

# Wmo

## Beleidsplan 2015

Goede zorg doen we samen

11 september 2014



Gemeente Breda



# Inhoud



<b>Voorwoord</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Toelichting op beleidsplan</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1</b> <b>Waarom dit beleidsplan</b>	<b>7</b>
<b>1.2</b> <b>Hoe is het beleidsplan tot stand gekomen</b>	<b>7</b>
<b>1.3</b> <b>Aanleiding</b>	<b>9</b>
<b>1.4</b> <b>Geldigheidsduur</b>	<b>11</b>
<b>1.5</b> <b>Afbakening</b>	<b>11</b>
<b>2 Ondersteuningsopgave en trends / Wat is de situatie in Breda?</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1</b> <b>Trends en ontwikkelingen / Cijfers en feiten op basis van AWBZ- informatie</b>	<b>13</b>
<b>3 Cliëntparticipatie</b> .....	<b>15</b>
<b>4 Wat willen we bereiken? Visie en gewenste resultaten</b> .....	<b>17</b>
<b>4.1</b> <b>Visie en uitgangspunten</b>	<b>17</b>
<b>4.2</b> <b>Te behalen doelen en resultaten</b>	<b>18</b>
<b>5 Hoe gaan we het organiseren?</b> .....	<b>23</b>
<b>5.1</b> <b>Toegang tot ondersteuning en vaststellen ondersteuningsbehoefte (inclusief onderzoek, aanvraag en melding)</b>	<b>23</b>
5.1.1    Zorg voor elkaar Breda: de toegang naar zorg en ondersteuning	23
5.1.2    Beoordeling van een maatwerkvoorziening via het wijkteam	25
5.1.2.1    Persoonlijk plan	26
5.1.2.2    Monitoring	27
5.1.2.3    Bereiken zorgmijders	28
5.1.2.4    De aanvraagprocedure	28
5.1.2.5    Onafhankelijke cliëntondersteuning	30
5.1.3    Preventie	30
5.1.4    Van zorgafhankelijkheid naar ontzorgen, het benutten van eigen kracht en kracht van het sociale netwerk	30
<b>5.2</b> <b>Inrichting en positionering van het wijkteam (de generalisten)</b>	<b>31</b>
5.2.1    Competente generalisten	31
5.2.2    Aansturing door een programmateam	32
5.2.3    Samenwerken vanuit de wijk	32
5.2.4    Start wijkteams vanaf 1 november 2014	33
<b>5.3</b> <b>Algemene voorzieningen</b>	<b>34</b>
<b>5.4</b> <b>Maatwerkvoorzieningen</b>	<b>35</b>
5.4.1    Huidige maatwerkvoorzieningen	35
5.4.1.1    Inkoop maatwerkvoorzieningen	35
5.4.1.2    Herverstrekkingenbeleid	35
5.4.1.3    Huishoudelijke verzorging	35
5.4.1.3.1    Alfacheque / Zorginzet door alfhulp	37
5.4.2    Nieuwe taken begeleiding, kortdurend verblijf en vervoer	38
5.4.2.1    Dagbesteding	38
5.4.3    Keuzevrijheid en pgb	39
5.4.4    Eigen bijdrage	40
5.4.5    Gebruikelijke hulp	41
5.4.6    Overgangsrecht en overgangsregeling	41
<b>5.5</b> <b>Mantelzorg en vrijwilligers en mantelzorgcompliment</b>	<b>42</b>
<b>5.6</b> <b>Tegemoetkoming meerkosten</b>	<b>43</b>
<b>5.7</b> <b>Anonieme telefonische/elektronische hulpdienst</b>	<b>44</b>
<b>5.8</b> <b>Inkoop specialistische begeleiding zintuiglijk gehandicapten</b>	<b>44</b>
<b>5.9</b> <b>Landelijke doventolk voorziening</b>	<b>44</b>
<b>5.10</b> <b>Van transitie naar transformatie</b>	<b>44</b>
<b>5.11</b> <b>Samenhang met andere decentralisaties</b>	<b>45</b>
5.11.1    Visie sociaal domein	45
5.11.2    Sturing	46
<b>5.12</b> <b>Ontwikkelopgave</b>	<b>46</b>

<b>6</b>	<b>FINANCIERING EN BEKOSTIGING.....</b>	<b>49</b>
6.1	Beschikbaar budget als uitgangspunt	49
6.2	Realiseren van financiële opgave	50
6.3	Bekostiging algemene en maatwerkvoorzieningen	50
<b>7</b>	<b>KWALITEIT, MONITORING EN VERANTWOORDING .....</b>	<b>53</b>
7.1	Kwaliteit	53
7.1.1	Kwaliteitsbewaking	54
7.2	Monitoring	54
7.3	Verantwoording	55
7.4	Handhaving en toezicht	55
<b>8</b>	<b>BEZWAAR EN BEROEP, KLACHTEN, EN KLANTERVARING .....</b>	<b>57</b>
8.1	Bezwaar en beroep	57
8.2	Klantervaring, klachten en nieuwe ideeën	57
<b>9</b>	<b>PRIVACY EN BESCHERMING CLIËNTGEGEVENS .....</b>	<b>61</b>
<b>10</b>	<b>COMMUNICATIE EN VOORLICHTING .....</b>	<b>63</b>
10.1	2014 informeren centraal	63
10.2	2015 jaar van transformatie	64
<b>11</b>	<b>DE NIEUWE VERORDENING .....</b>	<b>67</b>
	<b>Bijlage: het Wmo-woordenboek.....</b>	<b>69</b>





# Voorwoord

Voor u ligt het beleidsplan van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) Breda 'Goede zorg doen we samen'.

Met de komst van een aantal nieuwe taken op het gebied van zorg naar de gemeenten verandert de bestaande Wmo vanaf 2015 aanzienlijk. Meer mensen en mensen met andere en meer complexe zorgvragen komen dan met hun vragen naar de gemeente. Samen met zorg- en welzijnsaanbieders en cliëntenorganisaties moeten we daarop goed voorbereid zijn. Het beleidskader Wmo, dat in juli 2014 door de gemeenteraad is vastgesteld, geeft richting aan de voorbereidingen en de samenwerking in de toekomst. Dit beleidsplan is een nadere uitwerking van het beleidskader.

Om de komende jaren de juiste stappen te kunnen zetten gaan we over van de vraag "WAT gaat er op ons afkomen?" naar "HOE gaan we het samen regelen?" en "Met WIE pakken we deze opgave op?" en "HOE ziet het proces er uit?". Wat pakken mensen zelf op en hoe komt er snel en gericht maatwerk voor wie dat nodig hebben?

In Hoofdstuk 1 en 2 is de context beschreven. Hoofdstuk 3 staat stil bij de betrokkenheid van cliënten in het proces (cliëntparticipatie). Hoofdstuk 4 gaat in op wat we willen bereiken (visie en gewenste resultaten). Hoofdstuk 5 geeft aan hoe we het organiseren. In hoofdstuk 6 en verder komt het vervolg van het proces aan de orde, onder andere de financiën, kwaliteit, monitoren, verantwoording, bezwaar en beroep, klachten en communicatie.

Dit beleidsplan is de basis voor de Verordening Wmo. Samen worden ze vóór 1 november 2015 door de gemeenteraad vastgesteld.

Cliëntparticipatie is belangrijk in het totale proces, van beleidsvorming tot en met uitvoering. Dit beleidsplan kwam tot stand in samenwerking met een stevige afvaardiging van de klankbordgroep Wmo en een vertegenwoordiger van de cliëntenraden Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT). Verderop in het proces blijven ook in de uitvoering cliënten en vertegenwoordigers betrokken.

De gezamenlijke conceptversie hebben we tevens voorgelegd aan de zorg- en welzijnspartners in Breda (Inspiratietafel). De door hen aangedragen verbeteringen zijn meegenomen. Ook met huisartsen in Breda is gesproken over dit beleidsplan en zijn verbindingen in de uitvoering gelegd.

*Vrijwillig en zelf waar het kan, professioneel waar het nodig is.* Dat is de essentie van de nieuwe Wmo in Breda. We gaan uit van de kracht van bewoners, al dan niet met hulp van hun omgeving. Lukt dat niet, dan is er snel de juiste ondersteuning op maat, want niemand mag tussen wal en schip raken. Het eindbeeld is *Breda: stad met zorg op maat*. Dat is niet een stad waarin iedereen zorg ontvangt, maar met uitstekende (regionale) zorgvoorzieningen. Een stad waarin preventie vorm krijgt in eerstelijnsvoorzieningen en een aanpak vanuit het brede welzijnsveld. Inwoners kunnen daardoor zoveel mogelijk zorgvrij leven: waar nodig is er zorg. Zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie staan centraal. Vrijwilligers en professionals gaan hand in hand met elkaar. Met oog voor de mantelzorger, die in onze stad niet omvalt maar zich gesteund voelt. De bestaanszekerheid die dit geeft, maakt Breda tot een aantrekkelijke stad om te wonen. Het schept in de zorg veel werkgelegenheid met een regionale impact. Mensen kunnen veel meer dan nu hun eigen verantwoordelijkheid nemen en worden daarin gericht gestimuleerd vanuit het preventiebeleid. Voorbeeldprojecten komen breed voor het voetlicht en krijgen makkelijk navolging. Instellingen, infrastructuur en leefomgeving worden goed toegankelijk gemaakt zodat mensen met of zonder beperking goed uit de voeten kunnen en zich thuis voelen. Op weg naar de zorgstad, voor nu en in de toekomst.

Miriam Haagh  
Wethouder Zorg en Welzijn





# Toelichting op beleidsplan

## 1.1 Waarom dit beleidsplan

Om goed voorbereid te zijn op de invoering van de nieuwe Wmo is het belangrijk dat het beleidsplan en de Verordening vóór 1 november 2014 zijn vastgesteld door de Gemeenteraad. Dit is een wettelijke verplichting. Op 1 januari 2015 gaat de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning van start. De kaders, uitgangspunten en richtlijnen voor de uitvoering van de nieuwe Wmo zijn verwoord in het beleidskader, beleidsplan en de Verordening Wmo. Op 10 juli 2014 heeft de gemeenteraad het beleidskader vastgesteld. Dit beleidsplan is een nadere uitwerking en vormt de basis voor de verordening Wmo.

## 1.2 Hoe is het beleidsplan tot stand gekomen?

Bij het opstellen van het beleidsplan is een interactief proces gevolgd waarbij is samengewerkt met klankbordgroep Wmo, cliëntenraden VVT, aanbieders, zorgverzekeraar en de huisartsen. Daarnaast werd op 4 september 2014 een extra bijeenkomst met de Inspiratietafel georganiseerd waar met zorg- en welzijnsorganisaties en de zorgverzekeraar diverse onderwerpen uit het beleidsplan en de Verordening Wmo zijn besproken.

Hieronder is terug te vinden in hoeverre de verschillende disciplines zijn betrokken bij het opstellen van het beleidsplan en de verordening.

### *Wmo-klankbordgroep en cliëntorganisaties*

De Gemeente Breda hecht veel waarde aan cliëntparticipatie. We vinden het belangrijk dat cliënten goed betrokken worden bij het opstellen en de uitvoering van het beleid. In Breda is ervoor gekozen om het beleidskader, het beleidsplan en de Verordening samen met vertegenwoordigers van cliënten te maken. Hiervoor is een werkgroep opgericht waarin een afvaardiging van de klankbordgroep Wmo en de cliëntenraden VVT intensief meedenkt over het opstellen beleid. In diverse werksessies is er vanaf eind mei tot augustus samen met de werkgroep intensief gewerkt aan het tot stand komen van het beleidsplan en de Verordening. Daarnaast heeft op 31 juni 2014 een bijeenkomst plaatsgevonden waarbij met een aantal cliënten gesproken is over relevante onderwerpen uit het beleidsplan en de verordening. Tijdens deze bijeenkomst hebben individuele cliënten hun input gegeven.

### *Aanbieders*

Welke afspraken de gemeente met stakeholders wil maken, met wie ze afspraken wil maken, onder welke voorwaarden (prijs/financiering, kwaliteit etc.) en hoe ze daarop gaat monitoren, zijn onderwerpen die de gemeente in haar contract- en subsidieafspraken regelt. De voorbereidingen hiervoor met de Inspiratietafel zijn al in volle gang. In mei 2013 is met het ondertekenen van de Ontwikkelovereenkomst een start gemaakt met de bestuurlijke aanbesteding en met de inkoop van de ondersteuning. Organisaties die de ontwikkelovereenkomst getekend hebben, nemen deel aan de Inspiratietafel. Het proces is zodanig ingericht dat er ruimte blijft voor nieuwe toetreders. De Inspiratietafel is het platform waarmee organisaties meepraten en meedenken over de inrichting van de nieuwe Wmo. Ook cliëntenraden en de klankbordgroep Wmo zijn hierbij betrokken. Daarnaast zijn er diverse bijeenkomsten geweest waarbij aan zorgprofessionals gevraagd is om vanuit hun ervaring mee te denken over de inrichting van de nieuwe Wmo.

