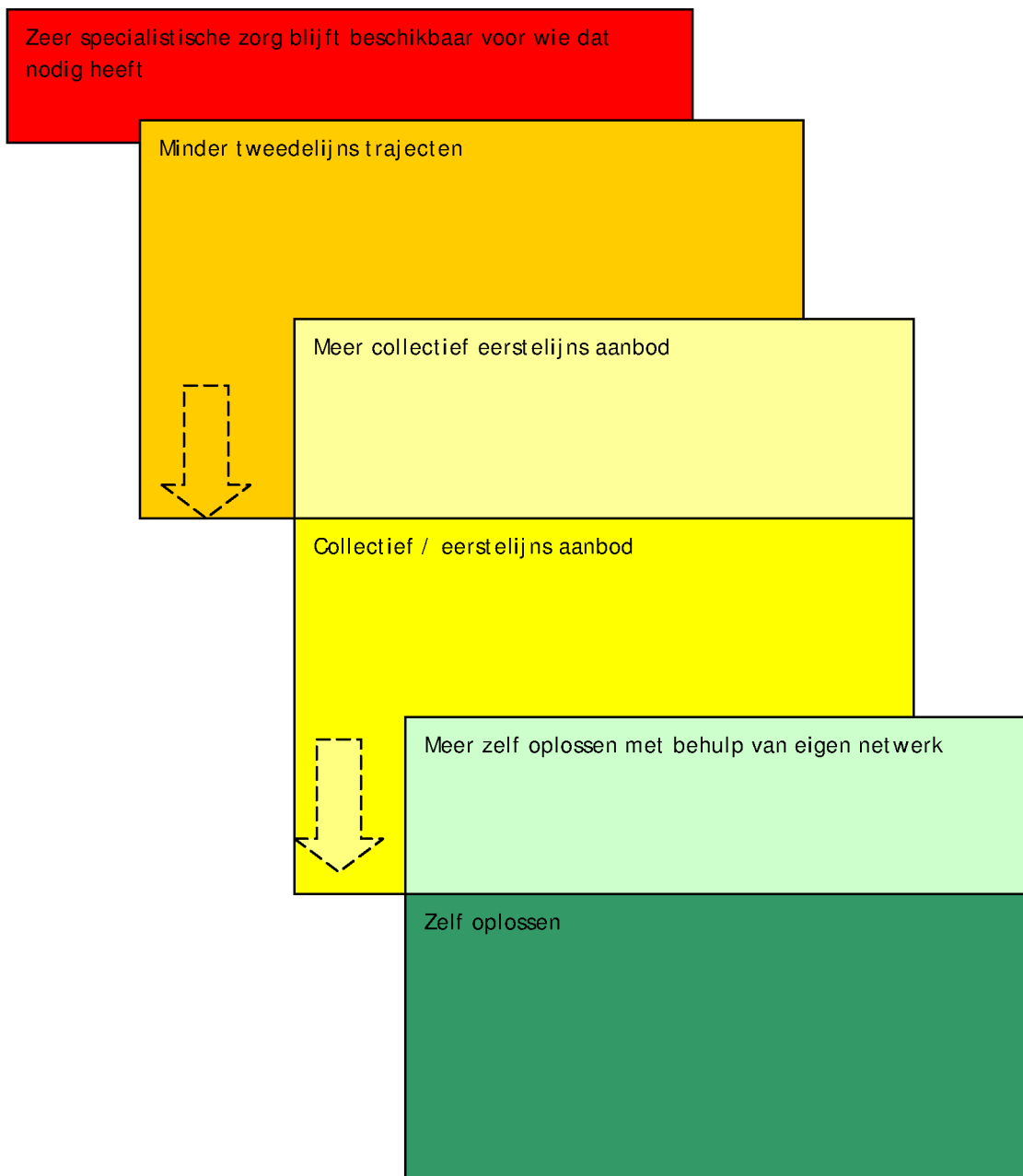
Schematisch:



3.1.3 Verschuiving van intensieve ondersteuning naar lichte ondersteuning en eigen kracht

De verschuiving die wij beogen in het model met 'licht waar mogelijk, intensief waar nodig' betekent een verschuiving van inzet van oranje naar geel, van geel naar groen: we zetten zo licht als mogelijk, maar zo zwaar als nodig in. Het doel blijft echter zo snel mogelijk terug te schakelen naar een lager niveau van ondersteuning en bij voorkeur naar de eigen kracht.

Schematisch:



In de volgende paragrafen volgt een nadere uitwerking van het model voor de drie leeftijdsdoelgroepen 0-23, 18-67 en 67+.

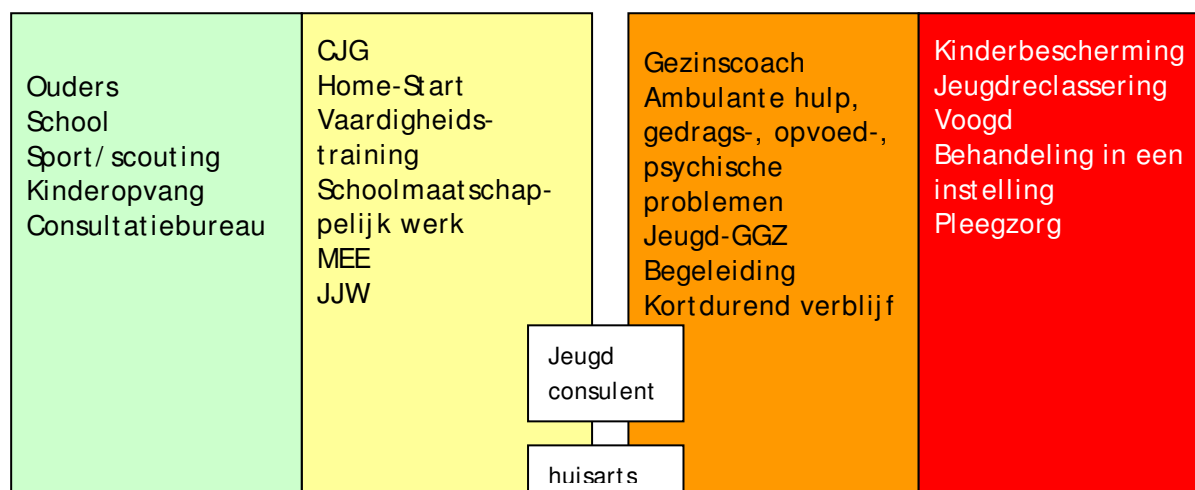
3.2 Nadere uitwerking aanpak 0-23 jaar

3.2.1 De werkwijze

De afgelopen tijd is er veel geïnvesteerd in het opbouwen van het netwerk van het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). Met de extra taken die we krijgen voor jeugdhulp willen we dit netwerk niet aan de kant zetten, maar juist verder versterken. Dit gaan we doen door de expertise die nu bij Bureau Jeugdzorg en bij zorgaanbieders zit, toe te voegen aan het netwerk 0-18 jaar¹³. Op deze manier kunnen we de ondersteuning aan ouders en kinderen van licht naar zwaar vanuit één netwerk bieden.

Algemene voorzieningen en de eerste lijn (groene en gele kolom)

Enkelvoudige vragen die direct zijn op te lossen door één van de partners, worden door hen opgelost. Dan wordt niet het hele netwerk bij elkaar geroepen. Eerste lijnpartners zijn bijvoorbeeld jeugdverpleegkundigen, schoolmaatschappelijk werk, jeugd- en Jongerenwerk, stichting MEE, het opvoedbureau. Ook de huisarts behoort tot de eerste lijn. Daarnaast zijn leerkrachten en intern begeleiders op scholen, sportcoaches, medewerkers op een peuterspeelzaal of wijkagenten, belangrijke spelers in de pedagogische civil society rondom kinderen, die problemen vroegtijdig kunnen voorkomen, signaleren en waar nodig doorverwijzen. Wanneer de vraag complexer blijkt te zijn, wordt de jeugdconsulent betrokken. Dit is een nieuwe functie.



De jeugdconsulent

De meeste vragen kunnen kinderen en ouders met hulp van hun omgeving oplossen of met behulp van lichte ondersteuning in de eerste lijn. Maar voor sommige vragen is er meer ondersteuning nodig. Om te weten wat precies de vraag van het gezin is en wat het gezin nodig heeft, moet er een goede vraaganalyse worden gemaakt. Dit wordt gedaan door de jeugdconsulent. Deze jeugdconsulent is een professional die goed is opgeleid (HBO-niveau) en brede pedagogische en sociaalmaatschappelijke expertise heeft. Met behulp van een standaardinstrumentarium en met input van de 1^e lijns hulpverlener brengt de jeugdconsulent het volgende in kaart:

- Wat is de vraag/ zijn de vragen van het gezin?
- Wat kan het gezin zelf, met de ondersteuning van de omgeving?
- Is de ondersteuning kortdurig of langdurig?

¹³ Om eenduidig taalgebruik te bevorderen spreken we in dit beleidsplan van het netwerk 0-18 jaar, in plaats van het CJG-netwerk.

De verantwoordelijkheid van gemeenten voor de toegang tot jeugdhulp zoals die in de (concept) wet staat beschreven omvat:

- organiseren van herkenbare en laagdrempelige toegang tot jeugdhulp;
- waarborgen dat passende hulp tijdig wordt ingezet en dat de juiste expertise beschikbaar is;
- voorzien in een consultatiefunctie voor professionals die werken met jeugdigen;
- mogelijk maken van directe interventie in crisissituaties;
- bij complexe hulpvragen of wanneer de veiligheid van het kind in het geding is, zo snel mogelijk specialistische hulp inschakelen of een verzoek tot onderzoek door de raad bij de kindbescherming overwegen;
- kosteloos en anoniem advies beschikbaar stellen voor jeugdigen met vragen over opgroeien en opvoeden

- Is er professionele hulp nodig? Zo ja, welke?

Naast het maken van de vraaganalyse kan de jeugdconsulent:

- Zelf kortdurende ondersteuning bieden (maximaal 5 contactmomenten).
- Specialistische hulp inschakelen op het gebied van jeugdopvoedhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering, geestelijke gezondheidszorg en verstandelijke beperkingen.
- De expertise van het Expertteam inschakelen (zie 3.5).
- Veiligheidsvraagstukken herkennen en direct doorpakken als de veiligheid van het kind in gevaar is.
- Zorg afschalen wanneer het gezin met minder ondersteuning toe kan.

In deze gevallen, totdat de zorg is afgeschaald, is de jeugdconsulent zelf ook de casusregisseur.

Daarnaast kan de jeugdconsulent indien het zwaartepunt niet bij de specialistische (oranje) zorg ligt, ook besluiten dat de eerste lijns hulpverlener de casusregisseur blijft en dat alleen enkele oranje elementen aan het ondersteuningsarrangement moeten worden toegevoegd, maar dat nadruk ligt op oplossingen in de lichte sfeer en bij de eigen kracht van het gezin. Dan zal de jeugdconsulent:

- De 1^e lijns casusregisseur vragen om het gezin te begeleiden naar ondersteuning uit het vrij toegankelijk aanbod zoals een opvoedcursus, een weerbaarheidstraining of deelname aan sport- of cultuuractiviteiten, of scoutingvereniging.
- Zelf of samen met de 1^e lijns casusregisseur inschatten of er schoolgerelateerde problemen zijn waarover afstemming moet zijn met het onderwijs/ samenwerkingsverband.
- Hulp inzetten vanuit andere domeinen dan jeugd, bijvoorbeeld schuldhulpverlening en die koppelen aan de inzet van de casusregisseur.

Indien er sprake is van multiproblemsituaties en de aanpak niet vlekkeloos lijkt te verlopen, dan kan de jeugdconsulent de hulp van de coördinator sluitende aanpak inroepen die het proces vlot kan trekken door de inzet van betrokken professionals te coördineren en te zorgen dat de aanpak vanuit verschillende disciplines of van verschillende personen in het gezin op elkaar wordt afgestemd.

De consulenten hebben verschillende achtergronden waardoor de jeugdconsulenten in Lansingerland een brede expertise hebben. Deze brede expertise bestaat uit:

- pedagogische expertise;
- sociaalmaatschappelijke expertise;
- basiskennis van psychiatrie;
- basiskennis van verstandelijke beperkingen.

Toetsen en casusregisseur

De jeugdconsulent is in het geval dat de nadruk ligt op specialistische hulp, de contactpersoon van het gezin en houdt samen met het gezin de regie op de uitvoering van het arrangement. Hij/ zij is dan dus de casusregisseur. Wanneer het kind of de jongere een zorgtraject ingaat, begeleidt de jeugdconsulent het gezin naar de specialistische hulp. Wanneer de specialistische hulp wordt afgesloten, is de jeugdconsulent weer het eerste aanspreekpunt voor het gezin. Alleen wanneer er sprake is van een jeugdbeschermingsmaatregel of een jeugdreclasseringsmaatregel, kan besloten worden dat de gezinsvoogd of de reclasserder de regie heeft. In dat geval houden de voogd of de reclasserder nauw contact met de jeugdconsulent zodat wanneer de maatregel wordt opgeheven, de jeugdconsulent de regie weer over kan pakken.



Wanneer blijkt dat er specialistische hulp nodig is in een gezin, geeft de jeugdconsulent hier toestemming voor. De jeugdconsulent doet dit op grond van het beschikbare budget en vraagt waar nodig advies van het Expertteam.

Bij de inzet van de specialistische hulp kijkt de jeugdconsulent hoe deze hulp toch zo dicht mogelijk bij de leefomgeving van het gezin kan worden georganiseerd en welke elementen van lichte ondersteuning en eigen kracht (gele en groene kolom) kunnen worden ingezet om het specialistische traject te ondersteunen. Hierbij wordt dus gekeken hoe gespecialiseerde hulpverleners kunnen aansluiten bij het bestaande netwerk van het gezin (pedagogische civil society). In sommige situaties wordt bewust

gekozen om de hulp tijdelijk buiten de leefomgeving van het gezin te organiseren. Bijvoorbeeld omdat de omgeving een slechte invloed heeft op het gedrag van een jongere of omdat er behoefte is aan een time-out binnen het gezin.

3.2.2 Toegang via de huisarts, medisch specialist en jeugdarts

De huisarts, de medisch specialist en de jeugdarts hebben een bijzondere rol in het nieuwe jeugdstelsel. De huisarts behoudt namelijk zijn rol als doorverwijzer naar jeugdhulp, evenals de medisch specialist en de jeugdarts. Om te voorkomen dat deze artsen gaan doorverwijzen naar zorg die niet door de gemeente is ingekocht en om te voorkomen dat gezinnen gaan shoppen tussen de jeugdconsulent en de arts, moeten goede afspraken worden gemaakt met artsen en zorgverzekeraars. In deze afspraken willen we opnemen dat artsen bij het doorverwijzen naar specialistische hulp, altijd contact leggen met de jeugdconsulent. Ook de jeugdhulpaanbieder moet contact opnemen met de jeugdconsulent om te zorgen dat er aansluiting blijft tussen de hulp aan het gezin en de omgeving van het gezin.

3.2.3 Samenwerkingspartners en netwerken

Ouders

Ouders zijn als eerste verantwoordelijk voor een goede opvoeding van hun kinderen. Wanneer er iets aan de hand is met hun kind, signaleren ouders dit vaak als eerste. De meeste ouders kunnen met hulp van hun omgeving het probleem zelf oplossen. Wanneer dit niet lukt, is het belangrijk dat zij weten waar ze hulp kunnen vinden en dat er geen hoge drempels zijn om deze hulp te vragen. Het CJG Lansingerland werkt daarom outreachend op de plekken die vertrouwd zijn voor kinderen en ouders. Zo hebben CJG-medewerkers regelmatig gesprekken met ouders en kinderen op school of thuis.

Ook wanneer er professionele ondersteuning is, blijven ouders zelf verantwoordelijk voor de invulling en de uitvoering van deze hulp. De positie van ouders en jeugdigen is alleen anders wanneer er sprake is van een drang- of dwangmaatregelen. De dwangmaatregelen worden opgelegd door een rechter.

Onderwijs

De school is een belangrijke plek voor de jeugd. Het is een belangrijke vindplaats voor vroege signalering van de behoefte aan jeugdhulp en werkplaats voor het bieden van ondersteuning en hulp. Alle kinderen zijn immers leerplichtig en gaan dus naar school.