De uitgangspunten en uitwerking in dit beleidsplan hangen samen met de afspraken en input van de Inspiratietafel. Hiermee zijn organisaties die de Ontwikkelovereenkomst getekend hebben betrokken bij het opstellen van het beleidsplan en de verordening.

### *Zorgverzekeraars*

De zorgverzekeraar CZ is uitgenodigd om deel te nemen aan de Inspiratietafel. Gemeente Breda en CZ hebben medio 2012 een intentieverklaring getekend om te komen tot duurzame samenwerking. In eerste instantie richten we ons op een soepele overgang van taken AWBZ naar gemeente en zorgverzekeraar. Daarna gaan we volop inzetten op een goede afstemming van het beleid en de uitvoering van die taken om overlap en afwenteling te voorkomen en samen een optimaal aanbod van zorg en ondersteuning voor de inwoners te realiseren. Hiertoe zullen we halfjaarlijks met CZ overleg hebben om zo tot een gezamenlijk agenda te komen.

Daarnaast is CZ uitgenodigd voor de bijeenkomst met de Inspiratietafel van 4 september 2014. Tijdens deze bijeenkomst worden het beleidsplan en de verordening besproken.

### *Huisartsen*

Een goede samenwerking met de huisartsen vinden we belangrijk. We vinden het van groot belang dat ook de kennis en expertise van huisartsen optimaal worden benut. We willen dat huisartsen ook naar een wijkteam kunnen doorsturen en dat huisartsen meesignaleren en -monitoren hoe het met mensen gaat. We vinden het belangrijk om met de huisartsen in gesprek te blijven over het meedenken en vormgeven van nieuwe ontwikkelingen. In dat kader willen we zoveel mogelijk aansluiting zoeken bij lopende pilots waar huisartsen reeds bij betrokken zijn. We willen voorkomen dat trajecten naast elkaar lopen en zoeken daarom integraal goede afstemming met de huisartsen. In dit kader heeft de gemeente de samenwerking gezocht met de huisartsenzorggroep Breda e.o., het huisartsenteam en de huisartsenkring West-Brabant. Met hen is afgesproken om hen in een vroeg stadium te betrekken bij de inrichting van de wijkteams, met als doel goede aansluiting met de huisartsen. Gesprekken hierover lopen en worden gecontinueerd.

### *Raadsleden*

De decentralisatie AWBZ is op verschillende momenten besproken in de raadscommissie. Het beleidskader Wmo is op 10 juli 2014 vastgesteld. Het inkoopproces rondom de nieuwe taken is te volgen via de gemeentelijke website. Op 25 augustus 2014 heeft een informatiebijeenkomst plaatsgevonden over de huishoudelijke verzorging. In oktober 2014 wordt met de Raad stilgestaan bij de maatschappelijke doelen en resultaten die we nastreven en hoe we die het meest effectief kunnen bereiken. Daarnaast is de Raad via raadsbrieven periodiek geïnformeerd over diverse onderwerpen die met de decentralisatie te maken hebben.

De doorontwikkeling van het beleid willen we in de transformatiefase op dezelfde manier samen met alle betrokken partijen vormgeven. Zie ook paragraaf 10.2 van dit beleidsplan.

### 1.3 Aanleiding

Voor de gemeente is de Wmo niet nieuw. Op grond van de huidige Wmo heeft de gemeente al veel taken, verantwoordelijkheden en ervaringen. Met de nieuwe Wmo komen daar de volgende taken en verantwoordelijkheden bij:

Wmo nu	Wmo per 1 januari 2015
In de huidige Wmo staan negen prestatievelden centraal: 1. De leefbaarheid en sociale samenhang in dorpen, wijken en buurten bevorderen. 2. Jeugdigen met problemen met opgroeien en ouders met problemen met opvoeden preventief ondersteunen. 3. Informatie, advies en cliëntondersteuning geven. 4. Mantelzorgers en vrijwilligers ondersteunen. 5. Bevorderen dat mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en mensen met een psychosociaal probleem deelnemen aan het maatschappelijk verkeer en zelfstandig functioneren. 6. Mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en mensen met een psychosociaal probleem voorzieningen verlenen om hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer te behouden. (hieronder vallen de maatwerkvoorzieningen: woonvoorzieningen, huishoudelijke verzorging, deeltaxi- vervoer, hulpmiddelen Wmo waaronder de rolstoelen en scootmobielen etc.) 7. Maatschappelijke opvang bieden, waaronder vrouwenopvang. 8. Openbare geestelijke gezondheidszorg bevorderen, met uitzondering van psychosociale hulp bij rampen. 9. Verslavingsbeleid bevorderen.	Idem, maar binnen de nieuwe wet niet meer benoemd als prestatievelden.  In de nieuwe wet worden de prestatievelden onder het begrip 'maatschappelijke ondersteuning' samengevat in deze omschrijving: 1. bevorderen van de sociale samenhang, de mantelzorg en vrijwilligerswerk, de toegankelijkheid van voorzieningen, diensten en ruimten voor mensen met een beperking, de veiligheid en leefbaarheid in de gemeente, alsmede voorkomen en bestrijden van huiselijk geweld, 2. 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. bieden van beschermd wonen en opvang.
	Ondersteuning gericht op 'begeleiding', inclusief vervoer.
	Kortdurend verblijf
	Deel van de functie 'persoonlijke verzorging' gericht op begeleiding
	Mantelzorgcompliment
	Onafhankelijke cliëntondersteuning
	Tegemoetkoming meerkosten
	Anonieme telefonische/elektronische hulpdienst
	Inkoop specialistische begeleiding zintuiglijk gehandicapten.
	Landelijke dovertolk voorziening.
	<b>Niet in dit beleidsplan:</b>
	Inloop GGZ
	Beschermd wonen

Het Rijk heeft er met de invoering van de nieuwe Wmo voor gekozen om meer taken te decentraliseren. Deze keuze wordt door gemeenten uitdrukkelijk onderschreven. Het gaat hierbij om taken die voorheen op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten geregeld waren. Dit wordt de decentralisatie AWBZ naar de Wmo genoemd.

Gemeenten worden breder verantwoordelijk voor het bieden van ondersteuning aan mensen met beperkingen. De gedachte hierachter is dat mensen op die manier de ondersteuning en zorg vanuit hun naaste omgeving aangeboden krijgen, die het best aansluit op de persoonlijke omstandigheden en levensfase.

Kernwoorden daarbij zijn: (meer) gebruik maken van eigen kracht van mensen, een integrale aanpak, sturen op resultaat en ondersteuning dichtbij organiseren. Daar hoort ook het verschuiven van tweedelijnszorg (zorg waar een verwijzing voor nodig is) naar eerstelijnszorg (zorg die direct toegankelijk is) en nuldelijnszorg (zorg door familieleden, mantelzorgers en vrijwilligers).

Samenvattend het maximaal inzetten op de eigen kracht van mensen en ontzorgen. Hier ligt enerzijds een besparings- en bezuinigingsmotief aan ten grondslag, anderzijds sluit deze ontwikkeling aan bij de maatschappelijke ontwikkeling dat mensen zelfstandiger keuzes

willen maken en verantwoordelijk willen zijn voor zelf te kiezen zorgarrangementen. Het vergroten van de onderlinge betrokkenheid is daar onderdeel van, onder meer door de positie van mantelzorgers en vrijwilligers te versterken.

Een van de belangrijkste taken die naar de gemeente overkomt is de begeleiding, zowel 'individuele begeleiding' als 'dagbesteding'. Vanaf 1 januari 2015 is de gemeente verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die tot dan toe op deze vormen van zorg waren aangewezen.

### Begeleiding

Onder begeleiding vallen activiteiten die bedoeld zijn om de zelfredzaamheid te bevorderen, behouden of compenseren, verblijf in een instelling zo lang mogelijk uit te stellen en verwaarlozing te voorkomen. Bijvoorbeeld beheren van (huishoud)geld of hulp bij administratie, hulp bij of overnemen van post, regelen en afhandelen van praktische zaken. Het gaat ook om ondersteunen bij of oefenen met structuur of regie, zoals hulp bij plannen, stimuleren en voorbespreken van activiteiten of hulp bij op- en bijstellen van de dag- en weekplanning. De dagelijkse routine. Begeleiding binnen de AWBZ is momenteel mogelijk in de vorm van individuele begeleiding of begeleiding in groepsverband (dagbesteding). Voorbeelden zijn zorgboerderijen of spelactiviteiten voor beginnend dementerende ouderen.

De gemeente wordt ook verantwoordelijk voor:

- Kortdurend verblijf: dit is een vorm van respijtzorg en herstellzorg. Door de cliënt tijdelijk voor enkele dagen op te vangen (logeeropvang) krijgt de mantelzorger of vrijwilliger adempauze.
- Inloop GGZ: een ontmoetingsplaats in de wijk voor mensen met GGZ-problematiek waar zij anderen kunnen ontmoeten en waar hun ziekte en behandeling er niet toe doen.
- Beschermd wonen: ondersteuning bij zelfstandig wonen voor mensen met hoofdzakelijk psychiatrische problematiek.
- Onafhankelijke cliëntondersteuning: ondersteuning van mensen bij allerlei zaken waaronder contacten met hulpverleners en instellingen, gemeenten en zorgverzekeraars.
- Anonieme telefonische/elektronische hulpdienst: een hulpdienst die anoniem een luisterend oor biedt aan mensen in maatschappelijke of geestelijke nood.
- Een gedeelte van de 'persoonlijke verzorging': aanvullende ondersteuning bij algemene dagelijkse levensverrichtingen voor mensen met een zintuiglijke of verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek. De rest van de 'persoonlijke verzorging' gaat naar de zorgverzekeringswet.
- Mantelzorgcompliment: een jaarlijkse blijk van waardering voor mantelzorgers door het Rijk in de vorm van een geldbedrag.
- Opvolging Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg): een tegemoetkoming voor mensen met een beperking en daarmee verband houdende meerkosten, ter ondersteuning van zelfredzaamheid en participatie.

Met de decentralisatie AWBZ naar de Wmo krijgen gemeenten de taak om te zorgen dat mensen deel blijven nemen aan de samenleving. Waar nodig moeten ze met individuele voorzieningen de beperkingen compenseren die zij hierbij ondervinden. Het is belangrijk dat er een goede balans gevonden wordt tussen de eigen verantwoordelijkheid en die van de overheid.

Voor de gemeente is de decentralisatie een kans om ondersteuning beter en slimmer te organiseren. Weliswaar met minder budget, maar wel met de kans en beleidsvrijheid voor een fundamenteel nieuwe aanpak. In Breda zijn we al jaren bezig met het anders kijken naar de ondersteuningsvraag. Niet vanuit de onmogelijkheden van de mensen, maar vanuit de eigen mogelijkheden en de kracht van de sociale omgeving. Ook investeert de gemeente al geruime tijd in het slim afspraken maken met zorg- en welzijnsorganisaties. Deze ervaring geeft ons de overtuiging dat we met een nieuwe aanpak veel kunnen bereiken en dat het geld daar terecht komt waar dit het hardst nodig is.

Dit beleidsplan is een eerste aanzet voor de inrichting van de nieuwe aanpak.

#### 1.4 Geldigheidsduur

De aanpassing van de uitvoering van de nieuwe Wmo is omvangrijk. Het gaat om voorzieningen waarvan veel cliënten afhankelijk zijn. Een dussdanige veranderopgave (transformatieagenda) dat meerdere jaren nodig zijn om deze in volle omvang te laten slagen. Zorgvuldigheid staat voorop. Ons streefbeeld is Zorgstad voor nu en de toekomst. Vanwege de complexiteit van het sociale domein kiezen we voor zoveel mogelijk flexibiliteit in werkprocessen om steeds te kunnen bijsturen als de situatie daarom vraagt, op basis van nieuwe inzichten of opgaven. Dit betekent ook flexibiliteit in bijstelling van het beleidsplan en de Verordening. Volgens het principe van de 'lerende organisatie'. Het beleidsplan en de Verordening zijn daarmee geldig tot het moment dat nieuwe inzichten of opgaven aanpassingen vragen. Omdat we het van groot belang vinden de raad nauw te betrekken bij de uitvoering van de Wmo en hen mee te nemen bij nieuwe ontwikkelingen, kiezen we er expliciet niet voor om aan de gemeenteraad te vragen deze aanpassingen te mandateren aan het college.

Om deze ontwikkelingen goed te kunnen volgen, zijn de ervaringen van cliënten en hun sociaal netwerk van groot belang, evenals de ervaringen van andere betrokkenen zoals aanbieders, maatschappelijke organisaties, zorgverzekeraar, huisartsen, etc. Daarnaast zijn de jaarlijkse cliëntervaringsonderzoeken, monitoring, ervaring vanuit de Inspiratietafel en het zorgmeldpunt belangrijke instrumenten.

#### 1.5 Afbakening

Dit beleidsplan beperkt zich tot de taken en verantwoordelijkheden die de gemeente al heeft op grond van de huidige Wmo en de taken en verantwoordelijkheden die zij erbij krijgt door de decentralisatie van de AWBZ begeleiding, kortdurend verblijf en een deel van de persoonlijke verzorging. Ook de vormgeving van het mantelzorgcompliment is onderdeel van dit beleidsplan. De overige nieuwe taken onder de noemer decentralisatie worden besproken binnen het Jeugdbeleid, het Maatschappelijke opvangbeleid (beschermd wonen en inloop GGZ) en het Participatiebeleid.

De invoering wordt lokaal georganiseerd. Om onnodige administratieve lasten en uitgaven te voorkomen, zijn op bestuurlijk niveau in de regio afspraken gemaakt om de thema's toegang, financiering en verantwoording samen uit te werken.



# Ondersteuningsopgave en trends / Wat is de situatie in Breda?

## 2.1 Trends en ontwikkelingen/ Cijfers en feiten op basis van AWBZ-informatie

De gegevens die geanalyseerd zijn bevatten de geldige indicaties op peildatum 14 juli 2014, de declaraties van aanbieders over de maanden januari tot en met mei 2014 en de toegekende PGB budgetten op peildatum 14 juli 2014.

Op basis van de verstrekte gegevens is nog niet volledig na te gaan welke mensen na 1 januari 2015 werkelijk een beroep voor ondersteuning op de gemeente zullen doen. Immers het afgeven van indicaties door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) loopt nog geheel 2014 door. Bovendien is niet precies na te gaan welke mensen hun indicatie niet zullen verzilveren.

Er is op basis van deze gegevens wel een schatting te maken van hoeveel van welke aard. Ook is voor een deel aan te geven om welke personen het gaat. Namelijk die personen waarvan nu al bekend is dat zij zorg afnemen en een indicatie hebben die doorloopt na 1 januari 2015.

Het aantal unieke personen met AWBZ indicaties is circa 2.050 (CIZ 14 juli 2014).

Het percentage cliënten dat hun indicatie binnen een half jaar verzilvert ligt op circa 81%.

Daarmee is niet zeker dat de overige 19% nooit zal verzilveren.

De Gemeente Breda mag in 2015 rond de 1.660 cliënten verwachten, daarvan is circa 67% al bekend vanwege een Wet werk en bijstand (Wwb) uitkering of een Wmo voorziening.

Dat betekent tussen rond de 550 nieuwe Wmo klanten en rond de 1.110 klanten die naast hun huidige Wwb of Wmo nog aanvullende Wmo ondersteuning zullen vragen.

Van de 1.660 cliënten heeft naar schatting 65% langdurig ondersteuning nodig (meer dan 5 jaar). Dat is circa 1.080 personen. 12,8% van de indicaties op peildatum 14 juli lopen in 2014 af. 22,9% loopt in 2015 af en 65,7% loopt af na 2015. Op basis van een gelijk blijvend volume en de aflopende indicaties in 2014 en 2015 mag verwacht worden dat jaarlijks rond de 23% tot 26% mensen uitstromen en evenveel weer zullen instromen. Dit is naar schatting rond de 500 tot 550 personen per jaar.

Het aantal cliënten met een psychiatrische grondslag (PSY) is het grootst (bijna 43%), gevolgd door de cliënten met een verstandelijke beperking (VG) bijna 25%.

Het gemiddeld aantal geïndiceerde mensen per 1.000 inwoners van 18 jaar en ouder in Breda is 14,2.

- Uitschieters naar beneden zijn de wijken 1 (Prinsenbeek) (7,0 per 1.000 inwoners) en 10 (Blauwe kei, Overakker, Ijpelaar, Ginneken; Zandberg, Sportpark) (8,1 per 1.000 inwoners).
- Uitschieters naar boven zijn de wijken 3 (Hoge Vucht en Doornbos-Linie) (24,0 per 1.000 inwoners) en 9 (Brabantpark en Heusenhout) (19,4 per 1.000 inwoners).

Het aantal klanten Wwb is 5.079.

Het aantal klanten IOAW/Z (Wet Inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte) is 262. Het aantal klanten huidige Wmo is 12.215.

Het aantal klanten WSW (Wet sociale werkvoorziening) is 1.233 (inwoners van Breda).

Daartussen is een samenloop van 848 klanten die een combinatie van voorzieningen hebben.

Het totaal aantal klanten is 17.941.

Er zijn 54 aanbieders die aan cliënten zorg in natura (ZIN) verlenen, waarvan er 14 (=26%) samen aan iets meer dan 80% van de cliënten zorg verlenen.





# Cliëntparticipatie

# 3

De rol van de overheid verandert snel: inwoners komen zelf met ideeën en initiatieven en wachten niet het initiatief van de gemeente af. Daarmee verandert ook de manier waarop mensen willen praten over het beleid en de uitvoering.

Betrokkenheid van cliënten bij de Wmo is in het hele proces van belang: van beleidsvorming of aanpassing tot en met de uitvoering. De wet zelf besteedt daar veel aandacht aan.

Voor Breda is dat niet nieuw omdat het goed aansluit bij de betrokkenheid zoals die nu al georganiseerd is.

Zoals al is aangegeven willen we bij de beleidsvorming van de nieuwe Wmo een flexibel traject volgen waarbij beleid snel wordt aangepast als nieuwe inzichten daarom vragen. De betrokkenheid van de cliënten hierbij is dus een continu proces. Met de klankbordgroep Wmo en de cliëntenraden VVT wordt bezien hoe deze betrokkenheid in de toekomst het beste vorm kan krijgen. Uitgangspunt is dat beide platforms betrokken worden bij de beleidsvorming en de uitvoering. Daarnaast zullen we ook individuele cliënten betrekken en hen bevragen over wat zij belangrijk vinden bij de uitvoering van de nieuwe Wmo.



# Wat willen we bereiken? Visie en gewenste resultaten

## 4.1 Visie en uitgangspunten

De Wmo is een belangrijk hulpmiddel voor het vergroten van de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van cliënten, daar waar nodig. De wet geeft nieuwe mogelijkheden om mensen te helpen om 'mee te doen in de samenleving'. Het gebruik en versterken van de eigen kracht van mensen staat voorop. Als iemand op eigen kracht of met hulp van zijn sociaal netwerk onvoldoende kan participeren, is het aan de gemeente om te compenseren. Ondersteuning richt zich op het bevorderen van de sociale samenhang, de toegankelijkheid van voorzieningen voor mensen met een beperking, de veiligheid en leefbaarheid en het tegengaan van huiselijk geweld.

Uitgangspunt is een efficiënte en effectieve maatschappelijke ondersteuning, gebaseerd op de eigen mogelijkheden, waarbij mensen zo lang mogelijk in hun eigen leefomgeving blijven. Dit is een beleidslijn waar we in de huidige Wmo al voor staan en die we in de nieuwe Wmo versterken en verankeren. Het is belangrijk dat Zorg en Welzijn dicht tegen elkaar aan georganiseerd worden en elkaar aanvullen en versterken.

Wie een probleem ervaart in het dagelijkse leven moet weten waar hij terecht kan. Samen met vrijwilligers, mantelzorgers en/of professionals wordt bekeken welke ondersteuning nodig is en hoe die kan plaatsvinden. Kan bijvoorbeeld een Eigen kracht-conferentie een uitkomst bieden? Welke rol kan het netwerk spelen bij ouderen die in een isolement dreigen te geraken? We ontwikkelen daarvoor een sluitend proces om de cliënt via één aanspreekpunt te helpen bij het oplossen van zijn maatschappelijk probleem. Uitgangspunt is ondersteuning zo dicht mogelijk bij de cliënt (thuis, wijk) en vanuit de gedachte 'één gezin, één plan, één regisseur'. Mensen ondersteunen om zelf oplossingen te vinden en waar dat niet lukt maatwerkvoorzieningen aanbieden.

We hanteren de piramide van eigen kracht, waarbij de zorg goedkoper wordt naarmate de zorg en ondersteuning in de eigen omgeving gevonden kan worden:

*Piramide van eigen kracht:*



Het sociaal beleid is gericht op de principes van maatwerk, keuzevrijheid, regelarm en financiële draagkracht. Dichtbij en vrijwillig waar het kan, professioneel waar het moet. Wijkgerichte aanpak voor ondersteuning dicht bij huis, in de directe omgeving, de omliggende straten en buurt, op wijkniveau. Wijken en dorpen zijn de schaal van de toekomst. Daar organiseren we met bewoners, vrijwilligers en professionals zorg, welzijn en participatie.

Individueel maatwerk waar professionele zorg nodig is, daar staan wij voor. Dat vraagt van het bestuur en de betrokken organisaties om een flexibele, alerte en proactieve houding. Immers iedere situatie is uniek en kan veranderen. Bureaucratie staat dat niet in de weg! Wij verwijzen de vraag, niet de vraagsteller!

We hanteren de volgende uitgangspunten:

- Vrijwillig waar het kan, professioneel waar nodig.
- Dichtbij huis, herkenbare aanspreekpunten.
- Eén plan is leidend.
- Zorgen voor elkaar doen we samen. Vrijwillig en professioneel in één hand.
- Van systeemdenken naar mensgericht werken: niet zorgaanbod of product staat centraal maar de vraag van de cliënt.
- Bij verwijzing sturen we de vraag door en niet de vraagsteller.
- Zorg- en welzijnsorganisaties kijken 'over de eigen muren' heen. Samenwerken is het uitgangspunt.

#### 4.2 Te behalen doelen en resultaten

Maatschappelijke doelen:			
1. Goede zorg doen we samen.	2. Toegang tot zorg en ondersteuning is herkenbaar en wijkgericht geregeld.	3. 'Eén gezin, één plan en één regisseur'.	4. Er is een betaalbaar, duurzaam en efficiënt ondersteunings-systeem met aandacht voor de kwaliteit van de te leveren zorg en ondersteuning.
Doelen specifiek gericht op de (potentiële) cliënt:			
5. Mensen leven zo zelfstandig mogelijk in de eigen omgeving, eigen kracht en kracht van het sociaal netwerk staan centraal. mensen wonen (langer) thuis en doen naar vermogen mee in de samenleving.		6. Mensen en hun sociaal netwerk zijn tevreden over de ondersteuning die zij (kunnen) krijgen.	

#### Maatschappelijke doelen:

1. Goede zorg doen we samen.  
Eigen kracht en de kracht van het sociaal netwerk staan hierbij centraal.

#### Beoogde resultaten:

- Voor de levering van zorg en ondersteuning zijn er betaalbare, duurzame en efficiënte afspraken met zorg- en welzijnsaanbieders waarbij de cliënt voorop staat en aanbieders samen met de gemeente verantwoordelijkheid nemen voor de inzet voor goede zorg en ondersteuning.
- Zorg- en welzijnsorganisaties kijken 'over de eigen muren' heen. Samenwerken is het uitgangspunt.
- Cliënten worden betrokken bij de beleidsvoorbereiding en de uitvoering.
- Cliënten voelen zich medeverantwoordelijk voor de inzet van goede zorg en ondersteuning.
- De gemeente motiveert/faciliteert de beweging van zorgafhankelijkheid naar het benutten van eigen kracht en kracht van het sociale netwerk (bijvoorbeeld door het ondersteunen en stimuleren van initiatieven van inwoners). Zorg- en welzijnsorganisaties onderschrijven deze beweging.
- Er zijn voldoende algemene voorzieningen waar cliënten gebruik van kunnen maken ter bevordering van zelfredzaamheid, als ze dat niet op eigen kracht of met behulp van hun omgeving kunnen.
- Verschuiving van gebruik van duurdere maatwerkvoorzieningen naar goedkopere algemene voorzieningen.