Een belangrijke tweede reden is dat ook het onderwijsveld in beweging is. De Eerste Kamer heeft in oktober 2012 de Wet Passend Onderwijs aangenomen (Staatsblad 2012, nr. 533). Vanaf 1 augustus 2014 zijn scholen verplicht een passende onderwijsplek te bieden aan leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben (zorgplicht). De ondersteuning die scholen kunnen bieden vanuit het passend onderwijs kan heel nauw samenhangen of zelfs overlappen met de ondersteuning die vanuit de gemeente kan worden geboden. Denk aan de aanpak van gedragsproblemen of leerproblemen die veroorzaakt worden door een lastige situatie thuis. Vanuit het primair onderwijs wordt de Lokale Onderwijs Adviseur (LOA) een belangrijke schakel naar de gemeentelijke aanpak. Deze stemt af met de school en met ouders welke ondersteuning voor een kind nodig is en maakt een arrangement. Om één gezin, één plan te realiseren voor alle vormen van ondersteuning aan het kind en aan het gezin is het wenselijk dat de LOA ook met eerstelijns jeugdhulpverleners en/ of de jeugdconsulent af te stemmen om een vorm te vinden waarin dit een samengesteld arrangement gaat worden samen met de gemeentelijke ondersteuning. Voor het voorgezet onderwijs moeten nog afspraken worden gemaakt hoe de ondersteuning op scholen en vanuit de gemeente op elkaar aan moeten sluiten

Vanwege deze nauwe samenhang is de gemeente in elk geval gesprek met de samenwerkingsverbanden Primair Onderwijs (PO) en Voortgezet Onderwijs (VO) om ervoor te zorgen dat het de plannen van het jeugdhulpstelsel en de samenwerkingsverbanden elkaar onderling zo veel mogelijk versterken. Voor 2015 zal in een OOGO (Op Overeenstemming Gericht Overleg) de samenwerking tussen gemeente en samenwerkingsverbanden worden vastgelegd.

Veiligheidshuis

Bij criminele jeugd en plegers van huiselijk geweld is het Veiligheidshuis de schakel tussen het netwerk 0-18 jaar of de sluitende aanpak en daadwerkelijke ingreep. In het Veiligheidshuis wegen de samenwerkende organisaties af welke combinatie van bestuurlijke en strafrechtelijke maatregelen en zorg het meest effectief is om bij een persoon strafrechtelijke recidive en verdere overlast te voorkomen. Gemeente, politie, OM en reclassering komen samen tot een (voorstel aan de rechter voor een) integrale set van straf- en zorginterventies die ingrijpen in het levenspatroon van de dader/ overlastgever. Goede afstemming met het lokale netwerk versterkt zowel de aanpak van het Veiligheidshuis als die van de netwerken. Soms is namelijk een stok achter de deur nodig om de noodzakelijke hulp te aanvaarden (drang- en dwangaanpak). De inhoud van de hulp hoeft niet anders te zijn dan in een vrijwillig kader. Zowel de gesteldheid van de cliënt als de maatschappelijke veiligheid is gebaat bij een effectieve combinatie van straf en zorg.

Crisishulp

Soms is snelle hulp van groot belang voor de veiligheid van een kind of volwassene. Jeugdhulpinstellingen hebben hiervoor een aparte toegang. Zo heeft het huidige Bureau Jeugdzorg een Crisis Interventie Team (CIT). Een team als dit leunt op crisisopvangplekken bij jeugdhulpaanbieders. In het nieuwe jeugdstelsel willen we één duidelijke toegang tot de crisisopvang. Deze toegang kan bij de nieuwe organisatie voor jeugdbescherming worden gesitueerd. De netwerken 0-18 jaar of sluitende aanpak hebben geen poortwachtersrol bij een crisis. Het crisisteam opereert regionaal en is verantwoordelijk voor inzet van de crisisopvang.

Raad voor de Kinderbescherming

De Raad voor de Kinderbescherming is een landelijke organisatie die onder het ministerie van Veiligheid en Justitie valt. De Raad voor de Kinderbescherming wordt ingeschakeld als de omstandigheden van een

kind en zijn gezin zorgelijk zijn en de geboden vrijwillige hulpverlening niet (meer) voldoende is of het gezin geen hulp accepteert. Deze taken had zij al in het huidige stelsel.

3.3 Nadere uitwerking aanpak 18-67 jaar

Het centrale doel voor de leeftijdscategorie 18-67, de potentiële beroepsbevolking, is om te zorgen voor financiële en zorgzelfstandigheid door arbeidsparticipatie en, waar dat (nog) niet mogelijk is, maatschappelijke participatie. De aanpak van de gemeente voor deze grote groep volwassenen is er dus op gericht om iedereen te laten meedoen naar vermogen: waar mogelijk op eigen kracht of met lichte ondersteuning en - waar nodig - met de juiste mix van ondersteuning, zorg en re-integratie-instrumenten en/ of werkbegeleiding. Met de decentralisatie van de AWBZ-begeleiding en de nieuwe instrumenten op het gebied van de Participatiewet krijgt de gemeente nieuwe uitdagingen en nieuwe kansen op dit gebied. De aanpak van Lansingerland is er op gericht de kans aan te grijpen om te kiezen voor een integrale benadering van participatie en ondersteuning. Met name voor nieuwe doelgroepen die onder de verantwoordelijkheid van de gemeente komen te vallen, variërend van mensen met geen, een grotere of kleinere arbeidsbeperking, is deze nieuwe integrale aanpak van ondersteuning en participatie de sleutel tot een succesvolle aanpak en het bereiken van het doel voor volwassen inwoners: financiële en zorgzelfstandigheid door arbeidsparticipatie, of anders maatschappelijke participatie. Toch is deze aanpak redelijk uniek en zijn er niet veel gemeenten die de decentralisatie van de AWBZ en de invoering van de Participatiewet op deze manier reeds gekoppeld hebben. Zo wordt bijvoorbeeld in de meeste wijkteams het participatie-deel niet geïntegreerd.

Om inzicht te krijgen in de verscheidenheid van klanten en hun ondersteuningsbehoeften gaan we in de volgende paragraaf eerst in op de diversiteit aan klanten en achtereenvolgens gaan we in op de volgende onderwerpen:

1. Diversiteit van klanten op het gebied van werk en inkomen en maatschappelijke ondersteuning (3.3.1)
2. Samenhang in ondersteuningsbehoefte en hulpaanbod voor werk en inkomen en maatschappelijke ondersteuning (3.3.2)
3. De werkwijze (3.3.3)

3.3.1 *Diversiteit van klanten op het gebied van werk en inkomen en maatschappelijke ondersteuning*

Op het gebied van werk en inkomen zijn de volgende hoofdgroepen en klanten te onderscheiden:

- a) *Inwoners die tijdelijk niet beschikken over een baan, maar die beschikken over voldoende kennis en vaardigheden om opnieuw aan de slag te gaan.* In vaktermen uitgedrukt: zij hebben een 'hoog arbeidspotentieel'. Soms vinden zij volledig op eigen kracht een nieuwe baan, soms hebben zij re-integratietrajecten nodig of kortdurend advies bij hun zoektocht naar werk. In enkele gevallen gaat het om inwoners die wel kunnen werken, maar hun arbeidsplicht proberen te ontduiken. Met een consequent handhavingsbeleid en/ of ondersteuning worden zij naar werk toegeleid. Zo nodig, leggen we maatregelen op om hen te stimuleren om aan hun arbeidsverplichtingen te voldoen.
- b) *Inwoners die (tijdelijk) begeleiding nodig hebben om aan het werk te gaan.* Soms kunnen zij met begeleiding aan de slag bij een reguliere werkgever. Soms hebben zij zoveel begeleiding nodig, dat zij alleen kunnen functioneren in 'beschut werk' dat wil zeggen een veilige werkomgeving die rekening houdt met hun specifieke arbeidsbeperking. Ofwel in de sociale werkvoorziening, ofwel bij een werkgever die hier een speciale beschutte werkplek voor inricht.

- c) *Inwoners die (nog) niet in staat zijn tot werken.* Soms gaat het daarbij om mensen met zware psychosociale of psychiatrische problematiek of mensen met een zware, chronische lichamelijke ziekte. Zij hebben in de meeste gevallen een Wajong of een WIA-uitkering.

Op het gebied van maatschappelijke ondersteuning zijn de volgende hoofdgroepen en klanten te onderscheiden:

- a) *Inwoners met een chronische ziekte, lichamelijke handicap of een visuele of auditieve beperking.* Sommige van deze inwoners hebben alleen een hulpmiddel nodig om aan het werk te gaan in een betaalde baan. Het gaat dan bijvoorbeeld om een rolstoel, een brailletelefoon of aangepaste werktijden om de belasting te beperken of te spreiden. Andere inwoners uit deze groep hebben zo veel last van hun ziekte of beperking, dat een hulpmiddel of beschut werk onvoldoende helpt om hen te laten werken. Zij krijgen de benodigde zorg en ondersteuning en participeren op het niveau dat voor hun situatie haalbaar is. Bijvoorbeeld inwoners met niet aangeboren hersenletsel kunnen specialistische zorg nodig hebben en hun mogelijkheden om te participeren variëren sterk, afhankelijk van de zwaarte van hun aandoening.



- b) *Inwoners met een psychische beperking en/ of (zware) psychosociale problematiek.* Inwoners met (zware) psychosociale problemen hebben hulp en ondersteuning nodig vanuit de geestelijke gezondheidszorg. Soms is hun hulpvraag tijdelijk: met een burnout en/ of het verlies van een naaste kan iemand tijdelijk alle energie verliezen om te participeren. Dan kan hulp van een maatschappelijk werker of een psycholoog of coach hen weer op weg helpen. Andere inwoners hebben een langduriger probleem en/ of een probleem dat hardnekkig terugkeert. Met een depressie, angststoornissen, schizofrenie, een verslaving of een psychose hebben zij zwaardere, gespecialiseerde zorg nodig. Soms is werk mogelijk, soms is hun inzet voor ziekteherstel en een sociaal netwerk om te participeren het hoogst haalbare.
- c) *Inwoners met een verstandelijke beperking*
Net als bij de groep inwoners met een psychische beperking bepaalt de zwaarte van de beperking hoeveel ondersteuning er nodig is om inwoners met een verstandelijke beperking te laten werken en participeren. Sommige inwoners met een verstandelijke beperking zijn gebaat bij beschut werk. Met werkbegeleiding en eventuele woonbegeleiding krijgen zij precies de sturing die hen voldoende zelfredzaam maakt. In vaktermen wordt dit ook wel 'samenredzaam' genoemd.
- d) *Mantelzorgers*
De Nationale Raad voor de Volksgezondheid geeft de volgende definitie van mantelzorg: 'Mantelzorg is zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende door één of meerdere leden van diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening direct voortvloeit uit de sociale relatie'. Dit betekent dat een mantelzorger vanuit zijn sociale relatie met een hulpbehoevende zorg biedt. Deze mantelzorg stijgt uit boven de gebruikelijke zorg die iemand kan geven aan een huisgenoot of partner of kind met wie hij een huishouding voert. Mantelzorgers kunnen via de gemeente advies krijgen en/ of gebruik maken van de zogenaamde 'respijtzorg', dat wil zeggen dat zij even een pauze (respijt) krijgen, doordat anderen de mantelzorg van hen overnemen.

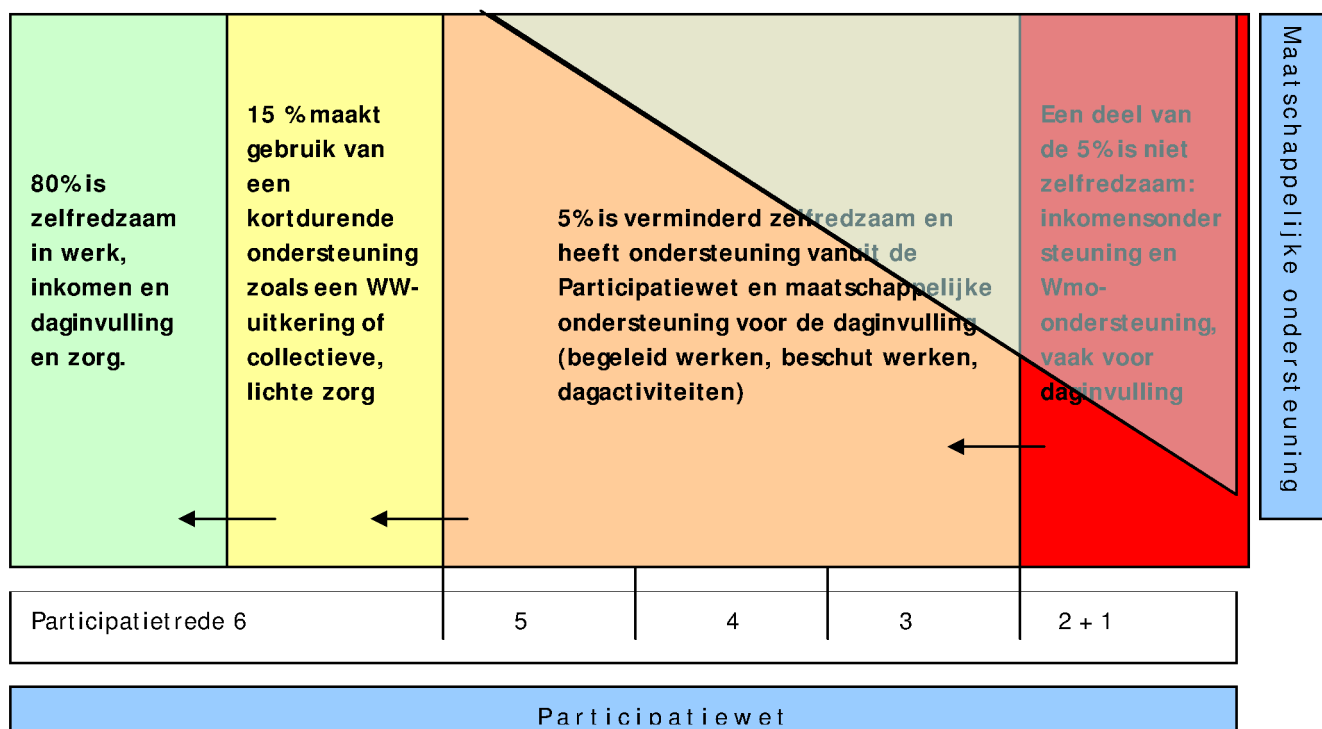
3.3.2 Samenhang in ondersteuningsbehoefte en hulpaanbod voor werk en inkomen en maatschappelijke ondersteuning

Uit de beschrijving van de hoofdgroepen bij 3.3.1 bleek al, dat sommige inwoners de gemeente benaderen met een enkelvoudige hulpvraag op het gebied van werk en inkomen of op het gebied van maatschappelijke ondersteuning: zij hebben bijvoorbeeld een baan nodig of een rolstoel en zij zijn daarna weer helemaal zelfredzaam en financieel zelfvoorzienend. Andere inwoners hebben een bredere vraag: soms hebben zij zowel zorgondersteuning nodig, als ondersteuning bij hun inkomen en/of terugkeer richting betaald werk. Dan krijgen zij een maatwerkpakket van voorzieningen uit de Wmo en uit Werk en Inkomen.

Hierna brengen we in twee schema's de samenhang in beeld tussen de ondersteuningsvraag op het gebied van de Wmo en de vraag op het gebied van werk en inkomen.

Het eerste schema geeft weer hoe deze ondersteuningsbehoeften ten opzichte van elkaar staan of elkaar overlappen: de inwoner die zich links onderin bevindt, beschikt over werk en een inkomen en hij/zij heeft geen behoefte aan zorg. De inwoner die zich meer naar boven en meer naar rechts bevindt, heeft een grotere behoefte aan zorg en/of ondersteuning op het gebied van werk en inkomen.

Samenhang Participatiewet en Wet maatschappelijke ondersteuning



Het schema op de volgende pagina vervolgens, geeft de zes treden weer van de landelijke Participatieladder. Bij elke trede staat de mogelijke ondersteuning op het gebied van werk en inkomen. Daarnaast staan opties voor ondersteuning van de Wmo. Het gaat erom een maatwerkpakket in te zetten vanuit de Wmo en de Participatiewet om het maximale resultaat te behalen en mensen (weer) zo zelfredzaam mogelijk te maken.

Een inwoner op trede 1 heeft geen werk, geen inkomen en heeft in die situatie vaak ook een (grote) behoefte aan ondersteuning. De inwoner op trede 6 zit in een veel rooskleuriger situatie: hij/ zij heeft betaald werk en heeft doorgaans geen behoefte aan maatschappelijke ondersteuning of slechts behoefte aan of hulp vanuit zijn eigen netwerk of lichte, collectieve ondersteuning. Bij uitzondering heeft een inwoner op trede 6 (tijdelijk) intensieve ondersteuning nodig.