- Er is een werkbaar cliëntvolgsysteem waarmee we de cliëntprocessen kunnen volgen en bijsturen als dat nodig is.
  - Zorg en Welzijn gaan hand in hand, versterken elkaar en vullen elkaar aan.
  - De uitvoering van zorg en ondersteuning wordt afgestemd met de huisartsen en de zorgverzekeraars met als resultaat een optimale verbinding met de zorgverzekeringswet. Samenwerken is uitgangspunt.
2. De toegang tot zorg en ondersteuning is herkenbaar en wijkgericht geregeld.
- Beoogde resultaten:*
- Herkenbare toegang voor zorg en ondersteuning waar cliënten terecht kunnen voor vragen over zorg en ondersteuning: 'Zorg voor elkaar Breda'.
  - De uitvoering van 'Zorg voor elkaar' is afgestemd op de uitvoering van de wijkteams. Beide werken vanuit het principe van de piramide van eigen kracht, versterken elkaar en vullen elkaar aan.
  - Daar waar vragen gericht zijn op maatwerkvoorzieningen is het wijkteam beschikbaar om deze vragen op te pakken.
  - Het wijkteam werkt wijkgericht, dicht bij de burger en beoordeelt of er een noodzaak is voor een eventuele maatwerkvoorziening.
  - Achter 'Zorg voor elkaar' zitten de algemene en voorliggende voorzieningen en het wijkteam. In het wijkteam vindt de beoordeling van de inzet van een maatwerkvoorziening plaats.
3. 'Eén gezin, één plan, één regisseur'
- Beoogde resultaten:*
- Organisaties en gemeente werken volgens de piramide van eigen kracht en "één gezin, één plan, één regisseur".
  - Organisaties en gemeente werken met elkaar aan één maatschappelijk dossier per cliënt.
  - Organisaties werken volgens het uitgangspunt 'niet de vraagsteller verwijzen maar de vraag'.

4. Er is een betaalbaar, duurzaam en efficiënt ondersteuningssysteem met aandacht voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning.

*Beoogde resultaten:*

- Beperkte overheadkosten.
- Financieel duurzame afspraken over maatwerkvoorzieningen en algemene voorzieningen.
- Op innovatie en efficiency gerichte inzet van maatschappelijke organisaties (minder bureaucratie).
- Realisatie binnen het beschikbare budget.
- Voldoende aandacht voor de kwaliteit voor zorg en ondersteuning.

**Doelen specifiek gericht op de (potentiële) cliënt:**

5. Mensen leven zo zelfstandig mogelijk in de eigen omgeving, eigen kracht en de kracht van het sociaal netwerk staan centraal. Ze wonen (langer) thuis en doen naar vermogen mee in de samenleving.

*Beoogde resultaten:*

- Iedere cliënt heeft toegang tot informatie over alle ondersteuning en voorzieningen in de gemeente, zodat cliënten optimaal in staat worden gesteld om hun eigen kracht te benutten.
- De zelfredzaamheid van mensen neemt zoveel mogelijk toe.
- Toename participatie van mensen.
- Cliënten voelen zich minder eenzaam.
- Zorg en ondersteuning vanuit vrijwilligers, mantelzorgers en professionals is goed op elkaar afgestemd.

6. Mensen en hun sociaal netwerk zijn tevreden over de ondersteuning die zij (kunnen) krijgen.

*Beoogde resultaten:*

- Mensen zijn tevreden over Zorg voor elkaar, de wijkteams en de dienstverlening van aanbieders van algemene en maatwerkvoorzieningen.
- Mantelzorgers en vrijwilligers voelen zich voldoende ondersteund.
- Er zijn minder overbelaste mantelzorgers.
- In de cliëntbeleving neemt de zelfredzaamheid en de participatie toe.
- Mensen ervaren dat ze beter kunnen deelnemen aan de maatschappij.
- Maatwerk is uitgangspunt. De cliënt ervaart dat maatwerk wordt toegepast en heeft het gevoel persoonlijk behandeld te worden.
- Keuzevrijheid van de cliënten.







# Hoe gaan we het organiseren?

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe we de uitvoering van de Wmo opnieuw vormgeven, van de eerste melding tot de monitoring van een verstrekte voorziening.

## 5.1 Toegang tot ondersteuning en vaststellen ondersteuningsbehoefte (inclusief onderzoek, aanvraag en melding)

Bij het ondersteunen van mensen gaan we uit van de zelfredzaamheid, en de eigen kracht van mensen. Uitgangspunt is de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt om het probleem zelf of met steun van de omgeving op te lossen. Vervolgens wordt beoordeeld of een vrijwilliger of een algemene voorziening een oplossing kunnen bieden. Als dat niet voldoende is, beoordelen we de mogelijkheden voor een voorziening. In eerste instantie een algemene (welzijns)voorziening, waar nodig aangevuld met een maatwerkvoorziening. We gaan voor snelheid en efficiëntie. Als tijdens het gesprek met de cliënt blijkt dat meteen een maatwerkvoorziening nodig is, dan moet deze snel kunnen worden ingezet. Hierbij vinden we het belangrijk om te monitoren dat de beoogde resultaten ook echt gehaald worden.

In de uitvoering bezien we of we bij het beoordelen van de ondersteuningsbehoefte de zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) kunnen toepassen. De ZRM is een instrument waarmee we de mate van zelfredzaamheid van cliënten eenvoudig en volledig kunnen beoordelen. We zien dit als het een hulpmiddel bij het opstellen van het persoonlijk plan. Samen met aanbieders gaan we kijken naar een doorontwikkeling van dit model.

De ZRM heeft elf domeinen waarop de mate van zelfredzaamheid wordt beoordeeld en die sterk met elkaar samenhangen. Ze hebben alle betrekking op het dagelijks leven en zijn zo gedefinieerd dat ze elkaar niet of nauwelijks overlappen. De domeinen van de ZRM zijn: Financiën, Dagbesteding, Huisvesting, Huiselijke relaties, Geestelijke gezondheid, Lichamelijke gezondheid, Verslaving, Activiteiten Dagelijks Leven, Sociaal netwerk, Maatschappelijke participatie, en Justitie. Dit zijn de noodzakelijke en niet-overbodige gebieden die in iedere volwassen persoon (in de Nederlandse samenleving) bepalend zijn voor de effectiviteit, productiviteit en kwaliteit van leven.

Met de ZRM kan relatief eenvoudig een volledig overzicht verkregen worden van een complexe situatie met diverse en uiteenlopende facetten die een belangrijke rol spelen in de mate waarin een persoon een productief en kwalitatief goed leven kan leiden: zelfredzaamheid.

Voor meer informatie zie [www.zelfredzaamheidsmatrix.nl](http://www.zelfredzaamheidsmatrix.nl)

### 5.1.1 Zorg voor elkaar Breda: de toegang naar zorg en ondersteuning

We kiezen voor een eenduidige toegang, waarbij het voor de cliënt duidelijk is waar hij terecht kan met vragen over zorg en maatschappelijke ondersteuning: 'Zorg voor elkaar Breda'. Het huidige platform Zorg voor elkaar is daar nu al de basis voor. De doorontwikkeling van Zorg voor elkaar zal de gemeente samen met de betrokken partijen verder vormgeven.

Het huidige platform Zorg voor elkaar is een samenwerkingsverband van twaalf Bredase informele zorginstellingen waar burgers via één aanspreekpunt hulp kunnen vinden én geven. Het kan gaan om praktische hulp: klusjes, vervoer en/of administratie bijhouden. Of om sociaal contact: huisbezoek, een maatje en/of individuele ondersteuning. Via Zorg voor elkaar Breda worden mensen bij elkaar gebracht en geholpen om voor elkaar van waarde te zijn. Hierbij wordt, als dat nodig is, nauw samengewerkt met professionele hulpverleners. Achter het telefoonnummer van Zorg voor elkaar werken de Bredase informele organisaties samen, zodat zoeken niet meer nodig is: één aanspreekpunt voor hulp en ondersteuning. Zorg voor elkaar vergroot de informele zorgcapaciteit in onze gemeente en brengt laagdrempelig en

gebruiksvriendelijk vraag en aanbod bij elkaar. Het biedt passende hulp bij een stijgende vraag naar informele zorg. Het platform is een belangrijke vindplaats voor voorliggende en algemene voorzieningen, dat de komende jaren verder ontwikkeld wordt. Een mooie ontwikkeling die een belangrijke rol kan spelen in het preventiebeleid.

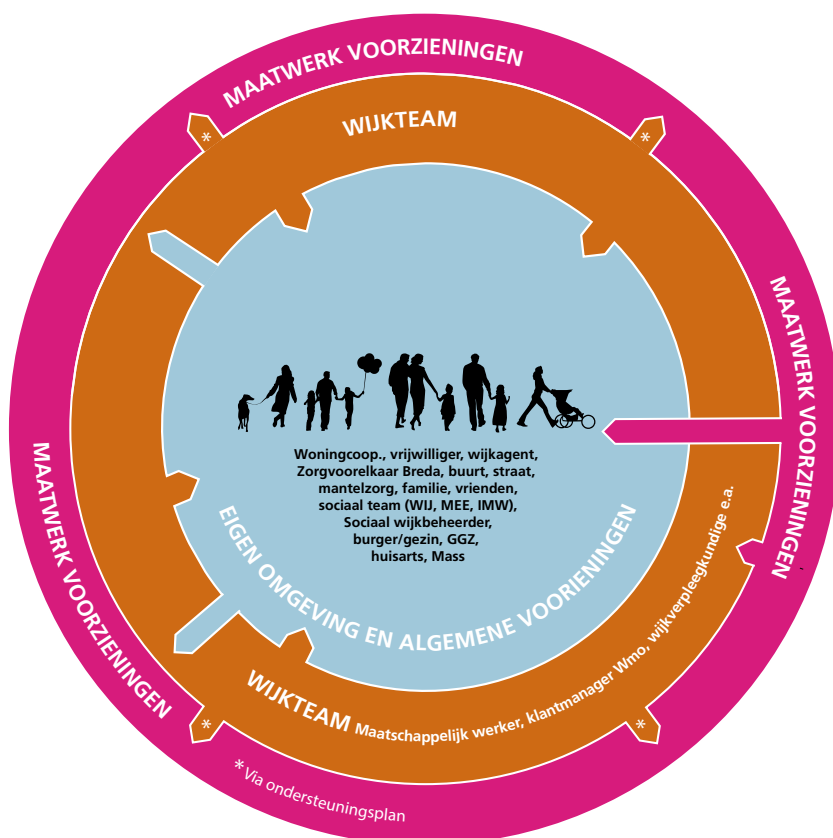
In de praktijk werken Zorg voor elkaar, de sociale teams en de wijkteams intensief met elkaar samen.

Het sociaal team bestaat uit maatschappelijk werkers van IMW, WIJ en MEE en werkt nauw samen met andere zorg-, hulp- en dienstverleners in de wijk zoals vrijwilligers, wijkverpleegkundigen, huisartsen, GGZ consulenten en huismeesters. Als er bijvoorbeeld problemen zijn in de relatie met de partner, als er schulden zijn of vragen over het leven met een beperking, kan het sociaal team hulp bieden. Ook als er ondersteuning nodig is bij het zelfstandig functioneren vanwege leeftijd of beperking, kunnen mensen bij het sociaal team terecht. Hiermee is het sociaal team ook een belangrijke vindplaats voor voorliggende en algemene voorzieningen. Voor vragen die gericht zijn op een maatwerkvoorziening is het belangrijk dat er vanuit het sociaal team aansluiting komt met de wijkteams en andersom (zoals bijvoorbeeld het hanteren van dezelfde wijkindeling).

Via Zorg voor elkaar is de toegang tot de sociale teams en de wijkteams geregeld. De eventuele toekenning van een maatwerkvoorziening loopt altijd via het wijkteam.

Samenwerken is het uitgangspunt, wijkteams, sociale teams en Zorg voor elkaar versterken en vullen elkaar aan. De platforms hebben ieder hun eigen expertise. Zorg voor elkaar richt zich meer op de onderkant van de piramide (versterken eigen kracht, sociaal netwerk en algemene voorzieningen) en is een belangrijke vindplaats voor algemene voorzieningen. Het wijkteam werkt ook vanuit de piramide van eigen kracht en heeft het mandaat om een eventuele maatwerkvoorziening in te zetten.

*Toegang naar de algemene voorziening en de maatwerkvoorziening:*



De blauwe cirkel is gericht op oplossingen van problemen die cliënten ervaren op basis van eigen kracht, inzet van het sociale netwerk en voorliggende en algemene voorzieningen: 'Zorg voor elkaar Breda'. Voor de cliënt is Zorg voor elkaar telefonisch, via internet en/of fysiek in de wijk te bereiken. Hiermee is het voor de cliënt duidelijk waar hij terecht kan met vragen over zorg en ondersteuning. Via Zorg voor elkaar Breda is de toegang naar zorg en ondersteuning geregeld.

De oranje cirkel geeft de toegang tot de maatwerkvoorzieningen van de Wmo en de zorgverzekeringswet weer (via Zorg voor elkaar te bereiken). Hierbij regelt het wijkteam de eventuele toekenning tot de maatwerkvoorzieningen van de Wmo en de zorgverzekeraar de toegang tot de maatwerkvoorzieningen van de zorgverzekeringswet.

Het wijkteam bekijkt samen met de cliënt of er een noodzaak is voor een maatwerkvoorziening. Dit betekent dat de weg naar 'duurdere' maatwerkvoorzieningen via het wijkteam loopt.

Als de te behalen resultaten met een algemene voorziening kunnen worden opgevangen, wordt geen duurdere maatwerkvoorziening ingezet. Hierop wordt gestuurd.

Het wijkteam bekijkt kritisch met de cliënt of maatwerk nodig en geschikt is. Het persoonlijk plan is het instrument waarin dit wordt vastgelegd. Daar waar nodig heeft de generalist de mogelijkheid om samen met de cliënt snel aanpassingen door te voeren in het plan (extra inzet of juist minder inzet). Als na verloop van tijd ondersteuning vanuit eigen kracht, sociaal netwerk of algemene voorzieningen uitkomst kan bieden (eventuele verandering van de ondersteuningsbehoefte) dan wordt de ondersteuning daarop aangepast (zie de pijl van maatwerkvoorzieningen terug naar eigen kracht en algemene voorzieningen).

### 5.1.2 Beoordeling van een maatwerkvoorziening via het wijkteam

Als eigen kracht, het sociale netwerk en algemene voorzieningen onvoldoende bijdragen aan het oplossen van een individueel maatschappelijk probleem, wordt beoordeeld of een maatwerkvoorziening nodig is.

Maatwerkvoorzieningen zijn afgestemd op de persoon, bijvoorbeeld individuele begeleiding, dagbesteding, woonvoorzieningen, vervoer, huishoudelijke verzorging en hulpmiddelen zoals rolstoelen en scootmobielen.

Bij de beoordeling van de noodzaak van een maatwerkvoorziening gelden de volgende uitgangspunten:

1. De beoordeling van de noodzaak van een maatwerkvoorziening loopt via het wijkteam.
2. Het persoonlijk plan is de basis voor de inzet van een maatwerkvoorziening en gaat uit van het principe 'één gezin, één plan, één regisseur'.
3. De aanbieder geeft samen met de cliënt invulling aan het persoonlijk plan en de te leveren ondersteuning. Hierover maken we contractueel afspraken met de aanbieders.
4. We hanteren een sluitend proces aan de hand van monitoring en cliëntvolgsysteem; daar waar nodig sturen we in overleg met de cliënt bij.

### *Wijkteam*

Het wijkteam bestaat uit generalistische professionals (generalisten) die de vragen van mensen oppakken en een afweging maken over al dan niet inzetten van een maatwerkvoorziening.

### *Generalisten van het wijkteam*

Professionals die geschoold zijn om met de mensen zelf naar hun mogelijkheden te kijken. Ze hebben de juiste competenties om het gesprek te voeren en het persoonlijk plan op te stellen. Ze werken onafhankelijk (geen leveringsbelang). Ze brengen samen met de cliënt in kaart wat de vraag is, wat de cliënt samen met zijn netwerk zelf kan doen en waar eventueel aanvullende inzet nodig is van een vrijwilliger. Ook wijst de generalist de weg naar relevante algemene voorzieningen. Waar nodig bepaalt de generalist of de cliënt gebruik kan maken van een maatwerkvoorziening. Ze helpen de cliënt bij het opstellen van het persoonlijke plan en volgen de cliënt bij de invulling ervan. Ze bewaken of de resultaten uit het plan ook behaald worden. Waar nodig kan de generalist de ondersteuning snel vergroten of verkleinen.

### *Persoonlijk plan*

In het persoonlijk plan staat welke problemen de cliënt ervaart bij zijn maatschappelijke participatie, hoe invulling gegeven wordt aan het zoveel mogelijk oplossen van de problemen en de beoogde doelen en resultaten. Het persoonlijk plan is leidend voor de aanbieder van de maatwerkvoorziening. In het persoonlijk plan is aandacht voor vrijwilligers en mantelzorgers als aansluiting op professionele zorg: goede zorg doen we samen.

### *Samenstelling wijkteam*

Als start vormen de huidige klantmanagers Wmo, wijkverpleegkundigen en welzijns- en zorgprofessionals de spil van de wijkteams. De wijkteams vullen we aan met specifieke kennis (onder andere MEE, Amarant en CIZ). Hierin zoeken we de samenwerking met de bestaande partijen in de stad op. Ook organiseren we dat de 2e lijn consultatiefunctie beschikbaar is voor het wijkteam (GGZ en VG-problematiek). Hierbij bezien we of we een verbinding kunnen maken met inloop GGZ.

Op basis van een pilot starten we in twee of drie wijken in 2015 al met uitbreiding van het team met medewerkers die aanvullende kennis hebben op het gebied van participatie, de klantmanagers van ATEA. Op termijn streven we naar uitbreiding binnen alle wijkteams. Binnen de wijkteams is de wijkverpleegkundige de schakel naar de ondersteuning buiten de Wmo (zorgverzekeringswet). We zoeken aansluiting met het ZoWel model dat zorgverzekeraar CZ hanteert. Dit model beschrijft de toegang tot de zorgverzekeringswet en richt zich op het verbinden van het medisch en het sociale domein.

#### **5.1.2.1 Persoonlijk plan**

De generalist gaat in gesprek met de cliënt, zijn mantelzorger(s) en eventueel zijn sociaal netwerk (huisbezoek) en helpt de cliënt met het opstellen van een persoonlijk plan, de doelen en resultaten. Bij het opstellen van het plan is er veel aandacht voor de aanwezige mantelzorgers. De ondersteuning door mantelzorgers is een vast onderdeel van het plan. De generalist bespreekt de belasting van de mantelzorger en stelt zijn behoefte aan ondersteuning van de mantelzorger vast. De generalist heeft mandaat om snel de benodigde maatwerkvoorziening in te zetten en gedurende de looptijd het persoonlijk plan in overleg met de cliënt aan te passen.

Als een maatwerkvoorziening nodig is, staat de keuze van de cliënt voor een bepaalde aanbieder voorop. De generalist kan helpen bij het zoeken naar een geschikte aanbieder, aangezien hij goed op de hoogte is van de expertise van de verschillende aanbieders. De generalist kent het wijknetwerk en het stedelijk aanbod. De cliënt kan bij de maatwerkvoorziening kiezen tussen zorg in natura of een persoonsgebonden budget (pgb). Zie bij 'keuzevrijheid en pgb' welke uitgangspunten we hanteren bij het pgb.

### Rol aanbieders

Contractueel wordt met de aanbieders van zorg in natura afgesproken dat zij, in overleg met de cliënt en de generalist, in het persoonlijk plan invulling geven aan de te behalen doelen en resultaten. De aanbieder geeft aan hoe hij de cliënt gaat ondersteunen. De gemeente maakt contractueel afspraken met aanbieders over de levering van ondersteuning (zorg in natura). Binnen de contracten zijn prijs en kwaliteit van de zorg leidend en hebben we aandacht voor goed werkgeverschap.

Als er sprake is van een pgb moet de cliënt in een budgetplan aangeven hoe hij dit gaat inzetten om de resultaten uit het persoonlijk plan te bereiken.

#### Mantelzorg en het persoonlijk plan:

- Bij het opstellen van het persoonlijk plan is er aandacht voor de aanwezige mantelzorgers.
- Mantelzorg is vrijwillig.
- De ondersteuningsbehoefte, wensen en de belasting van de mantelzorgers worden in beeld gebracht.
- De mantelzorgers worden betrokken bij het keukentafelgesprek en het opstellen van het persoonlijk plan.
- Bij het plannen van een afspraak voor een keukentafelgesprek wordt rekening gehouden met de agenda van de mantelzorgers.
- De mantelzorgers worden betrokken bij de voortgang en evaluatie van het persoonlijk plan. Hierover vindt regelmatig terugkoppeling plaats naar de zorgaanbieder.

### 5.1.2.2 Monitoring

Het werk van de generalist stopt niet bij het regelen van de toegang tot de maatwerkvoorziening. De generalist bewaakt of de beoogde resultaten ook behaald worden en bespreekt dit met de aanbieder, de cliënt en de mantelzorgers. Zo nodig wordt de maatwerkvoorziening aangepast. De generalist bewaakt samen met de aanbieder, cliënt en de eventuele mantelzorgers of de doelen en resultaten bijgesteld moeten worden als de situatie van de cliënt verandert. Ook de belasting van de mantelzorgers wordt hierbij gevolgd. De generalist heeft de mogelijkheid om snel de beschikking aan te passen als dat nodig is.

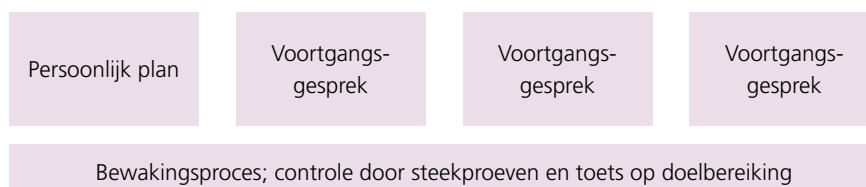
Voortgangsgesprekken met generalist, aanbieder, cliënt en mantelzorgers zijn onderdeel van het bewakingsproces. Concrete acties en doelstellingen zijn onderdeel van het voortgangsgesprek. De mate van volgen is afhankelijk van de situatie van de cliënt (maatwerk).

Als de beoogde resultaten gericht zijn op begeleiding, dan kijkt de generalist periodiek mee of deze worden behaald. Is er sprake van de inzet van huishoudelijke verzorging, dan gaat het om het resultaat "schoon huis". In die situaties kan een gemeentelijke steekproef, controle of het huis schoon is, voldoende zijn en is het meekijken van de generalist minder nodig.

De situatie van de cliënt, resultaten en doelen en invulling van de ondersteuning bepalen in hoeverre de generalist meekijkt. Beoordeling is aan het wijkteam. Daar waar geen sprake is van begeleiding, is het uitgangspunt dat er voortgangsgesprekken plaatsvinden als de generalist van het wijkteam dit nodig vindt en oordeelt dat dit een positieve bijdrage geeft aan de te bereiken resultaten en inzet van aanbieders. Bij begeleiding vinden altijd voortgangsgesprekken plaats.

Als de generalist bij de gecontracteerde aanbieders signaleert dat structureel sprake is van onder de maat presteren, wordt de aanbieder hierop aangesproken. Zo nodig volgen sancties zoals in het contract staat.

In schema:



### 5.1.2.3 Bereiken zorgmijders

Zorgmijders zijn mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben maar geen hulp of zorg vragen of accepteren en zorginstellingen mijden. We vinden het belangrijk dat iedereen die zorg en ondersteuning nodig heeft deze ook ontvangt. Daarom vinden we het belangrijk om zorgmijders te bereiken zodat ook zij de zorg en ondersteuning ontvangen die ze nodig hebben.

De toegang tot ondersteuning is laagdrempelig en in de wijk. Dit vergroot de bekendheid met de voorzieningen en daarmee de kans dat zorgmijders zich alsnog melden. Ook het werken vanuit locaties in de wijk vergroot eerdere signalering van zorgmijders en het leggen van contact. Verder hanteren we het principe 'erop af' om de zorgmijders zoveel mogelijk te bereiken. Daarnaast zoeken we samenwerking met bijvoorbeeld de ouderenbonden en de vrijwillige ouderenadviseurs om zorgmijders te bereiken. Het bereiken van zorgmijders is onderdeel van het preventiebeleid en zal de komende jaren meer aandacht krijgen.

### 5.1.2.4 De aanvraagprocedure

#### *Melding hulpvraag*

Een hulpvraag kan via Zorg voor elkaar (bij het wijkteam) worden gemeld en wordt bevestigd (via e-mail, Bredase digitale balie of schriftelijk). Bij spoedeisende situaties kan het wijkteam met spoed een tijdelijke voorziening inzetten, in afwachting van de uitkomst van het onderzoek. Het op papier zetten van de melding is geen overbodige bureaucratie. Het is belangrijk omdat op dat moment de wettelijke termijnen gaan lopen om snel en goed te reageren op de vraag.

#### *Clïentondersteuning*

Het wijkteam zorgt ervoor dat de cliënt kosteloos een beroep kan doen op cliëntondersteuning, waarbij het belang van de cliënt het uitgangspunt is. De generalist wijst de cliënt en zijn mantelzorger hierop. Iemand kan ook zelf zijn ondersteuning regelen en zelf iemand meenemen naar de gesprekken om hem te adviseren. Omdat de gemeente zorgt voor een goed onafhankelijk alternatief, is voor zo'n eigen ondersteuner geen vergoeding beschikbaar.

#### *Vooronderzoek; indienen persoonlijk plan*

De generalist verzamelt alle gegevens over de cliënt en zijn situatie die voor het gesprek van belang zijn en maakt zo spoedig mogelijk met hem en zijn eventuele mantelzorger(s) een afspraak. Als er al eerder een gesprek heeft plaatsgevonden of een dossier aanwezig is, betreft de generalist deze informatie bij het gesprek. Uitgangspunt is dat geen dingen dubbel gedaan worden. De generalist informeert de cliënt over de mogelijkheid om zelf een persoonlijk plan op te stellen.