Participatie- en Ondersteuningsladder

Tredes op de ladder van participatie en WMO	Toelichting op de tredes	Ondersteuning m.b.t. inkomen vanuit de Participatiewet	Ondersteuning m.b.t. werk vanuit de Participatiewet	Ondersteuning mbt zorg vanuit de Wmo
1	Isolement	Een vorm van inkomens-ondersteuning, eventueel met schuldhulpverlening	Werk of participatie zijn nu (nog) niet mogelijk	Meestal intensieve, soms lichte ondersteuning
2	Enige vorm van contacten of daginvulling buitenshuis	Een vorm van inkomens-ondersteuning, eventueel met schuldhulpverlening	Werk is nu (nog) niet mogelijk	Maatschappelijke activering (bijv. deelname activiteiten), intensieve of lichte ondersteuning
3	Enige vorm van contacten of daginvulling buitenshuis	Een vorm van inkomens-Ondersteuning	Arbeidsactivering Activering met: Scholing, stage, vrijwilligerswerk, werkervaring.	Maatschappelijke deelname door activiteiten en/ of vrijwilligerswerk Doorgaans is lichte of intensieve ondersteuning nodig.
4	Onbetaald werk	Een vorm van inkomens-ondersteuning	Arbeidstoeleiding met onbetaald werk/ tegenprestatie Ondersteuning met: re- integratie, leerwerkplekken, scholing en activering met (vrijwilligers) werk	Maatschappelijke deelname door activiteiten en/ of vrijwilligerswerk Doorgaans is lichte of intensieve ondersteuning nodig.
5	Betaald werk, eventueel met een vorm van inkomens-ondersteuning	Betaald werk met eventueel aanvullende inkomens-ondersteuning	Regulier, betaald werk met ondersteuning of beschut werk. Ondersteuning van: een job coach, loonkostensubsidie, no risk polis of beschut werk	Geen of lichte ondersteuning nodig Bij uitzondering is intensieve ondersteuning nodig.
6	Betaald werk	Geen ondersteuning	Betaald werk zonder ondersteuning	Geen of lichte ondersteuning of (tijdelijk) intensieve ondersteuning.

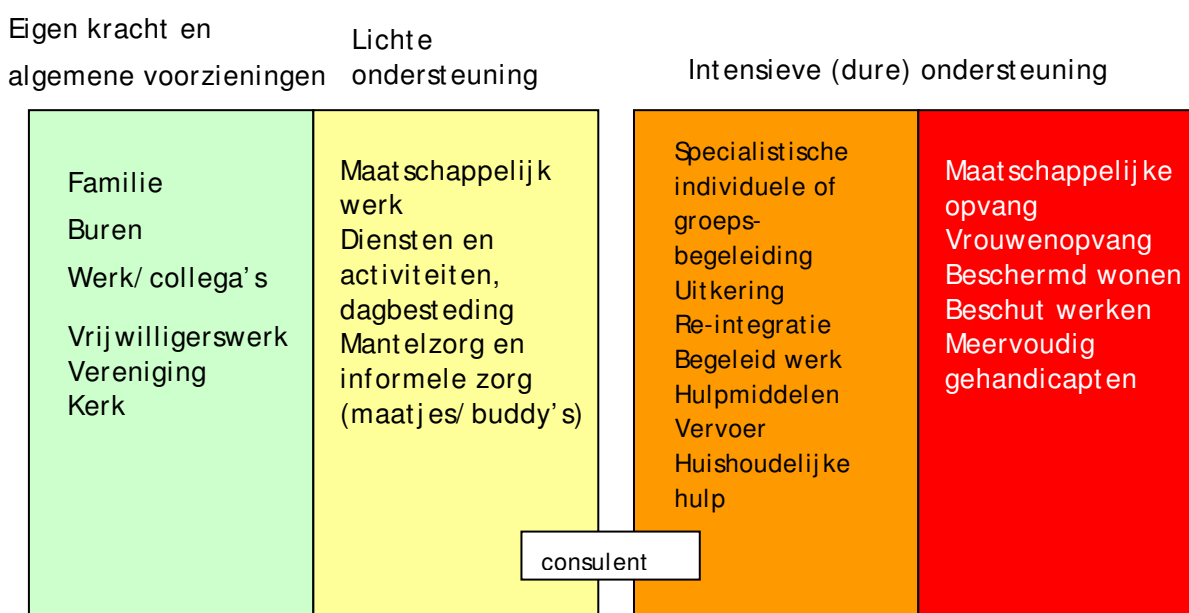
De participatie- en ondersteuningsladder is geen blauwdruk, maar een manier om de ondersteuningsvraag op verschillende levensgebieden integraal aan te pakken en de participatie van inwoners en de ondersteuning die zij daarbij nodig hebben aan elkaar te koppelen. Dat biedt bijvoorbeeld mogelijkheden om de begeleiding die mensen ontvangen vanuit de Wmo te integreren met re-integratie naar betaald werk en op die manier de arbeidsparticipatie effectief te bevorderen. Ook daar waar doelgroepen dicht bij elkaar liggen, zoals de mensen die nu arbeidsmatige dagbesteding hebben (straks Wmo) en mensen die beschermt of begeleid moeten werken (straks Participatiewet), liggen mogelijkheden om de aanpak te integreren en daarmee efficiënter te organiseren.

In de volgende paragraaf gaan we nader in op de werkwijze van deze aanpak.

3.3.3 De werkwijze

De 1^e lijn

Zoals we in de vorige paragraaf zagen is om iedereen in de groep 18-67 te kunnen laten participeren niet altijd een duurder ondersteuningstraject nodig. Veel inwoners kunnen zelf, met hulp van hun sociale omgeving of met behulp van ondersteuning uit de eerste lijn, zoals maatschappelijk werk of vrijwillige hulpdiensten, prima functioneren en participeren. We bevorderen dan ook zoveel mogelijk dat ondersteuners in de eerste lijn samen met de inwoners zoeken naar oplossingen in de eigen omgeving en het activeren van het eigen sociale netwerk. In de Wmo is deze cultuuromslag al enige tijd ingezet onder de noemer 'de kanteling'. Ook in de toekomst willen we hier op voortbouwen.



De consulenten

In principe kloppen inwoners altijd eerst aan bij de eerste lijn, het maatschappelijk werk of wellicht de huisarts. Kan de vraag of ondersteuningsbehoefte daar niet opgelost worden, dan schakelt de casusregisseur uit de eerste lijn de consulent in voor toegang tot duurdere vormen van ondersteuning. Deze 'oranje' zorg wordt opgenomen in een arrangement waarin ook altijd 'gele' en 'groene' componenten zitten. Dus afspraken over wat de aanvrager zelf gaat doen, wat mogelijk in zijn omgeving kan worden opgelost en met welke vormen van lichte ondersteuning het duurdere traject kan worden ondersteund.

Maar ook als mensen direct aankloppen bij de gemeente met een enkelvoudige vraag bijvoorbeeld voor een woningaanpassing, een rolstoel of een uitkering en dus geholpen worden door een consulent, wordt in de meeste gevallen een casusregisseur aangesteld van bijvoorbeeld het maatschappelijk werk, Humanitas, SWL of een andere eerstelijns organisatie. Deze houdt de regie op het totale arrangement (dus ook de gele en de groene component) en schakelt met de consulent of consulenten voor het verloop van de oranje trajecten. Dit om er voor te zorgen dat een dure voorziening ook altijd wordt ondersteund (en daardoor dus wordt geminimaliseerd in omvang of tijd) door gele en groene componenten. Voor inwoners waarbij de hoofdcomponent of componenten in de oranje kolom ligt, kan de consulent ook zelf als casusregisseur optreden. Indien er sprake is van meerdere ondersteuningsvragen in één gezin, stemt de casusregisseur (de lijnsmedewerkers of de consulent) af met collega's en maken zij één arrangement voor alle volwassenen en kinderen in het gezin.

Bij alle ondersteuningsvragen die meervoudig of complex (zouden kunnen) zijn stelt degene waar de burger het eerst aanklopt, dus de eerste lijn of de consulent, op grond van de vraagverheldering de Zelfredzaamheid-Matrix¹⁴ (ZRM) op. Er wordt dus niet alleen afgegaan op de vraag van de inwoner, maar doorgevraagd naar de vraag achter de vraag. De ZRM is een meetinstrument met een overzicht van elf leefgebieden, waarmee de eerstelijns professional en/ of de consulent en inwoner bepalen hoe zelfredzaam de klant is en op welke leefgebieden dus actie nodig is. De leefgebieden van de ZRM zijn: Financiën, Dagbesteding, Huisvesting, Huiselijke relaties, Geestelijke gezondheid, Lichamelijke gezondheid, Verslaving, Activiteiten Dagelijks Leven, Sociaal netwerk, Maatschappelijke participatie en Justitie. Op deze leefgebieden wordt gescoord hoe het gaat op de schaal van 1 tot en met 5: bij 1 heeft de inwoner te maken met acute problematiek, bij 5 is de inwoner volledig zelfredzaam, dat specifieke leefgebied is dan volledig op orde.

Samen met de inwoner bespreekt de professional of de consulent welke resultaten de inwoner wil bereiken en wat daarvoor nodig is. We gaan daarbij weer uit van het eerder genoemde opschalingmodel 'licht waar mogelijk, intensief waar nodig':

1. Als er een mogelijkheid is dat eerstelijns ondersteuning de problemen binnen maximaal vijf gesprekken kan (laten) oplossen, dan wordt het probleem opgelost in de lichte ondersteuning/ eerstelijnszorg van bijvoorbeeld het maatschappelijk werk of de eerstelijns psycholoog. De consulent hoeft dan verder niet meer betrokken te zijn.
2. Als er meer specifieke of intensievere ondersteuning of een maatwerkvoorziening nodig is, dan betreft de 1^o lijns casusregisseur de consulent bij dossier en er wordt een arrangement gemaakt met alle componenten van de ondersteuning (groen, geel, oranje). De consulent kan indien dat nodig is voor de beoordeling van de inzet van intensievere ondersteuning een hulplijn inschakelen of een diagnose laten stellen (Expertteam, zie 3.5)). Als het zwaartepunt van de ondersteuning op een oranje component ligt, is de consulent zelf de casusregisseur.
3. Indien er sprake is van ernstige multiproblematiek, gebrek aan regievermogen of acute problematiek, dan zet de casusregisseur of de consulent het dossier door naar de coördinator sluitende aanpak.

Voor het aanvragen van een bijstandsuitkering bij de gemeente, geldt nog een specifieke situatie, die voortkomt uit de landelijke wetgeving. Een inwoner moet bij de aanvraag twee stappen doorlopen:

1. Een inwoner moet zich eerst op Internet digitaal aanmelden bij het UWV op de site werk.nl om te checken of hij/ zij recht heeft op een werkloosheidsuitkering of een andere uitkering. Wanneer iemand geen recht heeft op deze voorliggende voorzieningen, dan kan hij/ zij digitaal een aanvraag doen voor een bijstandsuitkering bij de gemeente.
2. Voor de uiteindelijke claimbeoordeling (besluit over het recht op uitkering) kan iemand terecht bij de consulent Werk en Inkomen van de gemeente. Bij alle vragen voor een (bijstands)uitkering kijken de consulenten eerst of een inwoner direct aan het werk kan. In dat geval is er geen uitkering meer

¹⁴ De Zelfredzaamheid-Matrix is een goed voorbeeld van zo'n instrument. Er kan ook voor een ander soortgelijk instrument gekozen worden.

nodig.

Tenslotte is er wettelijk een aantal uitzonderingen vastgesteld, waarin bepaalde groepen inwoners de uitkering direct bij de gemeente kunnen aanvragen. Zij hoeven zich dan niet vooraf aan te melden via Internet. Dit geldt bijvoorbeeld voor mensen die in een inrichting verblijven en voor dak- en thuislozen.

Om de juiste ondersteuning te kunnen bieden, hebben de consulenten van de Wmo en de WWB toegang tot een heel instrumentarium aan individuele maatwerkvoorzieningen. Hieronder vallen verschillende vormen van ondersteuning:

- A. rolstoelen, woon- en vervoersvoorzieningen
- B. persoonlijke en huishoudelijke verzorging
- C. individuele begeleiding
- D. voorzieningen voor re-integratie richting werk, schuldhulpverlening en inkomensondersteuning
- E. gespecialiseerde dagbesteding (bijvoorbeeld op het gebied van autisme, dementie, verstandelijke beperking of GGZ-problematiek)
- F. specialistische zorg, bijvoorbeeld voor doofblinden
- G. logeeropvang/ respijt zorg om mantelzorgers te ontlasten voor de ondersteuning voor bijvoorbeeld dementerenden

Deze maatwerkvoorzieningen worden nader uitgewerkt in het implementatieplan.

3.4 Nadere uitwerking Aanpak 67+

3.4.1 Veranderingen in het leven van senioren



Met alle veranderingen in de AWBZ verandert ook de mate waarin ouderen in de nabije toekomst beroep kunnen doen op zorg van de overheid. De afschaffing van de lichtste ZZP's 1-4 voor verpleging en verzorging betekent dat mensen met een lichte zorgvraag niet meer terecht kunnen in een instelling. De verpleging wordt straks (door de zorgverzekeraar of de gemeente) thuis geleverd. De overige ondersteuning, zoals hulp bij het huishouden, hulpmiddelen, woningaanpassingen, die nodig is bij het zelfstandig kunnen blijven wonen van een huishouden, kan worden aangevraagd via de

gemeente (Wmo). Ook begeleiding van ouderen, individueel of via dagbesteding, komt onder de verantwoordelijkheid van de gemeente te vallen. Al deze maatregelen gaan gepaard met bezuinigingen, dus de mate waarin de gemeente straks kan voorzien in al deze ondersteuning voor ouderen thuis is daarmee wel beperkt.

Voor mensen die nu al te maken hebben of krijgen met beperkingen die samengaan met het ouder worden, is dat wel even slikken. Zij hadden wellicht gerekend op verzorging door de staat, maar nu zullen zij zolang mogelijk zichzelf moeten redden, met hulp uit de omgeving, mantelzorgers en vrijwilligers. En als dat echt niet kan natuurlijk met de ondersteuning die noodzakelijk is vanuit de gemeente. Naarmate er meer beperkingen optreden, zal er meer ondersteuning nodig zijn. Bijvoorbeeld eerst alleen vervoer, daarna ook huishoudelijke hulp en vervolgens wellicht verzorging en verpleging.

Toch geldt voor de meeste ouderen dat zij prima voor zichzelf kunnen en willen zorgen en dat het feit dat ze bijvoorbeeld niet meer naar een bejaardentehuis kunnen geen echte teleurstelling is. Uiteraard

geldt deze beperking ook voor de jongere inwoners van Lansingerland, maar zij kunnen zich er iets langere tijd op voorbereiden dat zij later als ze oud zijn grotendeels in hun eigen zorg zullen moeten voorzien. Dat is wel een belangrijke boodschap voor de toekomst. Iedereen weet dat hij later ouder wordt en mogelijk gebreken kan krijgen. Mensen moeten zich realiseren dat ze maatregelen nemen vóórdat ze te oud zijn. Bijvoorbeeld al in een drempelloos appartement gaan wonen, sparen voor voorzieningen en sociale netwerken onderhouden waar ze later op terug kunnen vallen. Dat werkt op de langere termijn het meest preventief.

3.4.2 De werkwijze

De eerste lijn

Voor de leeftijdscategorie 67+ is het doel om zo zelfstandig mogelijk te blijven functioneren, wonen en participeren. Het grootste deel van ondersteuning voor deze groep kan geregeld worden op basis van eigen kracht, inschakeling van het sociale netwerk, ondersteunende diensten en activiteiten en binnen de eerste lijn. Ook het ondersteunen van mantelzorgers en (zorg)vrijwilligers is van groot belang om dit beroep op de eigen kracht en de omgeving ook vol te kunnen houden. In de eerste lijn regelen de welzijns- en zorgpartijen momenteel al een groot deel van de ondersteuning aan deze groep. Bijvoorbeeld door dagactiviteiten aan te bieden of vrijwillige hulpdiensten zoals de boodschappendienst, klussendienst en maatjesprojecten die eenzaamheid helpen bestrijden.

Een en ander betekent ook dat er een grotere druk komt op de zelfredzame inwoners om een steentje bij te dragen. Buurt-apps en websites voor onderlinge hulp kunnen daar een goede bijdrage aan leveren. Een deel van de ouderen die nog zelfredzaam zijn verricht vrijwilligerswerk. Zij doen dit vaak al jaren met grote inzet. Er is echter ook een grote groep senioren die nog actief en zelfstandig participeert, maar geen vrijwilligerswerk doet. Dit is een doelgroep die we aan kunnen spreken op hun verantwoordelijkheid: van iedereen wordt verwacht dat hij een steentje bijdraagt. Al met al zal er een cultuurverandering nodig zijn om 'vraagverlegenheid' te doorbreken en een gedragsverandering op gang te brengen. In regionaal verband wordt gewerkt aan een regiobrede campagne (zie 6.1).

Maatwerkvoorzieningen

Maatwerkvoorzieningen, dus geen algemene maar individuele voorzieningen, lopen via de consulent van de gemeente. Een maatwerkvoorziening via de consulent zal nodig zijn voor Wmo-voorzieningen (rolstoel, woningaanpassing, vervoer), specialistische begeleiding bijvoorbeeld bij psychische problemen en problemen rond dementie, rond verslaving of bij schulden. Daarnaast kan via de consulent in samenspraak met maatschappelijke partners en zorginstellingen ingezet worden op doorverwijzing naar voorzieningen die onder de Zorgverzekeringswet of onder de AWBZ vallen. Dat vereist dat de consulent goede contacten heeft met instanties die de weg kennen in 'verzekeringsland'.

Met de decentralisatie van AWBZ-begeleiding zal voornamelijk een deel van de (algemene) dagbesteding ook door de 1^o lijn kunnen worden aangeboden. Dat wil zeggen vrij toegankelijk en tegen relatief lage kosten. Met de zorg- en welzijnspartijen maken we afspraken over de inzet die zij plegen voor deze groep. Maar we krijgen ook te maken met een grotere groep verminderd zelfredzame ouderen ten gevolge van het scheiden van wonen en zorg. Naast mogelijk dagbesteding hebben zij behoefte aan individuele begeleiding, verzorging en/ of verpleging aan huis. Samen met de zorgverzekeraar en zorg- en welzijnspartijen zullen we goed moeten inventariseren en afspreken hoe we de ondersteuning van deze mensen zo goed mogelijk kunnen organiseren en ook zo efficiënt mogelijk gezien de beperkte middelen.

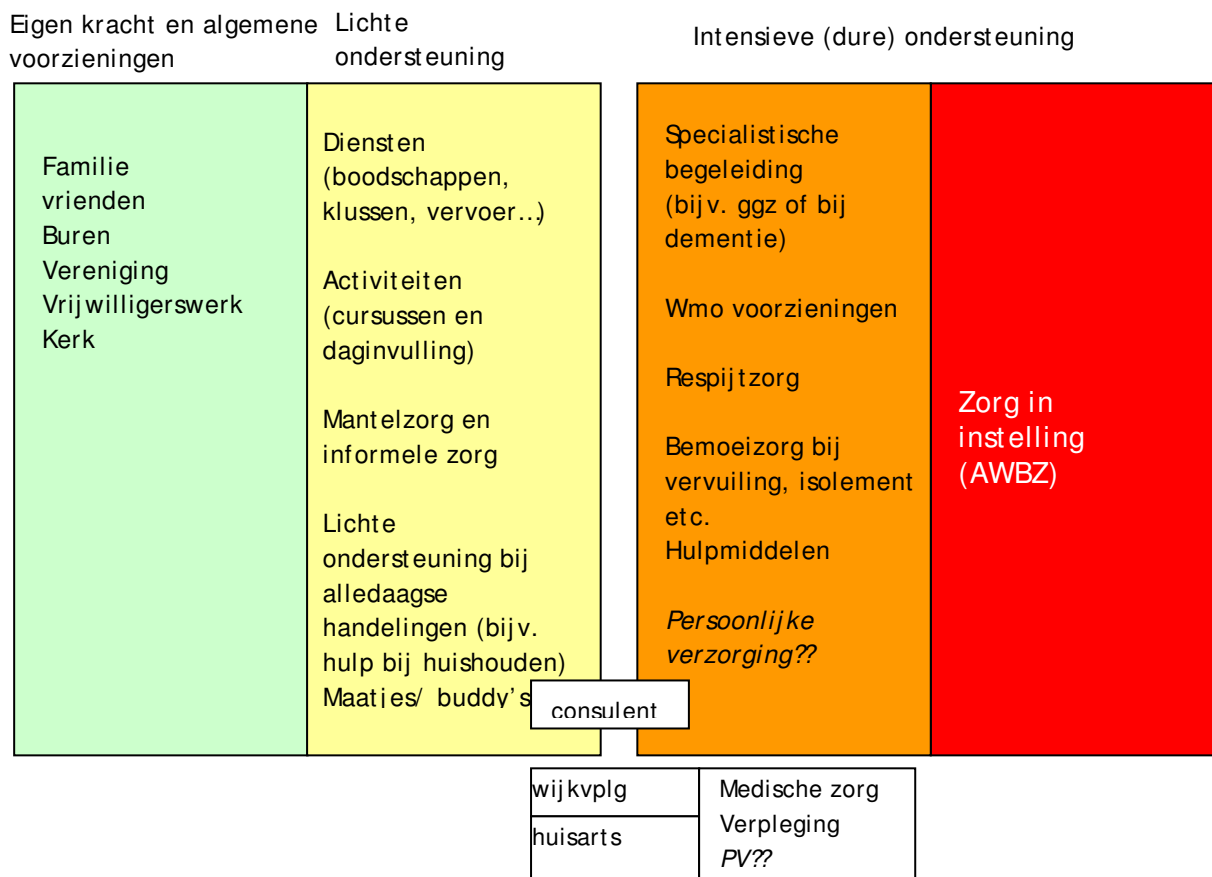
Met name voor mensen met functie- of regieverlies moeten afspraken gemaakt worden met zorg- en welzijnspartijen voor een permanent afgestemd pakket aan ondersteuning per huishouden: niet te weinig, maar ook niet teveel. Waar mogelijk moeten zij aanvullende diensten ontwikkelen om de zelfredzaamheid te vergroten.

Speciale aandacht vereisen alleenstaande inwoners van Lansingerland met dementie. Dit is een groter wordende groep. Op dit moment worden de casusregisseurs in een zo vroeg mogelijk stadium van dementie betrokken. Veelal gebeurt dit vanuit de medische hoek (arts, thuiszorg) of vanuit welzijn als er nog geen indicatie is. Het kan zijn dat zij maar een enkele keer ingezet worden, bijvoorbeeld bij verhoging van de zorgvraag of bij overbelasting van de mantelzorger, maar intensieve ondersteuning kan ook nodig zijn. Dit zal vaker nodig zijn naarmate mensen langer thuis moeten blijven wonen en in de eerste stadia van dementie dus niet in een instelling terecht kunnen. Vanwege het groeiende aantal ouderen met dementie kan het nodig zijn om een deel van het budget voor individuele begeleiding te reserveren voor begeleiding bij dementie en hier zowel in kwantitatief als kwalitatief opzicht dus meer op in te zetten. De vraag of de gemeente hier in moet springen is afhankelijk van de voortzetting van de financiering van de huidige casemanagers dementie (tijdelijk geld in de AWBZ) en of dit wordt opgepakt door de zorgverzekeraars.

3.4.3 De huisarts en de wijkverpleegkundige

Bij de aanpak van 67+ spelen naast de eerstelijns welzijnsinstellingen (bijvoorbeeld Welzijn Lansingerland) en de gemeentelijke Wmo-consulenten, vooral de huisarts en de verpleging / verzorging aan huis een grote rol. Verpleging en persoonlijke verzorging worden geleverd vanuit thuiszorgorganisaties en nu nog gefinancierd vanuit de AWBZ. In Lansingerland zijn met name Buurtzorg, Laurens en Vierstroom actief. Verpleging zal worden overgeheveld naar de zorgverzekeraar en persoonlijke verzorging wellicht ook. Voor de geleverde zorg verandert er voor de cliënten die een indicatie hebben in eerste instantie (2015) niets, maar ook hier is sprake van kortingen en in de toekomst mogelijk nieuwe aanbieders en voor een herindicatie moeten zij na 1 januari 2015 dus naar de huisarts en niet naar het CIZ.

Het idee van de wijkverpleegkundige is dat deze de huisarts kan ontlasten bij allerlei zorgvragen van ouderen en ook vroegtijdig zelf kan signaleren en ingrijpen waar dat nodig is. Hij/ zij zal dus een belangrijke schakel worden tussen de cliënt, de overige verpleegkundigen die verpleging en verzorging aan huis leveren en de huisarts. Daarnaast moet de wijkverpleegkundige goed zijn aangehaakt bij de sociaal/ maatschappelijke voorzieningen in een gebied, zodat medische hulp en sociale ondersteuning hand in hand kunnen worden geboden.



3.5 Expertteam (specialistenpool)

De consulenten Jeugd, Wmo en WWB zijn generalisten met een eigen specialisme. Zij doen een uitvraag op alle leefgebieden en kunnen daarover met elkaar overleggen, maar sommige problemen vragen om specialistisch advies. Een consulent kan in dat geval beroep doen op een expert van het expertteam. Afhankelijk van de benodigde expertise wordt een expert erbij gehaald. Het is dus niet zo dat de experts fysiek bij elkaar zitten. Alleen wanneer dit nodig is, worden meerdere experts betrokken. In het expertteam zitten de volgende specialisten:

Voor jeugd:

- Jeugdarts
- Orthopedagoog
- Psycholoog (kinder- en volwassenpsycholoog)
- Psychiater (kinder- en volwassenpsychiater)
- Orthodidacticus (samen met het onderwijs)
- Ontwikkelingspsycholoog

Voor volwassenen:

- Algemeen gedragswetenschapper
- Specifiek gedragswetenschapper (kan pre-diagnoses maken)
- Ggz psycholoog
- Ergotherapeut
- Fysiotherapeut
- Psycholoog met expertise op het terrein van licht verstandelijke beperkingen
- Psycholoog met expertise op het terrein van autisme of verslavingen
- Psychiater

- Vertrouwensarts
- Functionaris met expertise op het gebied van vluchtelingenproblematiek
- Forensisch deskundige (in relatie tot Meldcode)
- Specialist Niet-aangeboren Hersenletsel (NAH)
- Specialist auditieve beperkingen
- Specialist visuele beperkingen
- Geriater
- Ouderengeneeskundige
- Psycholoog met expertise dementie (geheugenpoli! via huisarts)
- Verpleeghuisarts
- Neuropsycholoog
- Revalidatiearts
- Arbeidsdeskundige

Rol van het Expertteam: advies en diagnose

Het Expertteam fungeert als klankbord voor de consulenten en biedt consult en advies. Wanneer de consulent een stoornis of een medisch probleem vermoedt waarvoor een diagnosestelling noodzakelijk is om de cliënt verder te helpen, dan vraagt hij of zij aan het Expertteam om een diagnose te stellen. Wanneer er een diagnose gesteld wordt, dan verwijst de expert niet zelf door naar hulp. Hij brengt een advies uit aan de consulent.

Geen nieuw team, maar een uitbreiding van huidig extern advies

Ook op dit moment maken de consulenten Wmo en WWB al gebruik van extern advies via indicatieadviseurs. De nieuwe taken vragen om een aanvulling van expertise. Het Expertteam kan zowel op lokaal als op regionaal niveau georganiseerd worden. We onderzoeken op dit moment de verschillende opties.

3.6 Nadere uitwerking sluitende aanpak

In de nieuwe structuur kennen we twee overkoepelende netwerken:

1. Sluitende Aanpak Volwassenen (SAV): voorheen Sluitende aanpak / lokaal team huiselijk geweld
2. Sluitende Aanpak Jeugd (SAJ): voorheen het CJG-overleg en het GOSA overleg

Er is één coördinator Sluitende Aanpak Volwassenen (SAV) en één coördinator Sluitende Aanpak Jeugd (SAJ). Deze werken beide onder gemeentelijke verantwoordelijkheid en werken nauw samen in het netwerk multiproblematiek zodat niemand buiten de boot valt. De sluitende aanpak werkt met verschillende aandachtsgebieden, zoals huisuitzetting en huiselijk geweld. Wanneer er sprake is van huiselijk geweld of kindermishandeling, dan wordt dit besproken in het lokaal team huiselijk geweld, dat onderdeel uitmaakt van de sluitende aanpak.

Voor inwoners/ gezinnen met problemen op meerdere leefgebieden tegelijk, zorgen we dat er één arrangement gemaakt wordt waar alle elementen in staan: dat wat de personen zelf kunnen doen, dat wat vanuit lichte ondersteuning geboden kan worden en welke individuele ondersteuningsvoorzieningen er op bepaalde leefgebieden voor bepaalde gezinsleden dan nog nodig zijn. In dit plan wordt ook vastgelegd wie als 'regisseur' verantwoordelijk is voor de aansturing en de voortgang van alle ondersteuning. De regisseur kan in principe een professional of vrijwilliger zijn. Echter, specifiek voor gezinnen/ cliënten met complexe, zware, meervoudige problematiek kiest het afstemmingsoverleg van de 'Sluitende Aanpak' een geschikte regisseur.

De coördinator SAJ of SAV grijpt in wanneer het proces stagneert en/ of partijen hun afspraken niet nakomen. Hij/ zij zorgt er voor dat het proces goed blijft lopen en spreekt zo nodig betrokkenen aan indien de ondersteuning of hulp aan het gezin stagneert.

Werkwijze

De werkwijze en de bevoegdheden van de teams worden vastgelegd in het handboek sluitende aanpak (2014). Het team sluitende aanpak wordt ingezet op vraag van de eerstelijns ondersteuners of de consulenten bij multiproblematiek. We spreken hiervan als zich in één huishouden meerdere problemen voordoen op verschillende levensgebieden. Als zowel de ouders als de kinderen in een gezin ondersteuning nodig hebben, dan wordt de ondersteuning afgestemd in het overleg sluitende aanpak volwassenen.

Het team maakt een plan van aanpak voor de inzet vanuit verschillende disciplines. De coördinator houdt toezicht op de uitvoering, eventuele aanpassingen en de afronding van het plan van aanpak.

3.7 Het AMHK

Met zorgen en vragen over kindermishandeling kan men momenteel terecht bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) in Rotterdam. Op dit moment is Lansingerland aangesloten bij het Advies en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG) Rotterdam en omstreken. Iedereen die te maken krijgt met huiselijk geweld kan bij het Steunpunt terecht. Dit is de feitelijke situatie, want formeel valt Lansingerland onder de centrumgemeente Delft en zouden wij dus aangesloten moeten zijn bij het ASHG Delft.

Op dit moment overweegt men deze twee functies samen te brengen onder één AMHK: Advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling. De taak is ondergebracht in de Wmo. Er is nog veel discussie over de voor- en nadelen van een samenvoeging. Een definitief besluit moet nog genomen worden bij de vaststelling van de Wet op de Jeugdhulp en de Wet maatschappelijke ondersteuning.

4 Sturing, subsidies en inkoop

4.1 Hoe gaan we sturen?

De decentralisaties Jeugd, AWBZ/ Wmo en Participatiewet worden uitgevoerd met toepassing van een efficiencykorting. Dit betekent dat de gemeente geacht wordt effectiever en efficiënter zorg in te zetten. Lansingerland moet met verhoudingsgewijs minder geld en meer taken haar opgaven zien te vervullen. Dit heeft tot gevolg dat Lansingerland moet zoeken naar een slimme rolinvulling. De gemeente is verplicht om zorg te dragen voor een maatwerkvoorziening voor cliënten die zorg nodig hebben, op zoek zijn naar werk of met een hulpvraag komen. Dit lijkt een paradox, immers efficiëntie wordt normaliter in een adem genoemd met standaardisering. Het is aan de gemeente echter de opdracht om maatwerk te leveren voor minder geld.

4.2 Sturing op financiën: hoe blijven we binnen het budget?

De gemeente kan op verschillende manieren gebruik maken van het uitvoeren van taken door derden.