#### *Het gesprek*

Als de cliënt niet zelf zijn plan opstelt, dan stelt de generalist samen met de cliënt en zijn eventuele mantelzorger(s) het persoonlijk plan op. De basis voor het opstellen van het plan is het gesprek tussen deskundigen, de cliënt en zijn mantelzorger(s). Als de cliënt een persoonlijk plan heeft ingeleverd, dan betreft de generalist dat plan bij het onderzoek. De generalist van het wijkteam informeert de cliënt over de gang van zaken bij het gesprek, zijn rechten en plichten en de vervolgpprocedure en vraagt de cliënt toestemming om zijn persoonsgegevens te verwerken. Als de hulpvraag voldoende bekend is kan in overleg met de cliënt afgezien worden van het gesprek.

In het gesprek worden in ieder geval de volgende punten besproken:

- de behoefte, persoonskenmerken en voorkeuren van de cliënt;
- het gewenste resultaat van de hulpvraag;
- de mogelijkheden om op eigen kracht of met gebruikelijke hulp of algemeen gebruikelijke voorzieningen zijn zelfredzaamheid of zijn participatie te handhaven of te verbeteren, of te voorkomen dat hij een beroep moet doen op een maatwerkvoorziening;
- de mogelijkheden om met mantelzorg of hulp van andere personen uit zijn sociaal netwerk te komen tot verbetering van zelfredzaamheid of participatie of te voorkomen dat hij een beroep moet doen op een maatwerkvoorziening;
- de behoefte aan maatregelen ter ondersteuning van de mantelzorger, uitgaande van de vastgestelde belasting van de mantelzorger;
- de mogelijkheden om met gebruikmaking van een algemene voorziening, of door het verrichten van maatschappelijk nuttige activiteiten, te komen tot verbetering van zelfredzaamheid of participatie, of te voorkomen dat hij een beroep moet doen op een maatwerkvoorziening;
- de mogelijkheden om door middel van voorliggende voorzieningen of door samen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders als bedoeld in de Zorgverzekeringswet en andere partijen op het gebied van publieke gezondheid, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen en/of werk en inkomen te voorzien in de behoefte aan maatschappelijke ondersteuning;
- de mogelijkheid om een maatwerkvoorziening te verstrekken;
- hoe lang de inzet van zorg en ondersteuning nodig is;
- welke bijdragen in de kosten de cliënt verschuldigd zal zijn, en
- de mogelijkheden om te kiezen voor de verstrekking van een pgb, waarbij de cliënt wordt ingelicht over de verantwoordelijkheden en verplichtingen van die keuze.

### *Verslag*

De generalist maakt een verslag van het onderzoek. Binnen vijf werkdagen na het gesprek ontvangt de cliënt het verslag en de uitkomsten van het onderzoek.

De cliënt tekent voor gezien en retourneert binnen vijf werkdagen een getekend exemplaar. De cliënt kan het verslag aanvullen met zijn zienswijze. Het verslag wordt onderdeel van het persoonlijk plan. Om de procedure zuiver te houden, vragen we de cliënt om het verslag voor 'gezien' te tekenen. Zo kan de cliënt zijn belang in een eventuele bezwaarprocedure niet schaden.

### *Aanvraag*

Een cliënt kan een aanvraag om een maatwerkvoorziening schriftelijk indienen bij het wijkteam. Dit kan door dit aan te geven op het verslag of door een aanvraagformulier in te vullen. De generalist neemt het verslag als uitgangspunt voor de beoordeling van een aanvraag om een maatwerkvoorziening. Er gelden geen vormvoorschriften voor het indienen van de aanvraag, dit kan dus mondeling of door het aan te geven op het verslag. Dat we toch een formulier blijven gebruiken is voor die situaties dat er geen gesprek nodig is omdat de situatie voldoende bekend is bij het wijkteam en het om een eenvoudige aanvraag gaat. Ook dan gaan nieuwe termijnen lopen en is het goed om dit moment vast te leggen in een document.

De generalist heeft het mandaat om de beschikking af te geven. In de beschikking staat in ieder geval of de maatwerkvoorziening in natura of als pgb wordt verstrekt en hoe bezwaar tegen de beschikking kan worden gemaakt. Bij het verstrekken van een maatwerkvoorziening in natura wordt in de beschikking altijd vastgelegd:

- de te verstrekken voorziening en het beoogde resultaat;
- de ingangsdatum en duur van de verstrekking;
- hoe de voorziening wordt verstrekt;
- hoe het bereiken van de resultaten gevolgd wordt.

Bij het verstrekken van een maatwerkvoorziening in de vorm van een pgb wordt in de beschikking in ieder geval vastgelegd:

- voor welk resultaat het pgb moet worden aangewend;

- de kwaliteitseisen voor de besteding van het pgb;
- de hoogte van het pgb en hoe dit bepaald is;
- de duur van de verstrekking waarvoor het pgb is bedoeld;
- de wijze van verantwoording van de besteding van het pgb;
- hoe het bereiken van de resultaten gevolgd wordt.

Als sprake is van een te betalen eigen bijdrage, wordt de cliënt daarover in de beschikking geïnformeerd. Net als in het huidige beleid sluiten we voor de hoogte van de eigen bijdrage aan bij het landelijke eigen bijdrage beleid (zie paragraaf 5.4.4.)

De beschikking wordt uiterlijk binnen twee weken na ontvangst van de aanvraag afgegeven. Deze termijn is erg kort, maar hij is in de wet opgenomen. Gedachte hierachter is dat in het gesprek alles aan de orde geweest is zodat de verdere behandeling van de aanvraag niet veel tijd meer vraagt. In de praktijk is dat natuurlijk niet zo. Zo wordt met de betreffende aanbieder nog onderzocht welke voorziening ingezet wordt. We voorzien hier een probleem om de termijn van twee weken ook werkelijk te halen. Zolang de wet op dit punt niet gewijzigd wordt, zullen we hieraan in overleg met de cliënt invulling moeten geven.

### 5.1.2.5 Onafhankelijke cliëntondersteuning

Hulp vragen bij een instantie als de gemeente of een wijkteam is vaak een hele stap. Toch is het belangrijk dat mensen dit zo vroeg mogelijk doen. Hoe langer ze wachten, hoe complexer de hulpvraag vaak wordt. Het is heel belangrijk dat cliënten zo nodig ondersteuning krijgen bij het indienen van een aanvraag.

Uitgangspunt is laagdrempelige toegang tot algemene en maatwerkvoorzieningen. In de mate waarin we daarin slagen zullen cliënten minder behoefte hebben aan aparte ondersteuning bij het krijgen van toegang tot deze voorzieningen. Maar in alle gevallen dat zij daar toch behoefte aan hebben, moet onafhankelijke ondersteuning voor alle inwoners voorhanden zijn. Een belangrijke aanbieder van deze vorm van ondersteuning is MEE. Door hun lange ervaring op dit gebied slagen zij er in om de cliëntondersteuning zodanig vorm te geven dat deze bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid van cliënten. Deze werkwijze is een belangrijk uitgangspunt bij de afspraken die we maken over cliëntondersteuning. Cliëntondersteuning moet bijdragen tot het vergroten van de zelfredzaamheid en afhankelijkheid van ondersteuning voorkomen of verminderen!

Over de inzet van onafhankelijke cliëntondersteuning door MEE zijn bestuurlijke afspraken gemaakt tussen MEE Nederland, de VNG en het kabinet. De essentie is het borgen van continuïteit en het voorkomen van frictiekosten bij de invoering van de nieuwe Wmo per 1 januari 2015. Met MEE West-Brabant maken we afspraken om de cliëntondersteuning per 1 januari 2015 te continueren.

### 5.1.3 Preventie

Preventie was al een belangrijke taak van de gemeente en dat wordt het nu nog veel meer. Het is de beste manier om de kosten van maatschappelijke ondersteuning te beperken. Door voorlichting te geven en mensen zo vroeg mogelijk te bereiken kunnen de kosten laag gehouden worden en het voorkomt problemen bij zelfredzaamheid en participatie. Dit geldt ook voor goede nazorg.

Goede voorlichting en nazorg zijn de speerpunten van het preventiebeleid.

Het preventiebeleid is nu verspreid over veel verschillende beleidsvelden. Wij kiezen ervoor om de inzet op preventie vanuit de gemeente maar ook vanuit allerlei andere partijen in het maatschappelijk veld de komende periode te inventariseren en te onderzoeken hoe wij de effecten daarvan beter in kaart kunnen brengen. Zo krijgen we meer inzicht in een optimale inzet van middelen.

### 5.1.4 Van zorgafhankelijkheid naar ontzorgen, het benutten van eigen kracht en kracht van het sociale netwerk

Vroegsignalering en preventie zijn middelen om zorgafhankelijkheid te voorkomen. Echter, ook het hele proces waarin mensen terecht komen als ze een ondersteuningsvraag hebben, leidt vaak tot zorgafhankelijkheid. Ondoorgroefde procedures en ingewikkelde formuleringen maken dat mensen er niet toe komen om op hun eigen kracht te vertrouwen en terug



durven te vallen op hun sociaal netwerk. Dit vraagt om een ingrijpende cultuurverandering waarbij werknemers van instellingen, waaronder zeker ook de gemeente, veel meer naast de aanvrager gaan staan dan tegenover hem plaats te nemen. Niet tegenover elkaar aan de keukentafel maar samen aan het hoekje van de keukentafel. Geen laptop of iPad tussen ons in, maar een kladblok of een tablet die plat op de tafel ligt. Afstand tussen zorgvrager en -aanbieder is er al van nature; er is veel nodig om die te overbruggen. We gaan voor een heldere procedure en een heldere taal.

Naast cultuur vraagt dit ook om het in de eigen kracht zetten van hulpvragers. Duidelijke en eenvoudige voorlichting, digitaal en op papier, dragen daaraan bij. Heldere uitleg over wat wel en niet kan, wat wel en niet van mensen verwacht wordt en/of wat er te wachten staat als je niet aan de regeltjes houdt. Alleen als we daar open en eerlijk over zijn, komen mensen in de positie dat zij kunnen en durven vertrouwen op hun eigen kracht en die van hun sociaal netwerk. Wij willen de klankbordgroep Wmo bij dit proces intensief betrekken.

## 5.2 Inrichting en positionering van het wijkteam (de generalisten)

### *Uitgangspunten van de wijkteams*

#### *1. Cliënten zijn leidend*

De generalisten van het wijkteam werken vraaggestuurd en zijn gefocust op de vragen, mogelijkheden van cliënten en hun omgeving.

#### *2. Cliënten nemen hun verantwoordelijkheid*

Cliënten zoeken zoveel mogelijk zelf oplossingen met inzet van hun sociale netwerk. Het wijkteam en andere betrokken partners in het wijknetwerk zorgen voor goede heldere informatievoorziening zodat cliënten durven terugvallen op zelfredzaamheid. Waar nodig ondersteunt het wijkteam cliënten om met elkaar en vrijwilligers in contact te komen en optimaal gebruik te maken van de (algemene) voorzieningen in de wijken en de stad. Is dat onvoldoende, dan is individuele ondersteuning mogelijk en wordt met de cliënt en zijn netwerk een persoonlijk plan opgesteld. De cliënt houdt zoveel mogelijk zelf de regie.

#### *3. Generalisten van het wijkteam bekijken met de cliënt welke ondersteuning nodig is*

Met verschillende deskundigheden werken zij in teamverband, in de wijk. Het wijkteam kijkt kritisch met de cliënt of maatwerk nodig en geschikt is. Maatwerk sluit aan op eigen mogelijkheden van de cliënt en zijn netwerk.

We werken naar zelfsturende professionals (generalisten) en zelfsturende wijkteams, zoals nu al geldt voor de huidige klantmanagers Wmo en de CJG-ers. Generalisten hebben voldoende kennis, lef en vaardigheden om zelfstandig de juiste keuzes te maken, onafhankelijk en zonder leveringsbelang.

In 2015 en 2016 worden de generalisten van de wijkteams aangestuurd onder regie van de gemeente. In de tussentijd werken we aan een groeimodel waarbij we onderzoeken hoe we kunnen komen tot één toegang vanaf 2017 waarbij we ook stil staan bij de wens om de toegang tot de Wmo, het CJG en de toegang tot participatie met elkaar te integreren. De rol die zorg- en welzijnsorganisaties hierbij kunnen vervullen wordt hierin meegenomen. Analoog aan de ontwikkeling van het CJG willen we de aansturing van de wijkteams laten plaatsvinden via een programmateam bestaande uit medewerkers met expertise van zowel de gemeente als vanuit het werkveld.

### 5.2.1 Competente generalisten

Net als bij het CJG worden de generalisten van het wijkteam geselecteerd op basis van een competentieprofiel. Selectie gebeurt op basis van gewenste talenten, competenties en expertise. Net als bij het CJG willen we werken met detachering van generalisten vanuit diverse moederorganisaties naar het wijkteam. Zo garanderen we dat we de juiste expertise in huis hebben en dat de generalisten stevig geworteld zijn in het Bredase netwerk van zorg- en welzijnsinstellingen.