4.2.1 *Wijze van contracteren is ondersteunend aan te leveren prestaties door partners*

De gemeente heeft de keuze om in te kopen of diensten te subsidiëren. Lansingerland heeft met de nota Sterke Samenleving, Ondersteunende Overheid vastgelegd welke doelen zij door middel van subsidiëring wil bereiken. Daarin is al enigszins vooruitgelopen op de taken die overkomen en het feit dat de druk op vrijwillige zorg, mantelzorg en eerste lijns voorzieningen enorm zal toenemen. Daarom is gekozen voor een koers waarbij activiteiten van zelfredzame burgers niet meer worden gesubsidieerd en het geld wordt ingezet voor kwetsbare burgers. De eerste lijns ondersteuning willen we via subsidiëring organiseren. Daarnaast dient onderzocht te worden of vormen van ketenzorg ook gesubsidieerd moeten worden. We sturen in deze gevallen immers op duurzame relaties met onze zorgpartners en andere maatschappelijke organisaties. Grotendeels gaat het dan echter om een coöperatieve werkhouding die hoort bij professionals en dus niet separaat gefinancierd hoeft te worden. Dankzij duurzame relaties kennen partijen elkaar en zoeken zij elkaar op om –zo nodig - samen maatwerk te kunnen bieden voor de zelfredzaamheid en participatie van onze inwoners. Inkoop veronderstelt concurrentie en minder samenwerking waardoor subsidiëring meer voor de hand ligt. Subsidie zal in alle gevallen wel gepaard moeten gaan met stevige afspraken over te leveren prestaties en de te bereiken effecten.

Tegelijkertijd zal de gemeente de zorg voor intensievere specialistische en regionaal georiënteerde zorg, zeker waar het grote groepen betreft, inkopen. We sturen in deze gevallen wel op concurrentie tussen zorgleveranciers en andere maatschappelijke organisaties omdat concurrentie de aanbieders scherp houdt om kwaliteit te leveren tegen de laagste kostprijs en samenwerking tussen partners minder voor de hand ligt. Om de kwaliteit van deze zorg te monitoren zijn scherpe eisen nodig vanuit de gemeente over de te leveren zorg. Omdat de invulling van de activiteiten en voorwaarden en verplichtingen strakker zal zijn dan bij een subsidiepartner is inkoop met het oog op deze kwetsbare doelgroep logischer, en met het oog op de gestelde kwaliteitseisen, noodzakelijk. De wijze van inkoop moet echter wel flexibel zijn omdat de transitie onzeker is en inkoop anders mogelijke innovaties of wijzigingen in beleid in de weg zit.

4.2.2 *Bestuurlijk aanbesteden*

Mogelijk kunnen we een aantal diensten aanbesteden als 2B dienst. Deze manier van aanbesteden heeft beduidend minder vormverplichtingen dan Europees aanbesteden.

De nieuwe wet (Bao vervangen door Aanbestedingswet- en besluit 2012) stelt slechts twee eisen:

- Transparant, gelijkheidsbeginsel en non discriminatoir
- Achteraf publiceren

Om het mogelijk te maken om flexibel aan te besteden en tegelijkertijd aansluiting te hebben bij ontwikkelingen is bestuurlijk aanbesteden de meest voor de hand liggende optie. Bij bestuurlijk aanbesteden wordt via onderhandelingen met zorgleveranciers levering van zorg gecontracteerd. De opvatting die ten grondslag ligt aan bestuurlijk aanbesteden is dat er sprake is van wederzijdse afhankelijkheid tussen opdrachtgevende overheid en (zorg-)aanbieders. Beide partijen hebben de ander nodig om de eigen doelstellingen te kunnen realiseren. In markten die gekenmerkt worden door hoge specifieke investeringen, complexe diensten aan cliënten en veelvuldige contacten tussen aanbieder en consument pleit bestuurlijk aanbesteden voor ‘relationele contracten’. In bestuurlijk aanbesteden krijgen die vorm in een onderhandelingsproces tussen opdrachtgever en aanbieders, waarbij (vertegenwoordigers van) afnemers van de diensten betrokken zijn ter maatschappelijke legitimatie van het afsprakenkader dat tot stand komt. Er wordt onderhandeld met een beperkt aantal aanbieders die voldoen aan een aantal transparante criteria. Bestuurlijk aanbesteden leidt daardoor tot een groter draagvlak van participerende partijen, ook omdat de prijs gedeeltelijk bepaald wordt op basis van inzicht in de bedrijfsvoering van de verschillende partijen.

Deze –voor gemeenten betrekkelijk nieuwe- vorm van aanbesteden wordt op dit moment nader onderzocht. Lansingerland werkt reeds met deze werkwijze bij Hulp bij het Huishouden.

4.2.3 Risicospreiding door inkoop in regio-verband

De regionale samenwerking is van essentieel belang om financiële risico's te kunnen spreiden. Vaak gaat het bij de specialistische voorzieningen maar om een paar mensen uit Lansingerland, maar dit zijn wel de meest dure voorzieningen. Zo kan een opname in een instelling voor complexe jeugdpsychiatrie al snel €100.000 kosten. Ook specialistische voorzieningen voor meervoudig lichamelijk gehandicapt en ondersteuning van mensen met een niet-aangeboren hersenletsel en plekken in jeugdgevangenissen bijvoorbeeld kunnen behoorlijk op het budget drukken als Lansingerland dit in haar eentje zou willen regelen. Dat risico kunnen we niet lopen en daarom werken we voor deze specialistische ondersteuning samen in regionale verbanden. In de volgende drie paragrafen staat welke voorzieningen in regionaal verband en welke in lokaal verband zullen worden georganiseerd.

Als het gaat om specialistische jeugdhulp, dan werken wij samen met de gemeenten binnen de Stadsregio Rotterdam. Voor de hulp die we lokaal organiseren verkennen we met onze subregio in de regio Rijnmond (Krimpen aan den IJssel en Capelle aan den IJssel) en met onze buurgemeenten Pijnacker-Nootdorp en Zoetermeer. Voor de Wmo wordt vooral voor de groep 18-67 jaar, de potentiële beroepsbevolking, gekeken naar samenwerkingsmogelijkheden met Pijnacker-Nootdorp en Zoetermeer, vanwege de samenhang met de arbeidsmarktregio. Mogelijk worden hierover ook in regionaal verband afspraken gemaakt, dus in de totale regio Haaglanden inclusief Lansingerland. Ook mogelijke samenwerking op onderdelen in de regio Rotterdam voor de Wmo wordt nog onderzocht. Voor de groep 67+ wordt zoveel als mogelijk op lokaal niveau georganiseerd, maar indien nodig wordt in subregionaal verband samen opgetrokken met Pijnacker-Nootdorp en Zoetermeer. Daarnaast kan gekeken worden naar samenwerking met de zorgverzekeraar, zie 4.9.

4.3 Inkoop Wmo

Mogelijkheden voor inkoop van maatschappelijke ondersteuning zijn:

- Op lokaal niveau inkopen (inkoop of subsidie) en uitvoeren
- Op regionaal/ bovenlokaal niveau inkopen en (boven)lokaal uitvoeren
- Op regionaal niveau inkopen en regionaal uitvoeren

Zeker voor individuele ondersteuning heeft lokale uitvoering de voorkeur (opties A en B). Voor meer specialistische ondersteuning, ondersteuning waarbij het gaat om een zeer klein volume en/ of ondersteuning waarbij de financiële risico's groot zijn omdat het gaat om dure trajecten, ligt het meer voor de hand om regionaal samen te werken. Om die samenwerking vorm te geven kan gekozen worden voor een gemeenschappelijke regeling, een centrumgemeentestructuur of een convenant bijvoorbeeld. Binnen de regio Haaglanden worden de mogelijkheden onderzocht. In elk geval vraagt regionale samenwerking om bepaalde uniformiteit tussen gemeenten, een model van risicodeling en mogelijk aansturing van één inkooporganisatie.

Om te onderzoeken welke vormen van begeleiding specialistisch zijn, is een onderzoek uitgevoerd in de regio DWO (Markt dialoog) en een analyse gemaakt door de werkgroep specialistische zorg AWBZ in de regio Haaglanden. Hieruit is voorlopig geconcludeerd dat een aantal groepen kunnen worden aangemerkt als specialistisch:

- Zintuiglijk gehandicapten, auditief of visueel (vanwege beperkte omvang per gemeente); een voorbeeld is (oudere) vroegdoven of plotsdoven.
- Cliënten met complexe NAH (niet aangeboren hersenletsel);
- Jonge adolescenten met autisme;
- Meervoudig complex gehandicapten (dubbele diagnose);
- Enkelvoudig, zwaar lichamelijk of verstandelijk gehandicapt (zwaar LG of VG).

Voor de vraag of de begeleiding van deze groepen dan ook regionaal geregeld moet worden is ook van belang hoe groot het volume is, of het dure trajecten betreft en hoeveel aanbieders er in de regio zijn. Vooral nog is in de regio Haaglanden geconcludeerd dat alleen de begeleiding voor zintuiglijk gehandicapten en kortdurend verblijf in elk geval regionaal moet worden ingekocht en dat voor de groepen NAH complex, jonge adolescenten met autisme, meervoudig complex gehandicapten en enkelvoudig maar zwaar lichamelijk of verstandelijk gehandicapten nader onderzocht moet worden of de zorg voor deze groepen regionaal of sub-regionaal moet worden ingekocht. Voor beschermd wonen is vooral nog opgemerkt dat er geen groep te onderscheiden is die zeer specialistisch is en dus regionaal georganiseerd zou moeten worden.

4.4 Inkoop Jeugdhulp

Zoals in hoofdstuk 3 is aangegeven is voor jeugdhulp besluitvorming geweest over welke opgaven we lokaal en welke opgaven we regionaal oppakken. Op het gebied van inkoop is besloten om de collectieve en binnenwijkse voorzieningen lokaal in te kopen en de buitenwijkse voorzieningen regionaal. In deze paragraaf wordt beschreven wat we hieronder verstaan.

Basishulp

Onder basishulp verstaan we elke vorm van professionele begeleiding bij de verzorging, opvoeding en ontwikkeling van jeugdigen die vrij toegankelijk is voor de doelgroep en die per afzonderlijke voorziening kan verschillen. Deze basishulp is nodig om gezinnen al in een vroeg stadium ondersteuning te bieden zodat meer specialistische hulp kan worden voorkomen. Voorbeelden van basishulp zijn:

- Schoolmaatschappelijk werk
- Algemeen maatschappelijk werk.
- Jeugd- en jongerenwerk
- Jeugdgezondheidszorg
- Home-Start
- Maatjesproject
- Thuisadministratie
- Sociale vaardigheidstrainingen
- Welzijnswerk Lansingerland



Binnenwijkse voorzieningen

Onder binnenwijkse voorzieningen verstaan we: elke vorm van één op één hulp waarbij de hulpverlener participeert in het dagelijks leven van het gezin en thuis, op school of in een andere voor de cliënt bekende omgeving ondersteuning biedt'.

De meeste hulp gaan we als gemeente zelf inkopen of subsidiëren. Daar waar het efficiënter is om samen in te kopen/ subsidiëren gaan we dit verkennen met onze buurgemeenten.

Buitenwijkse voorzieningen

Onder buitenwijkse voorzieningen verstaan we: elke vorm van één op één hulp die niet verweven is met het dagelijks leven van het gezin en geboden wordt in een omgeving die voor de cliënt (aanvankelijk) onbekend is.

Onder buitenwijkse voorzieningen verstaan we:

- Residentiële zorg
- Pleegzorg
- Gesloten jeugdhulp (jeugdzorg plus)
- Jeugdreclasseringsmaatregelen
- Jeugdbeschermingsmaatregelen
- Forensische zorg
- Zeer gespecialiseerde dagbehandeling
- Specialistische en topklinische zorg Jeugd GGZ
- Jeugd VB: dagbehandeling en residentiële zorg voor jongeren met een verstandelijke beperking

Deze hulp gaan we organiseren met 16 gemeenten in de regio Rijnmond. Op het moment van schrijven moet nog besluitvorming plaatsvinden over de samenwerkingsvorm. De verwachting is dat dit geregeld wordt in een Gemeenschappelijke Regeling.

In dit 3D plan noemen we 'binnenwijken' een lokale voorziening en 'buitenwijken' een regionale voorziening.

4.4.1 Transitiearrangement Jeugdhulp

Gemeenten waren verplicht om voor 31 oktober 2013 een regionaal transitiearrangement op te stellen na overleg met zorgaanbieders. In dit arrangement moest worden aangegeven hoe gemeenten de volgende zaken gaan regelen:

- a) Het garanderen van de continuïteit van zorg. Cliënten die een indicatie hebben voor zorg die doorloopt in 2015, hebben het recht om deze zorg in 2015 te blijven ontvangen van dezelfde aanbieder.
- b) Het organiseren van de benodigde infrastructuur om de continuïteit te bieden.
- c) De frictiekosten die als gevolg van de transitie kunnen ontstaan te beperken.

Op 22 oktober is het transitiearrangement van de regio Rotterdam, vastgesteld door het college van Lansingerland (U13.19855) en op 31 oktober via de regio opgestuurd naar het rijk en lokaal ter kennisname naar de raad gestuurd.

4.5 Inkoop Participatie

De Participatiewet verbreedt de opdracht van de gemeente om re-integratie en participatie te bewerkstelligen. De eigen kracht van uitkeringsgerechtigden staat centraal, maar daar waar iemand niet zelf in staat is om uitstroom uit de uitkering te bewerkstelligen, bestaat aanspraak op ondersteuning door

de gemeente. De gemeente levert deze ondersteuning door voorzieningen aan te bieden die worden bekostigd vanuit het Participatiebudget.

Inkoop door de gemeente

Het voorzieningenaanbod is divers. Van oudsher worden deze voorzieningen ingekocht. Dit geldt voor voorzieningen op het gebied van scholing en activering en voor de inkoop van re-integratietrajecten. Ook bij de vormgeving van de werkgeversbenadering is in veel gevallen sprake van inkoop van menskracht of van de inhuur van commerciële partijen.

Ook onder de Participatiewet zal een wezenlijk deel van de dienstverlening worden ingekocht. Hierbij zijn gemeentelijke, landelijke en Europese aanbestedingsregels van belang. Inkoop moet plaatsvinden met toepassing van deze regels.

Subsidiëring

Zeker daar waar sprake is van het bevorderen van de participatie van burgers, zal uitvoering van taken door te subsidiëren partijen in belang toenemen. Het bieden van begeleiding bij dagbesteding, het begeleiden van beschermd werken en het uitvoeren van vrijwilligerswerk door mensen met een uitkering op grond van de Participatiewet kan plaatsvinden via een subsidierelatie. In de Subsidiebeleidsregels 2015 kunnen we doelstellingen op dit terrein formuleren. Er kunnen hier goede succesvolle verbindingen tussen de decentralisatie in het Wmo-domein en de decentralisatie aan de onderkant van de arbeidsmarkt gerealiseerd worden.

Regionale samenwerking

De regionale samenwerking wordt steeds belangrijker op het terrein van werk en inkomen. De Wet SUWI vereist dat er goede samenwerking plaatsvindt tussen het UWV en de gemeenten in de regio voor wat betreft de werkgeversbenadering. Ook is steeds vaker zichtbaar dat extra middelen (bijvoorbeeld voor de bestrijding van Jeugdwerkloosheid en voor ESF-subsidies) op de schaal van de arbeidsmarktregio moeten worden aangevraagd.

We zetten in op samenwerking bij de inkoop van voorzieningen binnen de arbeidsmarktregio Zuid-Holland Centraal (met als centrumgemeente Zoetermeer). Hierbij staan we positief tegenover uitbreiding van de schaal waarop we werken door een positieve houding ten opzichte van de samenwerking met de arbeidsmarktregio Haaglanden (met als centrumgemeente Den Haag). In de praktijk is de verbinding tussen beide Arbeidsmarktregio's al goed georganiseerd. Hierbij speelt het Regionaal Platform Arbeidsmarktbeleid Haaglanden/ Zuid-Holland Centraal (RPA) een belangrijke rol.

4.6 Inkoop door de klant: het PGB

Het is ook mogelijk de cliënt zelf de regie te geven over de inkoop voor zijn ondersteuning via een persoonsgebonden budget (PGB).

De voorlopige wettekst Wmo 2015 zegt daarover:

Indien de klant dit wenst kan de gemeente hem een budget verstrekken voor de inkoop van zijn maatwerkvoorziening. Dit geldt voor zowel volwassenen als voor (ouders van) jeugdigen. De gemeente moet vooraf de klant in begrijpelijke taal uitleggen dat er een keuze is tussen ondersteuning in natura en een (persoonsgebonden) budget. Ook moet de gemeente de klant uitleggen wat de gevolgen van de keuze voor een budget zijn.

Niet iedereen die een maatwerkvoorziening aanvraagt heeft de keuze tussen ondersteuning in natura en een budget. Een budget wordt alleen verstrekt indien:

- de klant in staat geacht wordt de bijbehorende taken op verantwoorde wijze uit te voeren;

- de klant zich gemotiveerd op het standpunt stelt dat hij de voorziening niet wenst geleverd te krijgen door een aanbieder;
- de voorzieningen van goede kwaliteit zijn

Voor de nieuwe Jeugdwet geldt: een belangrijk uitgangspunt van het wetsvoorstel is dat de jeugdige en zijn ouder een individuele voorziening 'in natura' krijgen, maar dat er wel de mogelijkheid bestaat om een PGB aan te vragen als hier behoefte aan bestaat. Daar worden ook een aantal voorwaarden aan verbonden:

- Zo moet een jeugdige en zijn ouder kunnen aantonen dat zij over voldoende vaardigheden beschikken om zelf zorg in te kopen;
- De jeugdige en zijn ouder moeten kunnen onderbouwen waarom zij de zorg niet 'in natura' willen ontvangen;
- De ingekochte zorg moet voldoen aan kwaliteitseisen

4.6.1 Motieven voor het kiezen voor een budget

In het algemeen kiezen mensen voor een budget in plaats van een in natura-verstrekking om drie redenen:

- Je houdt als klant zelf de regie. Dit past goed bij de filosofie van de eigen kracht. Het biedt de klant de mogelijkheid om invloed uit te oefenen op de kwaliteit, de beschikbaarheid en de afstemming met andere vormen van ondersteuning.
- De hulp is in natura niet beschikbaar of te duur. Het gaat dan bijvoorbeeld om onplanbare zorg, sectoroverschrijdende zorg, om een combinatie van meerdere soorten van hulp of hulp op meerdere locaties achter elkaar (bijvoorbeeld werk en thuis).
- Iemand uit de naaste omgeving kan de hulp bieden. Vanuit verschillende perspectieven kan dit doelmatiger zijn dan de inzet van professionele hulp.

4.6.2 Budget niet in de vorm van een geldbedrag

De afgelopen jaren zijn er een aantal fraudezaken en onrechtmatigheden aan het licht gekomen bij de inzet van een PGB. Vooral tussenpersonen bleken zich wel eens te verrijken aan deze vorm van financiering. Ter voorkoming van dergelijke misstanden kan in de nieuwe Wmo geen geldbedrag meer aan de klant worden verstrekt. Indien op verzoek van de klant besloten wordt tot een budget, dan zal de Sociale Verzekeringsbank namens de gemeente betalingen doen aan degene die de aanvrager heeft ingeschakeld voor zijn ondersteuning. Dat kan alleen nadat de gemeente getoetst heeft of door de aanbieder aan de gestelde voorwaarden is voldaan.

In de Jeugdwet is gekozen voor een trekkingsrecht. Dit betekent dat het college de betalingen voor de geleverde zorg verricht en dat budgethouders dus het budget niet op eigen rekening gestort krijgen. Ten slotte zal iedere gemeente in haar verordening de gronden waarop een jeugdige of zijn ouder in aanmerking komt voor een PGB moeten beschrijven.

4.6.3 Mogelijkheden voor een doelmatiger maatwerkvoorziening

In een aantal gevallen kan het gebruik van een budget in plaats van ondersteuning in natura minder efficiënt zijn. Daarom kan de gemeente ervoor kiezen dat voor onderdelen van de maatwerkvoorziening geen budget wordt verstrekt. In de verordening moet worden aangegeven om welke voorzieningen het gaat. Soms ook kan het efficiënter zijn om de ondersteuning te betrekken van een persoon die dit niet beroepsmatig doet. De verordening moet aangeven in welke gevallen en onder welke voorwaarden het budget daartoe ingezet kan worden. (zie ook Betaling van niet-professionals)

4.6.4 *Betaling van niet-professionals*

Soms is het efficiënter om niet-professionals te zetten voor de ondersteuning, bijvoorbeeld bij een behoefte aan een 24-uurs beschikbaarheid van ondersteuning op afroep. De gemeente kan ervoor kiezen om in sommige gevallen niet-professionals financieel voor hun diensten te belonen. Dit moet echter beperkt blijven tot die gevallen waarin dit aantoonbaar tot betere en effectievere ondersteuning leidt. De gemeente kan differentiatie aanbrengen voor de financiering van professionele en niet-professionele ondersteuning.

4.6.5 *Uitsluiting van keuze voor budget*

Sommige personen zijn uitgesloten van de keuze voor een budget. Voor jeugd wordt geen budget verstrekt aan:

- een minderjarige die een kindbeschermingsmaatregel of jeugdreclassering heeft opgelegd gekregen;
- een jeugdige die is opgenomen in een gesloten accommodatie met een machtiging op grond van de Jeugdwet.

De gemeente kan aangeven dat zij sommige mensen niet in staat acht om op verantwoorde wijze de taken uit te kunnen voeren die bij een budget horen. Het gaat om mensen die:

- wilsonbekwaam zijn;
- niet over voldoende organisatie- en regelvermogen en verantwoordelijkheidsbesef beschikken;
- niet over voldoende inzicht beschikken door dementie, een verstandelijke handicap, of ernstige psychische problemen, schuldenproblematiek of een eerder onjuist gebruik van een PGB.

4.7 Samenwerking met zorgverzekeraar

Een aantal functies die vanuit de AWBZ overkomen naar de gemeenten vallen nauw samen met een aantal functies die overgaan naar de zorgverzekering. Nog niet duidelijk is of persoonlijke verzorging naar de gemeente komt of naar de zorgverzekeraar gaat. In elk geval gaat verpleging naar de zorgverzekeraar en dit wordt nu in de praktijk vaak binnen één pakket aangeboden met verzorging. Indien persoonlijke verzorging dus naar de gemeente gaat, moet goed worden afgestemd of mogelijk zelfs gezamenlijk worden ingekocht met de zorgverzekeraar. Ook begeleiding, huishoudelijke hulp of andere Wmo-ondersteuning kan samenvallen met verzorging of verpleging. Als iemand in de toekomst meerdere functies geïndiceerd krijgt moet dus goed worden afgestemd. De wijkverpleegkundige, die wordt gefinancierd vanuit de zorgverzekeraar, kan hier een rol in spelen. Ook een aantal functies, zoals huisartsenzorg, medisch specialisten, psychologische of psychiatrische hulp bij volwassenen, worden bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet.

Vanwege deze vormen van samenhang moet de gemeente samenwerkingsafspraken maken met de zorgverzekeraar. Ook dit is voor Lansingerland een lastige keuze. De preferente zorgverzekeraar (het grootste aantal verzekerden) is voor Lansingerland Zilveren Kruis/ Achmea (exclusief Bleiswijk, dat onder CZ valt). De AWBZ-zorg ligt echter bij het zorgkantoor DWO, dat valt onder zorgverzekeraar DSW. De gemeente voert momenteel zowel met Zilveren Kruis/ Achmea als DSW verkennende gesprekken over mogelijkheden tot samenwerking.

Zowel voor de Wmo, de Participatiewet als voor de Jeugdwet is afstemming gewenst met de preferente zorgverzekeraar voor de eerstelijns zorg en met het zorgkantoor, dat verantwoordelijk is voor de taken

die onder de kern-AWBZ komen te vallen om het risico op afwenteling te voorkomen en om een zorgcontinuüm te garanderen. Het gaat om de volgende zaken:

- *Verwijzing door huisarts naar jeugdhulp*

Met zorgverzekeraar Achmea willen we afspraken maken over de huisartsenzorg in relatie tot jeugdhulp. Zo kan de huisarts in de jeugdhulp verwijzen naar specialistische vormen van zorg. Als deze verwijzing niet afgestemd wordt met de consulenten Jeugd (de toegangspoort), verliest de gemeente de regie op het budget. De drempel tot tweedelijns ondersteuning is juist bij de gemeente gelegd om grip te houden op de soort en de omvang van de ondersteuning. Hierover moeten afspraken gemaakt worden met de verzekeraar en de huisartsen.

- *De inkoop van Jeugd-GGZ.*

De budgetten en de taak om jeugd-GGZ in te kopen gaan over van de zorgverzekeraars naar gemeenten. De zorgverzekeraars hebben op landelijk niveau aangegeven dat zij de GGZ (voorlopig) willen inkopen onder regie van gemeenten. Op dit moment wordt op landelijk niveau gesprekken gevoerd hierover met het Rijk, zorgverzekeraars en VNG.

- *Inzet en aansturing wijkverpleegkundige*

Daarnaast willen we afspraken maken over de inzet van de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige is de schakel tussen het medische en het sociale domein, vooral waar het gaat om cliënten die verpleging en verzorging nodig hebben. Daar komen thuiszorgorganisaties achter de voordeur en het idee is dat de wijkverpleegkundige een coördinerende dan wel indicerende rol krijgt. Daarom wordt deze functie in een aantal gemeenten 'De zichtbare schakel' genoemd. Het voornemen van de regering is om de wijkverpleegkundige onder te brengen in de Zorgverzekeringswet. Daar heeft de gemeente geen invloed op. De wijkverpleegkundige kan voor netwerkpartners een zeer gewenste schakel zijn naar de huisarts. Deze heeft immers niet (altijd) de ruimte om met hen in gesprek te gaan, terwijl afstemming tussen het medische en het sociale domein soms zeer gewenst en effectief is. Daar kan de wijkverpleegkundige een rol spelen.



De wijkverpleegkundige wordt ingezet als 'ogen en oren van de wijk'. Er zijn in Lansingerland al diverse Wmo-partners die dezelfde rol hebben. Denk bijvoorbeeld aan de ouderenadviseurs. Dit blijft ook nodig want het aantal fte voor de nieuwe wijkverpleegkundige zal in Lansingerland niet veel groter zijn dan 1 of 2, dus de wijkverpleegkundige kan niet alles zien en horen. We zien het dus als een aanvulling op het gemeentelijk beleid. Wel is belangrijk dat bestaande netwerkpartners contact onderhouden met de wijkverpleegkundige en zo in alle stadia van ondersteuning die nodig is, elkaar goed weten te vinden en goed kunnen schakelen. Er moet geen risico gecreëerd worden dat zaken op elkaar afgewenteld worden. Daarom zullen we met de zorgverzekeraar ook afspraken maken over inzet en aansturing van de wijkverpleegkundige.

- *De grens tussen Wmo en AWBZ*

Alle inwoners van Lansingerland vallen voor de AWBZ-zorg onder het zorgkantoor DWO. Dat zal in 2015 en misschien langer zo blijven. Er zijn taken die op het grensvlak van de Wmo en de AWBZ liggen. Met de voorschrijdende scheiding van wonen en zorg, verschuiven er steeds meer taken richting gemeente. Nu al wordt duidelijk dat er steeds moeilijker een indicatie gegeven wordt voor verpleeghuiszorg in schrijnende gevallen. Het zorgkantoor DWO wil afspraken maken met de afzonderlijke gemeenten over (al dan niet gezamenlijke) taken en verantwoordelijkheden. Zij denken hierbij aan een convenant.

5 Informatietechnologie en contractmanagement

De decentralisaties vormen een uitgelezen kans om verbanden te leggen tussen de Wmo/ Awbz, jeugdhulp en werk en inkomen. De ambitie van '1 gezin, 1 plan, 1 regisseur', moet behalve in de uitvoering, ook in de informatietechnologie goed geregeld worden. Zeker als meerdere partijen betrokken zijn, waaronder de gemeente en de ketenpartners. Hierbij moet nog wel goed gekeken worden naar de privacy, want gegevens mogen niet zomaar uitgewisseld worden. Dit wordt in de implementatiefase nader onderzocht.

Een belangrijke gedachte bij de decentralisaties is de integrale aanpak en het versterken van de zelfredzaamheid van de burger. Om dit te realiseren wordt de regierol en -verantwoordelijkheid van gemeenten als meest nabije (en logische) overheid versterkt. Goede informatietechnologie is een belangrijke ondersteunende functie bij de transitie tot het vormen van 1 sociaal domein. Dit om (1) de vraag naar ondersteuning te dempen, (2) professionals sneller de juiste informatie te laten verzamelen en (3) de vraag naar en het aanbod van zorg in kaart te brengen om inkoop te ondersteunen.

1) Goede informatievoorziening helpt mensen problemen zelf op te lossen

De meeste burgers kunnen zichzelf (of met een beetje hulp) redden met de informatie over allerlei onderwerpen, met verhalen en tips van anderen, met specialistische websites, met informatie van aanbieders van goederen en diensten en met buurtinformatie. Een goede informatievoorziening kan op die manier vragen afvangen. En dat scheelt tijd en geld. Dit betekent een doorontwikkeling op het gebied van digitalisering van het Wmo-loket en tegelijkertijd een doorontwikkeling van de gemeentelijke website op het gebied van de Wmo en/ of het positioneren van maatschappelijke partners in de eerste lijn als (digitale) vraagbaak. Daarnaast kunnen door de match van vrijwilligers met kwetsbare inwoners de mogelijke oplossingen fors worden uitgebreid. Een van de gemeentelijke verantwoordelijkheden op het terrein van de Wmo is het ondersteunen van mantelzorgers. Die ondersteuning kan uiteraard ook digitaal plaatsvinden, zoals in de gemeente Lansingerland al gebeurt door middel van bijvoorbeeld websites als www.hulpinjebuurt.nl, opgezet door Welzijn Lansingerland. De gemeente wil het ontwikkelen van zorgmatching stimuleren, bijvoorbeeld in de vorm van marktplaats- of prikboardachtige platforms waar vraag en aanbod samen worden gebracht. Het kan gaan om vraag naar hulp bij het behangen tot het aanbod om boodschappen te doen, vervoer naar het ziekenhuis te leveren etcetera. Kortom, nieuwe methoden met als doel het bij elkaar brengen van vraag en aanbod op het gebied van burenhulp, vrijwillige thuishulp en vrijwillige mantelzorgondersteuning. Op deze manier kan de aanvraag aan de gemeente om individuele voorzieningen als huishoudelijke hulp of verzorging, achterwege blijven of worden uitgesteld. Bovendien stelt de informele hulp individuen in staat om langer zelfstandig te blijven (wonen).

2) Informatietechnologie helpt professionals efficiënter en effectiever te werken

Indien een burger toch zorg nodig heeft op professionele basis is het van belang om de vraag van de burger efficiënt en effectief te beantwoorden. Daarbij is het van belang om een onderscheid te maken tussen eenvoudige hulpvragen en meervoudige hulpvragen die meerdere domeinen raken.

Registratie van de enkelvoudige hulpvragen

Voor eenduidige, enkelvoudige hulpvragen blijven de huidige werkprocessen van kracht en ook de huidige registratiesystemen. Waar er geen sprake is van meervoudige problematiek en deze problematiek ook niet te verwachten is op korte termijn is het inefficiënt om meer uit te vragen en te registreren dan noodzakelijk om een inwoner te ondersteunen. Het zijn voornamelijk vragen die alleen afzonderlijk het domein Wmo, Jeugd of Werk en Inkomen raken.

Registratie van de meervoudige hulpvragen

Voor maatwerk (complexe of meervoudige ondersteuning met regievoering door een regisseur) zal er gebruik gemaakt worden van een arrangement. Er wordt gewerkt vanuit '1 gezin, 1 plan'. Elke burger heeft één intake waarbij één arrangement wordt samengesteld. Indien later nieuwe hulpvragen ontstaan worden die aan het dossier toegevoegd. Ook wanneer er sprake is van een huishouden met meerdere (zorg)vragen wordt er één digitaal arrangement samengesteld. In elk arrangement zitten naast duurdere componenten, ook vormen van lichte ondersteuning en afspraken over wat de burger zelf gaat doen. Op deze manier worden verschillende vormen van ondersteuning effectiever en efficiënter ingezet. Alle informatie die van belang is voor het gezin of de persoon kan in het digitale arrangement. Een gebruikersvriendelijk klantvolgsysteem gekoppeld aan het arrangement is onontbeerlijk voor de instanties die gezamenlijk werken om een antwoord te geven op de hulpvraag van de burger.



Voor de regierol van de gemeente is het noodzakelijk inzicht te hebben in elk dossier en alle betrokken ondersteuners (professionele en informele zorg). Voor de regierol is het tevens noodzakelijk dat de regisseur de voortgang van de hulpverlening bewaakt en er met de diverse ondersteuners (professioneel en informeel) en de burger kan worden gecommuniceerd en dat deze acties digitaal worden vastgelegd. Op dit moment gebeurt dit in Lansingerland al in CJG-verband.