### Profiel generalisten wijkteam

De generalist:

- verheldert vragen en behoeften;
- versterkt eigen kracht en zelfregie;
- is zichtbaar en gaat op mensen af;
- stimuleert verantwoordelijk gedrag;
- stuurt aan op betrokkenheid en participatie;
- verbindt gezamenlijke en individuele aanpak;
- werkt samen en versterkt netwerken;
- beweegt zich in uiteenlopende systemen;
- doorziet verhoudingen en anticipeert op veranderingen;
- benut professionele ruimte en is ondernemend;
- Meer specifiek betekent dit dat de generalist in staat is om:
- burgers proactief te benaderen;
- ondersteuningsvragen vroegtijdig te signaleren;
- vragen vanuit huishoudens te verhelderen;
- een plan van aanpak voor generieke ondersteuningsvragen te maken, uit te voeren en waar nodig bij te stellen;
- eigen kracht en kracht van het netwerk van de burger hierbij zo volledig mogelijk te benutten (wederkerigheid stimuleren).

Meer specifiek betekent dit dat de generalist in staat is om:

- burgers proactief te benaderen;
- ondersteuningsvragen vroegtijdig te signaleren;
- vragen vanuit huishoudens te verhelderen;
- een plan van aanpak voor generieke ondersteuningsvragen te maken, dit plan uit te voeren en waar nodig bij te stellen;
- eigen kracht en kracht van het netwerk van de burger hierbij zo volledig mogelijk te benutten (wederkerigheid stimuleren);

*Bron: Movisie, Competenties sociaal werkers maatschappelijke ondersteuning*

### 5.2.2 Aansturing door een programmateam

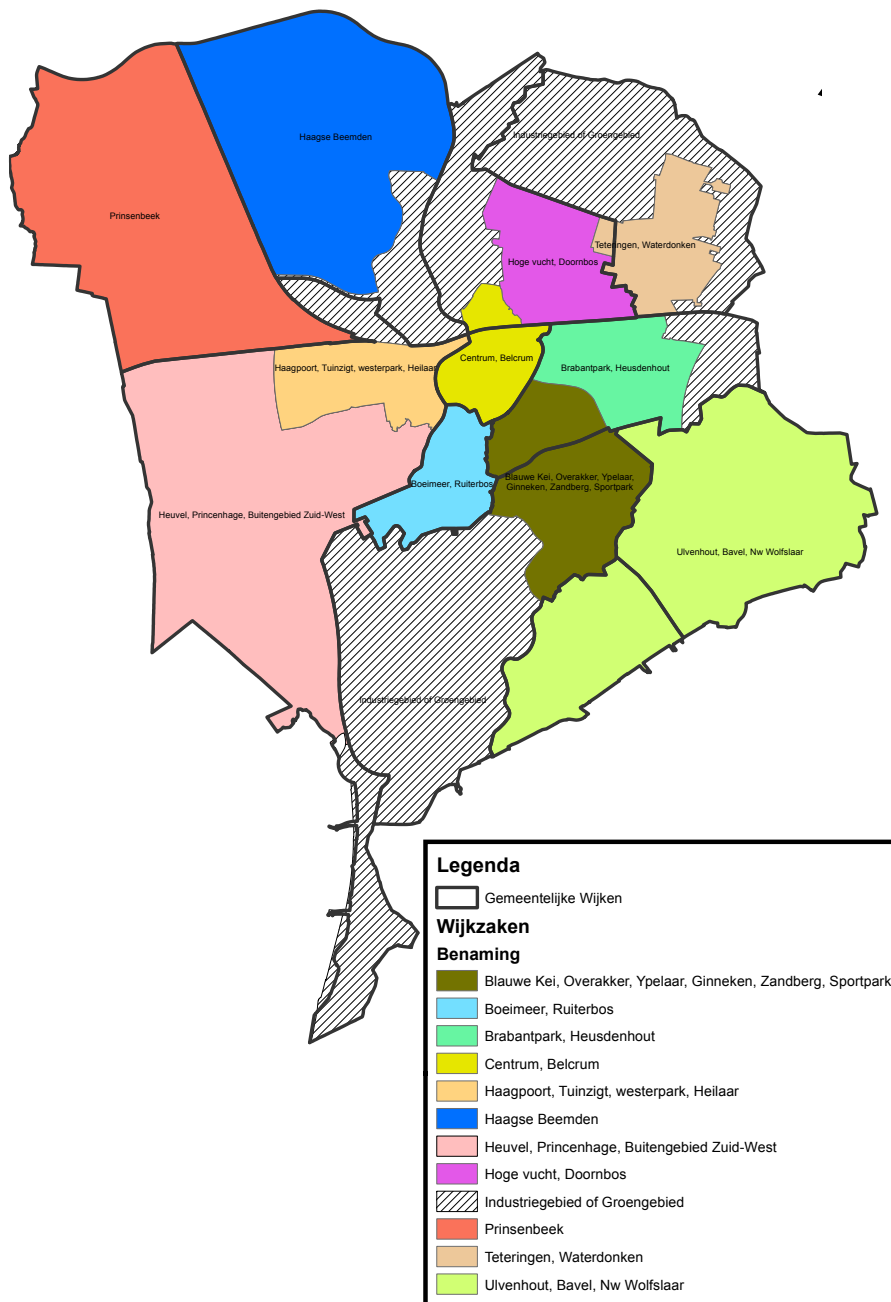
Met betrokken instellingen werken we de komende periode aan vormgeven, totstandkoming, samenstelling en doorontwikkeling van wijkteams en programmateam, een coproductie van gemeente en zorg- en welzijnspartners. Dit gebeurt in 2015 en 2016 onder regie van de gemeente, een proces waarbij we volop verbouwen en de winkel tegelijkertijd openhouden.

### 5.2.3 Samenwerken vanuit de wijk

De wijkteams zoeken ook intensieve samenwerking met de huisartsen, die daarom van begin af aan betrokken zijn bij de inrichting van de wijkteams. Samenwerken en zoveel mogelijk aansluiten op elkaars processen zijn daarbij belangrijke uitgangspunten. Gemeente en huisartsen zijn al met elkaar in gesprek over de manier waarop wijkverpleegkundigen in de wijkteams het beste kunnen instromen, met nauwe betrokkenheid van de zorgaanbieders. De wijkteams gaan ook aansluiting zoeken bij de Maatschappelijke steunsystemen (MASSen) van de GGZ, de GGZ-inloop punten en het CJG, om verdere integraliteit optimaal te borgen.

## 5.2.4 Start wijkteams vanaf 1 november 2014

Per 1 november 2014 starten we met elf wijkteams verdeeld over de stad zoals beschreven in onderstaande figuur.



Dit is een eerste aanzet van een mogelijke indeling, waar we in de praktijk ervaringen mee gaan opdoen. Aan de keuze voor deze elf wijken ligt de huidige praktijk ten grondslag. Momenteel wordt er vanuit de huidige Wmo gewerkt met deze wijkindeling. De wijkindeling is tevens besproken met de sociale wijkbeheerders, diverse zorg- en welzijnsorganisaties, klankbordgroep Wmo en de huisartsen. Deze wijkindeling wordt als een mooie start gezien. Deze indeling kan nog veranderen. De wijken verschillen in aantal inwoners en specifieke zorgvragen. Maatwerk per wijk is belangrijk, we bezien wat nodig is per wijk en nemen dit mee bij de inrichting en invulling van de wijkteams.

Voor de wijkteams zijn we samen met instellingen op zoek naar geschikte werklocaties, bijvoorbeeld club- en buurthuizen, verpleeghuizen, gezondheidscentra, etc. We zoeken aansluiting bij de aanwezige infrastructuur in de wijken.

De bemensing van de teams gebeurt via het generalistisch profiel, zoals eerder beschreven. We gaan op zoek naar ervaren mensen om kwaliteit en een vliegende start te borgen.

Waar nodig maken we gebruik van een talentescan om de juiste mensen te selecteren. De gemeente heeft de regie op de inrichting van de wijkteams en de selectie van de juiste mensen.

Het wijkteam bestaat uit generalisten Wmo die gespecialiseerd zijn in vragen rondom scootmobielen, rolstoelen, woningaanpassingen, etc. en generalisten Wmo die gespecialiseerd zijn in vragen rondom de inzet van diensten zoals huishoudelijke verzorging en begeleidingsdiensten. Alle generalisten van het wijkteam hebben mandaat om een beschikking af te geven om een eventuele maatwerkvoorziening in te zetten.

#### **Voorwaarden voor een effectieve inzet van het wijkteam**

- Een team van competente generalisten met de benodigde expertise om cliënten adequaat te adviseren en ondersteunen.
- Voldoende mandaat om snel te beslissen.
- Zo min mogelijk bureaucratische regels.
- Zelf geen zorg leveren (onafhankelijk), maar regie voeren op resultaat, zoals dat beschreven is in het plan van de cliënt.
- Zo groot mogelijke spreiding van kennis binnen de wijkteams, om veel van elkaar te leren.
- Een blijvende uitdaging om verschil te maken, want elke cliënt is anders.
- Werken op locatie, in de wijk, in contact met andere professionals, met veel uitwisseling van casuïstiek.
- Vanuit een teamleiding aangestuurd en gefaciliteerd, zodat visie en beleidsuitgangspunten goed verankerd worden en uitwisseling plaatsvindt van lessen die we opdoen in de wijken.
- Soepel inspeland op nieuwe inzichten.

### **5.3 Algemene voorzieningen**

Algemene voorzieningen zijn gericht op het versterken van zelfredzaamheid en participatie van cliënten; ze zijn algemeen toegankelijk en voldoende in de gemeente aanwezig en er is geen sprake van uitgebreid onderzoek. Voorbeelden zijn ouderenwerk en maatschappelijke werk.

Bij het bevorderen van de zelfredzaamheid en de participatie van mensen zijn de algemene voorzieningen als eerste in beeld. Naast eigen initiatieven vanuit onder andere de zorg- en welzijnsorganisaties en van burgers zelf, is het beleid rondom algemene voorzieningen geregeld in het gemeentelijke subsidiebeleid. Aanvullend hierop vormen de maatwerkvoorzieningen een vangnet voor cliënten die nog meer ondersteuning nodig hebben. De vraag bepaalt het aanbod.

Een optimale inzet van de algemene voorzieningen is van groot belang. Toereikend en toegankelijk aanbod voorkomt een beroep op maatwerkvoorzieningen. Het is dus belangrijk om de verschillende beleidsvelden die we in het sociaal domein kennen optimaal op elkaar af te stemmen. Hoe beter beleid onderling is afgestemd, hoe integraler de aanpak kan zijn en hoe toegankelijker voor mensen die er gebruik van willen maken. Pas dan kunnen we het totale gemeentelijk welzijnsbeleid tegen het licht houden en bezien waar hiaten zijn en waar behoefte is aan innovatie of reparatie. Ook wordt het dan mogelijk om de inzet van individuele maatwerkvoorzieningen beter af te zetten tegen investeringen in algemene voorzieningen. En andersom!

Daarom heeft Breda zich als doel gesteld het welzijn- en subsidiebeleid te innoveren. Belangrijk is dat we dit intensiveren en nog meer gaan sturen op resultaten, met aandacht voor zo efficiënt en effectief mogelijke realisatie. Vanwege de dynamiek in het sociale domein, is het belangrijk om meer flexibiliteit in dit proces te creëren om gedurende de 'contractperiode' bij te kunnen sturen. Subsidiëring moet nog meer een dynamisch proces worden dat inspeelt op de ontwikkelingen van het moment, met oog voor de lange termijn.

Algemene voorzieningen zijn basisvoorzieningen die in elke wijk, dicht bij huis, aanwezig moeten zijn. Daarom is wijkgericht werken belangrijk. Goed functionerende algemene voorzieningen op wijkniveau helpen cliënten de eigen regie te nemen en zelf een oplossing te zoeken zonder al te snel terug te vallen op dure maatwerkvoorzieningen. Wijkgericht werken betekent ook korte lijntjes tussen professionals rondom cliënten, dat is nodig voor de aanpak 'één gezin, één plan, één regisseur'. Kennis van de sociale kaart, specifieke wijkenmerken en de sociale context van de directe woonomgeving zijn daarbij belangrijk voor het vinden van passende en innovatieve oplossingen en het leveren van maatwerk. Preventie en signaleren vinden we belangrijk. In de uitvoering hebben we hier dan ook aandacht voor bij de vorming van de wijkteams.