Nogmaals is het hierbij van belang dat rekening wordt gehouden met de privacywetgeving. Een manier om hier mee om te gaan is in elk geval om toestemming te vragen aan de cliënt zelf om gegevens te mogen uitwisselen. Feitelijk is een integrale aanpak voor hem of haar zelf natuurlijk van belang. Daarnaast kan de burger zelf toegang krijgen tot zijn of haar digitaal (gezins)dossier. Met behulp van deze 'toegang' kan de burger waar en wanneer mogelijk zelf regie voeren. Desgewenst kan een mantelzorger door de burger gemachtigd worden van deze toegang gebruik te maken (bijvoorbeeld zelf afspraken plannen en combineren en het voeren van persoonlijk budgetbeheer). De burger ziet welke ondersteuning wordt gegeven en welke informele zorg wordt georganiseerd door zijn/haar sociale omgeving. De burger ziet daarnaast ook welke informatie over hem/haar/het gezin uitgewisseld wordt tussen de gemeente en ondersteunende instanties.

3) *Een goed registratiesysteem is ondersteunend bij de inkoop van voorzieningen en het contractmanagement met leveranciers.*

Zonder regie geen afstemming in de ondersteuning en mogelijk ook problemen met betrekking tot de realisatie van de financiële taakstellingen. Een goed registratiesysteem is noodzakelijk om lokaal in te kopen en tarieven te bepalen, maar ook om regionale inkoop mogelijk te maken. De gemeente zal uitvoering moeten geven aan (jeugd)zorg en werk tegen lagere kosten. Dit zal niet alleen behaald worden door goede afspraken te maken met zorgleveranciers, maar ook door een sterke monitoring op het terugdringen van professionele zorg ten opzichte van informele zorg. Naast monitoring van aantallen en de tarieven van zorgtrajecten zal de nadruk liggen op monitoring van de invulling van de zorgvraag van burgers, om ook kwalitatief de bezuiniging ten uitvoer te brengen. Monitoring van de zorgvraag moet leiden tot kwalitatief hoogwaardige zorg die op maat gemaakt is voor de burger.

6 Financiële en personele consequenties

6.1 Schattingen van de budgetten

Van de budgetten voor te decentraliseren taken kunnen op dit moment slechts schattingen gedaan worden. Want de financiële kaders voor 2015 en verder zijn, met uitzondering van het voorlopige budget voor de jeugdzorg (op basis van historische gegevens) van € 6,4 mln., nog niet bekend, omdat de budgetten die met de decentralisaties gepaard gaan nog niet definitief zijn vastgesteld door het rijk. De verwachting is dat in de meicirculaire 2014 het definitieve budget voor de jeugdhulp wordt bekendgemaakt en voor de AWBZ/ Wmo en de Participatiewet wordt dit mogelijk pas in september 2014.

	bestaand gemeentelijk beleid	3D (schattingen!)*: 2015	Totaal (schattingen): 2015
Jeugd	€2,0 mln	+ ongeveer €6,4 mln (=incl korting 15%of meer)	€8,4 mln (is al incl korting)
Wmo/ AWBZ	€3,5 mln Ind.Vz €2,0 mln subsidies	+€4,0 tot 4,5 mln BG +€3,5 tot 4 mln PV (korting =25-30%op BG, 15% PV en 40%HH**) + €6,5 tot €7 mln ZZP 1-4*** (dit gaat niet over naar de gemeente, de gemeente ontvangt een 'compensatie')	Ongv. €14 mln (- ong. €2,0 mln korting) ??
Participatie	€8,3 mln	Meer voor uitkeringen, minder voor re-integratie, grotere doelgroep	Ongv. €8,6 mln

* Het geschatte budget van jeugdhulp is dus gebaseerd op een voorlopige inschatting door het rijk.

* Bij Wmo/ AWBZ zijn de geschatte budgetten gebaseerd op onderzoekscijfers van Vektis, een landelijk bureau dat de gegevens van het Zorgkantoor en CAK heeft onderzocht, waarvan weer een financiële doorrekening is gemaakt. Deze budgetten zijn zeer onzeker omdat er verschillen zijn tussen geïndiceerde zorg en geleverde zorg en omdat het gaat om geleverde zorg in 2012.

* Voor de participatiewet is de berekening gebaseerd op de bekende budgetten vanuit de beschikkingen 2013 voor Lansingerland, waarvan een doorrekening is gemaakt op basis van de ontwikkelingen die zijn aangekondigd in de meerjarenrijksbegroting op Prinsjesdag; de percentages die genoemd worden in deze ontwikkelingen zijn doorgerekend naar de afzonderlijke deelbudgetten waaruit ons totaal budget voor de Participatiewet is opgebouwd. Hieruit volgt een taakstelling van 2 ton op participatie en Wsw en een stijging van het inkomensdeel met 5 ton, dus netto een stijging van 3 ton, maar met de Wajong erbij een mogelijk fors toenemend aantal uitkeringsgerechtigden.

**40%korting op HH is al opgenomen in de gemeentebegroting 2014-2017

*** Voor de afschaffing van de ZZP's geldt dat betreffende (intramurale) zorg vervalt, dus niet meer wordt ingekocht door het zorgkantoor en dat deze mensen voor hun ondersteuning beroep zullen moeten doen op de Wmo; In 2013 zijn de ZZP's 1 en 2 reeds vervallen. Hiervoor stelt het rijk ter compensatie aan gemeenten een eenmalige bijdrage van 54 miljoen voor heel Nederland ter beschikking.

De aangegeven percentages rijkskorting per budget brengen voor de gemeente forse uitdagingen met zich mee. Immers moeten burgers ook na 2014 voldoende ondersteund worden, maar er is minder geld om dat te doen. Dit beleidsplan 3D is er in zijn geheel op gericht om die uitdaging met succes aan te gaan. Alle maatregelen zijn er dan ook op gericht om niet alleen het juiste maatwerk te leveren voor de burger, maar ook om de financiële risico's te beheersen:

- de kortingen op de budgetten worden in 2015 direct doorgerekend aan de instellingen, zodat zij een eerste efficiency slag moeten maken; deze afspraken worden reeds gemaakt met instellingen en dit wordt vastgelegd in transitiearrangementen (§4.3 en 4.4);
- de risico's met betrekking tot de duurste ondersteuningsvormen worden afgedekt door regionale samenwerking (§2.4 en §4.2.3);
- de hele aanpak is er op gericht om zoveel mogelijk lichte ondersteuning in te zetten (hoofdstuk 2 en 3);
- de toegang naar duurdere ondersteuning / hulp beleggen we bij de gemeente zelf om zo de toestroom naar duurdere zorg te kunnen beheersen (§3.1);
- de juiste mix van lichtere en duurdere ondersteuning organiseren we als gemeente zelf door te sturen op het subsidiebeleid en op de (scherpe) inkoop van de duurdere voorzieningen (§4.2.1 en 4.2.2)
- een cultuuromslag in het denken van "recht op" naar "wat is nodig" bij alle organisaties inclusief de gemeente en de burgers, is met de kanteling in de Wmo al ingezet. Het gaat niet om het recht op een duur hulptraject, het gaat om het resultaat wat je wilt behalen (§2.3 en H3).
- We maken goede afspraken met andere partijen (die toegang tot) ondersteuning of zorg leveren, zoals het passend onderwijs, huisartsen, de wijkverpleegkundige, de zorgverzekeraar (o.a. §3.2.2, 3.2.3, 3.4.3 en 4.7).

Het beheersen van de financiële risico's zal in de implementatiefase met name nog de aandacht krijgen en worden uitgewerkt in een beheersmodel.

Vaststelling financiële kaders door de raad

Uiteindelijk stelt de gemeenteraad uiteraard vast hoeveel budget er in 2015 beschikbaar wordt gesteld voor de taken van de gemeente op het gebied van jeugdhulp en de Wmo. Voor de middelen voor Jeugdhulp, de Wmo (inclusief de gedecentraliseerde AWBZ-taken) en de Participatiewet geldt dat deze worden uitgekeerd via een deelfonds Sociaal Domein in de algemene uitkering. De raad kan bij de vaststelling van de begroting voor 2015 en de jaren daarna bepalen of meer middelen voor de uitvoering van gedecentraliseerde taken moet worden ingezet. De middelen uit het deelfonds Sociaal domein zijn geoormerkt.

6.2 Personele consequenties

Het budget dat gepaard gaat met de decentralisaties is niet alleen voor de inkoop van de voorzieningen zelf, maar ook om de organisatie te regelen. Dus het beleid en opstellen van verordeningen, de toegang (consulenten), de registratie, de informatievoorziening, de inkooporganisatie en de (financiële) verantwoording. De indicatiestelling van Jeugdzorg gebeurt nu bijvoorbeeld door Bureau Jeugdzorg en voor de AWBZ wordt de indicatiestelling door het CIZ gedaan en de zorginkoop door het Zorgkantoor. Deze taken zijn in het Lansingerlands model belegd bij de gemeente zelf. Alleen de inkoop van regionale zeer specialistische taken wordt bij jeugd door een regionaal inkoopbureau gedaan en voor de Wmo moeten daar nog afspraken over worden gemaakt.

Qua personele capaciteit betekent dit dat er binnen het sociale domein een aanzienlijke uitbreiding dient plaats te vinden om al deze nieuwe taken vanaf 2015 uit te kunnen voeren. Het sociale domein wordt vanaf 2015 zelfs naar landelijke inschatting het grootste taakveld van de gemeenten en logischerwijs zou de inzet van gemeentelijk apparaat daar dus een afspiegeling van moeten zijn. Dit is wel afhankelijk van hoeveel de gemeente zelf gaat doen of gaat uitbesteden, maar in beide gevallen moet hiervoor een deel van het besteedbare budget worden benut. In implementatiefase wordt dit in de werkgroep "personele organisatie" verder uitgewerkt (zie ook vervolgplanning paragraaf 7.2).

Voor 2014 geldt dat voor de implementatie van twee van de drie decentralisaties het rijk, via de algemene uitkering uit het gemeentefonds, invoeringsbudgetten beschikbaar heeft gesteld. De budgetten voor Lansingerland voor 2014 ten behoeve van de invoeringskosten (jeugdzorg en nieuwe WMO) zijn in de begroting 2014 geraamd op een stelpost "decentralisaties" (6922100 – 000964) en inmiddels na vaststelling van de begroting door de raad, door B&W ook beschikbaar gesteld om de implementatie in 2014 vorm te geven.

7 *Communicatie en planning*

7.1 **Communicatie**

De decentralisaties vragen om een enorme omslag van denken bij aanbieders van (jeugd)zorg, ondersteuning, begeleiding en welzijn, van zorgvragers, maar ook van alle inwoners in het algemeen en van de gemeentelijke medewerkers. Van iedereen wordt inzet verwacht om de decentralisaties tot een succes te maken. De communicatie zal daarom gericht zijn op verschillende doelgroepen:

7.1.1 *Communicatie met het maatschappelijk middenveld*

Met een grote hoeveelheid partijen in het veld op het gebied van jeugd, Wmo en participatie heeft de gemeente op 3 juli 2013 een conferentie georganiseerd om kennis met elkaar te delen en om goede ideeën uit te wisselen. Deze conferentie is door alle partijen positief ontvangen. Zij hebben een verslag van de conferentie ontvangen. Ook hebben wij hen gevraagd mee te denken over de invulling van de nieuwe taken. Over het 3D plan is breed gecommuniceerd met vele maatschappelijke partners, zowel in het jeugdnetwerk, de Wmo-partners, welzijnspartners, sluitende aanpak met daarin ook politie en 3B Wonen, het samenwerkingsverband primair passend onderwijs, ouderenorganisaties, ggz-organisaties, MEE, Middin, etcetera. We sturen hen de voorliggende nota ook toe, met het verzoek in de volgende fase, de implementatiefase, weer verder met ons mee te denken.

Op de verschillende deelgebieden wordt soms intensief overlegd met het veld. Voor de decentralisatie van AWBZ-taken bijvoorbeeld heeft Lansingerland samen met de andere DWO-gemeenten een marktdialoog gehouden met een groot aantal partijen. Doel ervan was om helder te krijgen welke ondersteuning er op dit moment geboden wordt, wat de partijen aan kansen voor verandering en besparingen zien en waar de gemeente beslist niet aan moet komen. De resultaten van dit onderzoek worden begin november gedeeld met de bestuurders van gemeenten en van aanbieders in DWO-verband.

Voor jeugd geldt dat er ten behoeve van het transitiearrangement intensief contact is geweest met de zorgaanbieders. Dit gebeurt meestal in regionaal verband. Ook worden in regionaal verband werkbezoeken en symposia georganiseerd. Lokaal wordt de decentralisatie nauw gevolgd in de regiegroep CJG en de stuurgroep CJG.

7.1.2 *Communicatie met de Wmo-raad en de CAR WWB*

De Wmo-raad en de CAR WWB zijn in oktober geïnformeerd over het 3D plan en er is een presentatie georganiseerd over dit plan aan beide raden samen. Daarnaast zullen zij formeel advies uitbrengen over dit plan en bij de verdere implementatie aan de hand van een plan van aanpak begin 2014 worden betrokken. Daarbij is het voor de toekomst ook wenselijk om te onderzoeken of het niet logischer en efficiënter is om de twee adviesraden samen te voegen, met ook het onderdeel Jeugdhulp, zodat er ook één integraal adviesorgaan is op het sociale domein.

7.1.3 *Communicatie met inwoners*

Van alle inwoners, zelfredzaam of niet, wordt in de toekomst meer gevraagd: iedereen moet zijn steentje bijdragen in de krachtige samenleving. Hoewel we op alle maatschappelijk terreinen een verschuiving naar meer eigen verantwoordelijkheid zien, is het belangrijk om ook op lokaal en regionaal niveau de bewustwording van deze verschuiving op gang te brengen. In regionaal verband wordt gewerkt aan een grote publiekscampagne op het gebied van de Wmo die op lokaal niveau uitgerold kan worden. De planning is om de voorbereidingen hiervoor in 2013 te doen en dit vervolgens in 2014 uit te rollen.

Naast bewustwording gaan we alle inwoners van Lansingerland vroegtijdig informeren over waar zij na 1-1-2015 terecht kunnen op het moment dat zij ondersteuning nodig zouden hebben. In het implementatieplan begin 2014 wordt verder uitgewerkt hoe we in het najaar van 2014 de burgers van Lansingerland gaan inlichten over de gedecentraliseerde taken per 1-1-2015.

7.1.4 *Communicatie met gebruikers van voorzieningen*

Om te weten wat er op dit moment goed en fout gaat in de taken die nu nog onder de AWBZ vallen, maar straks naar de gemeente komen, is een grote enquête uitgezet in 11 gemeenten (Haaglanden en Lansingerland). In deze enquête hebben mensen kunnen aangeven welke soort ondersteuning zij op dit moment ontvangen en wat daar efficiënter in zou kunnen. Ook hebben we mensen gevraagd hun naam door te geven zodat wij verder met hen in gesprek kunnen. De resultaten van het onderzoek worden op zeer korte termijn verwacht. Onder onze huidige Wmo-klanten houden wij jaarlijks een klanttevredenheidsonderzoek. Ook dit kan nog bruikbare informatie opleveren.

Voor jeugdhulp zijn we in regionaal verband in gesprek met de cliëntenraden van zorginstellingen om het hulpaanbod te verbeteren.

7.1.5 *Overdracht van cliëntgegevens*

Het rijk streeft ernaar dat de cliëntgegevens van personen die per 1 januari 2015 een geldige AWBZ-indicatie hebben op een zorgvuldige wijze worden overgedragen aan de gemeente zodra de nieuwe Wmo gepubliceerd is (gestreefd wordt naar publicatie van de wet op 1 juli 2014). De overdracht van cliëntgegevens naar gemeenten wordt centraal gefaciliteerd. Het is vanwege de Wet Bescherming Persoonsgegevens niet mogelijk om deze overdracht van cliëntgegevens eerder te realiseren. De volgende cliëntgegevens worden overgedragen aan de gemeenten: identificatiegegevens, gegevens over de indicatie, gegevens over de aanvang van de zorg, gegevens over de zorgconsumptie.

In het implementatieplan begin 2014 wordt verder uitgewerkt hoe we zo snel mogelijk in 2014 met bestaande cliënten in gesprek kunnen gaan om hen goed te informeren over alle veranderingen. Daarvoor is wel nodig dat we de cliëntgegevens hebben ontvangen van de huidige uitvoerende instellingen, zoals het ClZ, het Zorgkantoor en Bureau Jeugdzorg, zodat we weten om welke mensen het gaat.

7.2 **Planning en vervolgacties**

In onderstaande tabellen zijn de mijlpalen voor de drie decentralisaties opgenomen:

Wat	Wanneer
Presentatie over de beleidsvisie aan de commissie Samenleving	26 Nov 2013
Beleidsvisie in Raad(scommissie)	Dec 2013
Uitvoeringsplan in B&W, tkn naar Raad	Q1 2014
Budgetten in rijkscirculaires	Mei-sep 2014..?
Start implementatie	Q2 2014
Presentatie / commissie Raad: voortgang cq. budgetbespreking	Q2 2014
Proefdraaien	Q2/ 3 2014
Presentatie / Commissie Raad: voortgang cq. budgetbespreking	Q3 2014

Start inkoop	Q3 2014
ICT en financiële administratie operationeel	Q4 2014
Personeel operationeel	Q4 2014
Geheel operationeel	1-1-2015

Per maand:

maand	2013		2014												2015	
	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	
Lokale visie / beleid																
implementatieplan																
Verordeningen vaststellen raad (ná definitieve vaststelling wetten)																
Jeugdzorg																
Regionale afspraken																
Organisatie / registratie																
Inkoop(voorbereiding)																
AWBZ																
Regionale afspraken																
Organisatie / registratie																
Inkoop(voorbereiding)																
Participatiewet																
Regionale afspraken																
Organisatie / registratie																
Inkoop(voorbereiding)																

Implementatieplan en vervolgacties

Het beleidsplan is flexibel en dynamisch opgesteld, zodat in de implementatiefase inderdaad ingespeeld kan worden op verschillende scenario's. Op dit moment is al gestart met het vertalen van het beleidsplan naar een implementatieplan. Daarin worden sturingsmogelijkheden verder uitgewerkt met het oog op beheersing van financiële risico's. We hoeven dan niet te wachten tot de tweede helft van 2014, maar binnen de gekozen modellen alleen nog te bepalen 'hoe strak we de riem moeten aantrekken' in 2015.

Er wordt toegewerkt naar een haalbaar uitvoeringsplan dat medio 2014 gereed is en dat is gebaseerd op de adviezen uit tien interne werkgroepen. In deze werkgroepen worden een aantal inhoudelijke thema's verder uitgediept en organisatorische zaken verder uitgewerkt. De werkgroepen bestaan uit beleidsadviseurs en uitvoerenden. Op inhoudelijke thema's kunnen ook professionals uit het veld betrokken worden van wiens expertise wij ook graag in de implementatiefase gebruik maken. Op die manier kunnen we alle aspecten en mogelijkheden goed afwegen en de haalbaarheid van het uitvoeringsplan zowel financieel als inhoudelijk waarborgen.

De inhoudelijk thema's zijn: (1) PGB; (2) overlap AWBZ en Jeugd; (3) aansluiting jeugdhulp en onderwijs en onderwijs-arbeidsmarkt; (4) combinatie participatie en ondersteuning; en (5) casusregie.

Daarnaast wordt met medewerkers van diverse afdelingen binnen de gemeente een werkgroep opgestart voor de vele vervolgacties die nodig zijn binnen de organisatie om ons op de decentralisaties voor te bereiden. Het betreft de werkgroepen (1) ICT, registratie en contractbeheer; (2) financiën, inrichting financiële organisatie, sturing en inkoop; (3) juridische borging; (4) personele organisatie en (5) communicatie en publieksinformatie.

Bijlagen

7.3 Bijlage 1 Afkortingenlijst

AMHG	Advies- en Meldpunt Huiselijk geweld
AMHK	Advies- en Meldpunt Huiselijk geweld en Kindermishandeling
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
ASHG	Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BJZ	Bureau Jeugdzorg
CAO	Collectieve arbeidsovereenkomst
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
CIT	Crisis Interventie Team
DBC	Diagnose Behandelingscombinatie
ESF	Europees Sociaal Fonds
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GOSA	Gemeentelijk Overleg Suitende Aanpak
IJZ	Inspectie Jeugdzorg
JB	Jeugdbescherming
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
J&O	Jeugd en opvoedhulp
JR	Jeugdreclassering
KSCD	Kennis en Servicecentrum voor Diagnostiek
OM	Openbaar Ministerie
PGB	Persoonsgebonden budget

PO	Primair Onderwijs
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RPA	Regionaal Platform Arbeidsmarktbeleid
SAJ	Sluitende Aanpak Jeugd
SAV	Sluitende Aanpak Volwassenen
SMW	Schoolmaatschappelijk Werk
SVB	Sociale Verzekeringsbank
UWV	Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VO	Voortgezet Onderwijs
Wajong	Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wsw	Wet sociale werkvoorziening
WWB	Wet werk en bijstand
ZRM	Zelfredzaamheid-Matrix
ZZP	Zorgzwaartepakket

7.4 Bijlage 2 Begrippenlijst

Advies- en Meldpunt Huiselijk geweld en Kindermishandeling	Een samenvoeging van het huidige Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld en Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Er komt één wettelijk kader voor huiselijk geweld en kindermishandeling. Het nieuwe meldpunt wordt verankerd in de Wmo.
Binnenwijkse voorzieningen	Elke vorm van één op één hulp waarbij de hulpverlener participeert in het dagelijks leven van het gezin en thuis, op school of in een andere voor de cliënt bekende omgeving ondersteuning biedt.
Buitenwijkse voorzieningen	Elke vorm van één op één hulp die niet verweven is met het dagelijks leven van het gezin en geboden wordt in een omgeving die voor de cliënt (aanvankelijk) onbekend is.
Casusregisseur	De 1 ^e contactpersoon van het gezin, degene die een vinger aan de pols houdt en (mogelijk) zelf een deel van de hulp verleent, bijvoorbeeld een maatschappelijk werker bij volwassenen en bij jeugd een jeugdverpleegkundige of indien duurdere zorg de hoofdcomponent is de jeugdconsulent.
Collectieve voorzieningen	Elke vorm van professionele begeleiding bij de verzorging, opvoeding en ontwikkeling van jeugdigen die vrij toegankelijk is voor de doelgroep, die per afzonderlijke voorziening kan verschillen.
Crisis Interventie Team	Een team dat direct inzetbaar is in situaties waarbij kinderen en jongeren snel hulp nodig hebben zoals weggelopen kinderen, suïcidale jongeren, plotseling weggevallen ouders, psychosen en geweld in het gezin.
Diagnostisch team	Een team van specialisten dat de jeugdconsulent ondersteunt bij het stellen van diagnoses en de toeleiding naar de juiste behandeling bij jeugdproblematiek.
Eigen kracht	Eigen kracht is de mate van zelfredzaamheid, waarmee een huishouden zijn/ haar eigen problemen kan oplossen. Sommige huishoudens/ inwoners kunnen zelf en/ of samen met hun sociale netwerk van familie, vrienden en kennissen hun problemen oplossen. Andere inwoners en hun sociale netwerken slagen hier niet (volledig) in, ondanks eventuele steun van hun sociale netwerk. Niettemin kunnen zij wel in bepaalde mate bijdragen aan de oplossingen van hun probleem.
Gezinscoach	Degene die in het gezin gaat helpen met het oplossen van problemen, ondersteunen bij opvoeden en het gezin helpt regie over hun leven te herstellen.
Gemeentelijk Overleg Sluitende Aanpak (GOSA)	In het oude stelsel richt GOSA zich op een sluitende aanpak van risico- en probleemjongeren in de gemeente Lansingerland. Bij deze aanpak zijn alle jeugdinstanties in de preventieve, hulpverlenende en justitiële sfeer betrokken. Om de lijnen kort te houden is er een GOSA-regisseur. Daar komen alle signalen over risicojongeren binnen. De GOSA-regisseur registreert de relevante gegevens van de jongeren en houdt bij in welke trajecten ze opgenomen.

Jeugdconsulent	Een breed georiënteerde en domeinoverstijgend werkende professional, die gezinnen in hun eigen omgeving ondersteunt bij het oplossen van niet-alledaagse vraagstukken m.b.t. de verzorging, opvoeding en ontwikkeling van kinderen en jongeren.
Individuele voorzieningen	Elke vorm van professionele voorzieningen die niet vrij toegankelijk is, maar die op individuele basis wordt ingezet voor cliënten die hier zelf gebruik van willen maken en dit naar het oordeel van een bevoegde professional nodig hebben.
Jeugdbescherming	Een door de kinderrechter opgelegde maatregel die ingrijpt in het gezag van de ouders ter bescherming van een kind.
Jeugdreclassering	Door de kinderrechter opgelegde begeleiding van jongeren tussen 12 en 18 jaar (met mogelijke doorloop tot 23 jaar) die verdacht worden van of veroordeeld zijn voor een strafbaar feit, met als doel het voorkomen van recidive en het vergroten van maatschappelijke participatie.
Kennis en Servicecentrum voor Diagnostiek	Dit onderdeel van Bureau Jeugdzorg doet binnen het huidige stelsel onderzoek voor een juiste diagnose. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door een psycholoog, orthopedagoog of psychiater.
Mantelzorg	Zie de definitie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid: 'Mantelzorg is zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende door één of meerdere leden van diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening direct voortvloeit uit de sociale relatie.' Dit betekent dat een mantelzorger vanuit zijn sociale relatie met een hulpbehoevende zorg biedt. Deze mantelzorg stijgt uit boven de gebruikelijke zorg die iemand kan geven aan een huisgenoot of partner of kind met wie hij een huishouding voert'.
Pedagogische civil society	Het geheel aan inspanningen voor het veilig en kansrijk opgroeien van jeugdigen door: burgers die op enigerlei wijze verbonden zijn met het gezin waar de jeugdige deel van uitmaakt; professionals die met jeugdigen werken, maar niet (primair) vanuit een hulpverlenende rol of een focus op jeugdgezondheidszorg, zoals medewerkers kinderopvang, leerkrachten en jongerenwerkers.
Zorgcoördinator	Degene die zorgt dat in multiproblemsituaties altijd een casusregisseur aanwezig, die de voortgang van het proces bewaakt en waar nodig bespoedigt en indien nodig een gezinscoach kan toevoegen aan het traject
Zorgzwaartepakket	Een totaalpakket van verschillende AWBZ-zorgvoorzieningen bij intramuraal of extramuraal wonen. Een ZZP wordt geïndiceerd door het CIZ.

7.5 Bijlage 3 Informatie Cliënten/klantenbestand

1. AWBZ

Mensen die een vorm van begeleiding over persoonlijke begeleiding hebben, hebben daarvoor een CIZ-indicatie. Op basis van de CIZ-indicaties en de gegevens van het zorgkantoor over geleverde zorg hebben we zicht op het aantal inwoners dat overkomt van de AWBZ naar de Wmo.

Indicaties CIZ voor Lansingerland

	Totaal	pers.	begel.	begel.	Kort d.
Ciëntgroep	indicaties	verzorg.	indiv.	groep	verbl.
Somatiek 0-65 jaar	55	40	15		
Somatiek 65-74 jaar	60	50	5	5	
Somatiek 75 jaar en ouder	220	215	5	0	
Psychogeriatrische problematiek	95	25	40	30	
Psychiatrische stoornis 18 jaar of ouder	80	5	55	20	
Verstandelijke handicap 0 tot 18 jaar	95	25	30	25	15
Verstandelijke handicap 18 jaar of ouder	85	10	40	25	10
Mensen met een zintuiglijke handicap	10		10		
Mensen met een lichamelijke handicap	80	50	20	10	
Totaal:	780	420	220	115	25
Gemiddeld aantal uren/ dagdelen/ dagen		6,3	4,3	5,2	1,1

Bron: Ciz rapportage Lansingerland juni 2012

Verdeling financieringsvorm voor begeleiding

Wie een indicatie voor begeleiding heeft, kan kiezen tussen zorg in natura (ZIN) of een persoonsgebonden budget (PGB). In Lansingerland is de verdeling als volgt:

	Zorg in natura	PGB
begeleiding individueel	51%	49%
begeleiding groep	46%	44%

Als we kijken naar de leeftijdsverdeling, ligt de verdeling als volgt: van alle 0-18 jarigen die begeleiding ontvangen heeft ca. 80% een PGB. Bij de 18-65 jarigen is dat ca. 40% en van de 65-plussers kiest slechts 13,5% voor een PGB.

Aantallen scheiden wonen en zorg (geïndiceerde zorg)

CIZ indicaties, peildatum 1-7-2012 ¹⁵	Lansingerland
Totaal aantal cliënten intramuraal	705
Aantal cliënten VV	445
Aantal cliënten GGZ	90
Aantal cliënten GZ (waaronder VG)	170
% VV+VG ZZP 1-4 t.o.v. totaal intramuraal	35%

Dus ongeveer 35% van 705 = 246 personen komt voor ondersteuning mogelijk bij de gemeente

¹⁵ Overgenomen uit gemeentelijke rapportages AWBZ (bron: www.ciz.nl)

2. Jeugd

Gebruik preventieve voorzieningen

	2010		2011	
	abs	% ¹⁶	abs	%
Gezinscoachingstrajecten	15	0,8	27	1,2
Jongerentrajecten en cliënten met opvoedondersteuning bij Algemeen Maatschappelijk Werk	69	3,9	78	4,8
Aantal trajecten SMW (PO)	190	2,7	347	4,6
Aantal GOSA zaken	35	2	35	2

Aantal jeugdigen met cliënttraject bij BJZ (0 t/m 22 jaar)

	2010		2011	
	abs	% ¹⁷	abs	%
Toegang jeugdhulp/ vrijwillige jeugdhulp	122	3,2	118	3,1
Onder toezichtstelling	35	1,2	58	2
Voogdij	<5	~	<5	~
Jeugdreclassering	17	1,4	24	1,8

Jeugd- en opvoedhulp (0 t/m 22 jaar)

	2010		2011	
	abs	% ¹⁸	abs	%
Totaal unieke cliënten jeugdhulp	97	1,7	112	1,9
Ambulant	80	1,9	90	1,8
Dagbehandeling	6	1,1	11	1,6
Residentieel	5	0,7	<5	~
Pleegzorg	19	1,8	18	1,6
Crisisopvang	<5	~	19	2,9
BKE-onbekend ¹⁹	21	1,3	14	1,5
Jeugdzorg Plus			<5	~

0 t/m 17 jarigen verzekerden in GGZ-zorg (zorgverzekeraar)

	2010		2011	
	abs	%	Abs	%
Totaal	925	6,6		
Eerstelijns psychologische zorg	213	1,5		
Tweedelijns GGZ	753	5,3		

Licht verstandelijke beperking 0 t/m 22 jarigen

	2010		2011	
	abs	%	Abs	%
Aantal trajecten MEE	61	2,6	77	2,5
Aantal trajecten van LVB cliënten geïndiceerde zorg	<5	~	<5	~

¹⁶ Aantal procenten van het totaal van de regio Rotterdam Rijnmond.

¹⁷ Aantal procenten van het totaal van de regio Rotterdam Rijnmond.

¹⁸ Aantal procenten van het totaal van de regio Rotterdam Rijnmond.

¹⁹ Betreft observatie en diagnostiek

3. Participatie

Regeling	Huidige doelgroepen	Na invoering Participatiewet (2015)	Overgangsregeling
WWB + overig	500	525 (enige toename door de economische crisis)	nvt
WSW	56 SE (SE=Fte van 36 uur)	50	Zo lang arbeidscontracten lopen blijft het recht op beschut werken gehandhaafd.
Wajong	317 (nu UWV)	75 in 2015 oplopend tot 300 per juli 2018	Herkeuring van 75 per half jaar. Instroom van 75 per juli 2015, tot en met 300 in juli 2018.
Totaal (schatting)	873, waarvan nu 556 onder gemeentelijke verantwoordelijkheid vallen.	650 in 2015 (oplopend tot 875 per juli 2018)	

Bij dit overzicht is geen rekening gehouden met de zogenaamde nuggers (niet-uitkeringsgerechtigden). De gemeente is verantwoordelijk voor de ondersteuning bij de re-integratie van nuggers.

Toelichting Leeftijdscategorieën werk en inkomen:

De gemeente is op grond van de Participatiewet verantwoordelijk voor ondersteuning bij de re-integratie naar werk en voor de inkomensvoorziening aan mensen van 18 jaar tot de pensioengerechtigde leeftijd. Personen jonger dan 18 jaar hebben geen recht op bijstand. Voor mensen die de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt, geldt dat zij recht op AOW hebben, waarmee in het levensonderhoud kan worden voorzien. Als sprake is van een onvolledige AOW-uitkering en er is geen sprake van een aanvullend pensioen, dan bestaat mogelijk recht op de AIO (Aanvullende Inkomensondersteuning Ouderen), die door de Sociale Verzekeringsbank wordt uitgevoerd. Deze AIO is in feite een soort bijstandsuitkering voor mensen die de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt.

Bij de uitvoering van de Participatiewet spelen de ouderen in feite dus geen rol. Als deze mensen echter aanspraak willen maken op bijzondere bijstand of op andere inkomensondersteuningsregelingen, dan melden zij zich echter wel bij het loket van de gemeente.