## 5.4 Maatwerkvoorzieningen

Maatwerkvoorzieningen zijn voorzieningen die afgestemd zijn op de persoon. Dit kunnen allerlei voorzieningen zijn. Naast de veel voorkomende maatwerkvoorzieningen zijn er ook alternatieve voorzieningen. Dat zijn alle andere denkbare voorzieningen en op enig moment in een bepaalde situatie ingezet moeten kunnen worden. Hier is geen opsomming van te geven omdat pas in een concrete situatie onderzocht kan worden wat nodig is. In het huidige Wmo-beleid kennen we de volgende veel voorkomende maatwerkvoorzieningen naast de alternatieve voorzieningen:

- huishoudelijke verzorging;
- woonvoorzieningen;
- rolstoelvoorzieningen;
- vervoersvoorzieningen (waaronder scootmobielen en deeltaxivervoer);
- sportvoorzieningen.

Op grond van de nieuwe Wmo komen daar bij: begeleiding (individueel en in groepsverband, inclusief vervoer naar de dagbesteding), kortdurend verblijf en een deel van de persoonlijke verzorging gericht op begeleiding.

### 5.4.1 Huidige maatwerkvoorzieningen

Het beleid is vastgelegd in de Verordening voorzieningen maatschappelijke ondersteuning. Per 1 november 2014 moet er een nieuwe Verordening worden vastgesteld. De huidige Wmo-voorzieningen krijgen daarin ook een plaats. Het beleid rondom de huidige Wmo-voorzieningen wordt grotendeels in stand gehouden. Voor deze voorzieningen verandert vooral de manier waarop ze ingezet zullen gaan worden. Veel minder als voorziening op zich maar meer als middel om een in het persoonlijk plan geformuleerd doel te bereiken. Ook de aanbieder krijgt een andere rol en wordt verantwoordelijk voor het behalen van het doel en de resultaten in het persoonlijk plan. Uren worden zoveel mogelijk losgelaten en we richten ons veel meer op de te behalen resultaten. Dit geldt ook voor de nieuwe maatwerkvoorzieningen.

#### 5.4.1.1 Inkoop maatwerkvoorzieningen

Per 1 januari 2015 lopen de contracten voor de huishoudelijke verzorging af. De overige contracten voor maatwerkvoorzieningen in natura, die vóór 1 januari 2015 al onder de Wmo vielen, lopen door en zijn op basis van eerdere aanbestedingsprocedures voor meerdere jaren afgesloten. De nieuwe aanbestedingsprocedure voor de huishoudelijke verzorging is in augustus 2014 in gang gezet. De nieuwe contracten moeten per 1 januari 2015 ingaan. De aanbestedingsprocedure voor de inkoop van de nieuwe taken is met het proces aan de inspiratietafel al in gang gezet. De contracten zullen ook per 1 januari 2015 moeten ingaan.

#### 5.4.1.2 Hervestrekkingenbeleid

Binnen het gemeentelijke beleid vinden wij, vanuit het oogpunt van duurzaamheid en kostenbesparing, het hervestrekkingenbeleid van groot belang. Zo is de inkoop van hulpmiddelen in natura (scootmobielen, rolstoelen, etc) zoveel mogelijk gebaseerd op een huurconstructie, waarbij leveranciers reeds gebruikte hulpmiddelen opnieuw inzetten. Eind 2014 start een pilot naar de mogelijkheden voor het inzetten van voorzieningenpools. Met de wooncorporatie hebben we afspraken gemaakt dat aangepaste woningen die vrij komen zoveel mogelijk opnieuw ingezet worden voor mensen die deze aanpassingen nodig hebben.

### 5.4.1.3 Huishoudelijke verzorging

De huishoudelijke verzorging (HV) kan volgens de nieuwe Wmo vormgegeven worden als een algemene voorziening of een maatwerkvoorziening. Voor een algemene voorziening gelden andere regels dan voor de maatwerkvoorziening. Het grootste verschil is de toegang tot de voorziening. Bij de maatwerkvoorziening vindt vooraf onderzoek plaats naar de feitelijke noodzaak. Bij de algemene voorziening is daar geen sprake van.

We kiezen ervoor om de HV niet als algemene voorziening vorm te geven, maar net als nu als maatwerkvoorziening. Het onderzoek en het keukentafelgesprek vinden we belangrijk. Met een eenvoudige toegang, zoals geldt bij algemene voorzieningen, komen zorgvragen minder snel in beeld. Door de HV als maatwerkvoorziening te houden kunnen we kritischer zijn op de noodzaak om deze vorm van zorg in te zetten. We zetten HV alleen in als dit echt nodig is. Bij voldoende alternatieve mogelijkheden, wordt er geen HV ingezet.

De maatwerkvoorziening kent twee vormen: zorg in natura en een persoonsgebonden budget (pgb). Zorg in natura wordt op basis van nieuwe contractafspraken per 1 januari 2015 ingekocht. Naast het reguliere pgb zal bezien worden in hoeverre de huidige alfacheque een plaats kan blijven houden binnen het Bredase zorgstelsel.

#### **Uitgangspunten huishoudelijke verzorging:**

- De HV blijft een maatwerkvoorziening.
- Binnen de HV bestaat de keuze tussen zorg in natura of pgb.
- De alfacheque willen we als maatwerkvoorzienig zoveel mogelijk in stand houden. Binnen de nieuwe wet gaan we op zoek naar de mogelijkheden hiervoor.
- Zorg in natura wordt ingekocht bij de huidige aanbieders via een bestuurlijke aanbesteding met contractafspraken per 1 januari 2015. Vanaf 2016 e.v. wordt bezien in hoeverre het contract ook voor andere aanbieders kan gaan gelden.
- We streven naar zo min mogelijk wisselingen van aanbieders bij cliënten die daar niet om vragen (keuzevrijheid van de cliënt staat voorop).
- Bij de contractering van zorg in natura gaan we voor het resultaat 'een schoon huis' en laten de indicering op uren los.
- 2015 is een pilotjaar om met de nieuwe manier van werken ervaring op te doen.
- Binnen de zorg in natura streven we naar een betalingssystematiek die uitgaat van één tarief per cliënt, per periode van vier weken (dit is ook uitgangspunt voor de inkoop van begeleiding). Het is aan de aanbieder om te zorgen dat het resultaat wordt bereikt. We verwachten van onze aanbieders dat ze hierover het gesprek aangaan met de cliënten en samen met hen bezien hoe er invulling gegeven kan worden aan het bereiken van dit resultaat.
- We houden vast aan het systeem HV1 en HV2.  
*NB: Bij HV1 gaat het om 'eenvoudige' huishoudelijke werkzaamheden/ schoonmaakwerkzaamheden waarbij de burger in staat is om de hulp aan te sturen.  
Bij HV2 gaat het om huishoudelijke werkzaamheden met ondersteuning in de huishouding. De burger kan geen regie voeren, er wordt aanvullende hulp geboden bij het organiseren van het huishouden.*
- We eisen kwalitatief goede ondersteuning.
- Steekproefsgewijs controleren we bij de cliënten thuis of het resultaat voldoet aan het doel dat we willen bereiken (controle kwaliteit).
- Uitgangspunt is niet meer geld aan de huishoudelijke verzorging uitgeven dan er binnenkomt. Dit is ook uitgangspunt voor de contractering.
- Er is aandacht voor de signaleringsfunctie. Ook dit is uitgangspunt binnen de contractering.

#### 5.4.1.3.1 Alfacheque/zorginzet door alfahulpen

Breda werkt al geruime tijd met alfacheques als extra keuzemogelijkheid voor huishoudelijke verzorging naast zorg in natura en het reguliere pgb.

De 'alfahulp' is inmiddels een ingeburgerd begrip in Nederland. Vaak wordt de term in direct verband gebracht met een bepaalde functie-inhoud en kwaliteitsniveau. Dit is echter een onjuiste interpretatie. In de kern is de term 'alfahulp' niet meer dan een fiscale constructie. De alfahulp valt onder de Regeling Dienstverlening aan huis. Op grond van deze regeling hoeft de cliënt, als aan de door de Belastingdienst gestelde voorwaarden wordt voldaan, geen loonbelasting in te houden en af te dragen. Dit maakt de regeling interessant voor de alfahulp en interessant voor de gemeente, omdat de zorg daardoor goedkoper kan worden ingezet. Bovendien wordt hiermee 'zwartwerken' tegengegaan en wordt een substantiële impuls aan de werkgelegenheid gegeven.

De alfacheque is een middel om uitvoering te geven aan de inzet van zorg via de alfahulpconstructie. Voor de inzet van zorg ontvangt de cliënt cheques om de alfahulp te betalen. Hierdoor is nooit contant geld nodig. Dat maakt de alfacheque cliëntvriendelijker dan het reguliere pgb en een aantrekkelijke keuzemogelijkheid voor de cliënt. De cliënt is werkgever en heeft een betere positie om invulling te geven aan de voor hem geïndiceerde zorg. Dit is het grote voordeel van de alfacheque ten opzichte van de zorg in natura.

Om de keuze voor de alfacheque aantrekkelijk te maken is het belangrijk dat de cliënt zoveel mogelijk ondersteund wordt bij het werkgeverschap. Daarom ondersteunt een uitvoeringsorganisatie (in Breda het gemeentelijke leerwerkbedrijf ATEA) de cliënt bij haar werkgeverstaken, zonder dat deze uitvoeringsorganisatie als werkgever optreedt.

Het gaat om de uitgifte en verzilvering van de alfacheque, de bemiddelingsfunctie (matching van vraag en aanbod) en ondersteuning van de cliënt en de alfahulp bij administratieve taken zoals het opstellen van arbeidsovereenkomsten en de gegevensuitwisseling met het CAK. Doordat de ondersteuning van de alfacheque bij de gemeente ligt, is er een goed overzicht van de ondersteuning. Bovendien hebben burgers en hulpen hiermee een laagdrempelig aanspreekpunt voor eventuele vragen. De gemeente informeert de cliënt over de werkgeversrol die bij de alfahulpdienstverlening hoort, zodat als de cliënt hiervoor kiest, hij hier ook bewust voor kiest.

Zowel de cliënten, de alfahulpen als de gemeenteraad zijn erg tevreden over deze extra keuzemogelijkheid die we in Breda hebben gecreëerd. Hiertoe is in juli 2014 de motie 'Behoud Alfacheque' aangenomen. Binnen de maatwerkvoorziening is de inzet van alfahulpen op grond van de Wmo alleen mogelijk in de vorm van een pgb. Op grond van de nieuwe wet moet de uitbetaling, anders dan voorheen, via de Sociale Verzekeringsbank (SVB) lopen. In de nieuwe wet wordt dit het 'verplicht trekkingsrecht' genoemd.

Als antwoord op de motie 'Behoud Alfacheque' heeft het college een oproep gedaan aan het ministerie om het in de uitvoering voor gemeenten mogelijk te maken om nog steeds alfacheques in te kunnen zetten. Ook is hierover overleg geweest met het SVB. In de wet is immers geregeld dat alle pgb-betalingen voortaan via het SVB lopen. Uitgangspunt bij dit overleg was dat de voordelen voor zowel de cliënt als de hulp overeind blijven. Afhankelijk van de reactie van het ministerie zal de alfacheque kunnen blijven, mogelijk in een aangepaste vorm als de tussenkomst van het SVB (betaling via het SVB) blijft bestaan.

Overigens is het nog mogelijk dat de hele regeling dienstverlening aan huis afgeschaft wordt op basis van Europese regelgeving. Dan vervallen de financiële voordelen van de alfahulpconstructie waardoor de constructie duurder wordt.

#### 5.4.2 Nieuwe taken begeleiding, kortdurend verblijf en vervoer

We kiezen ervoor om de begeleiding, kortdurend verblijf en vervoer naar de dagbesteding als maatwerkvoorziening vorm te geven. Hiermee geven we aan waarde te hechten aan een onderzoek waarbij met de cliënt gekeken wordt naar de noodzaak van de voorziening en de invulling van de resultaten. De toegang tot de begeleiding, kortdurend verblijf en vervoer naar de dagbesteding loopt hiermee via het wijkteam.

Voor de zorg in natura maken we contractueel afspraken met zorgaanbieders. Hierbij kiezen we voor flexibiliteit in de contracten waarbij we aanpassingen kunnen doorvoeren als veranderde inzichten of verbetervoorstellen daarom vragen. We hanteren de volgende uitgangspunten:

##### **Uitgangspunten begeleiding en kortdurend verblijf:**

- Begeleiding, kortdurende verblijf en vervoer naar de dagbesteding zijn maatwerkvoorzieningen.
- We kennen de keuzemogelijkheid zorg in natura of pgb.
- De te behalen resultaten bepalen de inzet van de begeleiding.
- Zorg in natura wordt ingekocht via een bestuurlijke aanbesteding met contractafspraken per 1 januari 2015.
- Aanbieders die voldoen aan de criteria kunnen ervoor kiezen om een contract met de gemeente aan te gaan. Hiermee kent de nieuwe contractperiode geen beperking op het aantal aanbieders.
- Bij de contractering van zorg in natura gaan we uit van resultaten in plaats van indicering op uren.
- We eisen kwalitatief goede ondersteuning.
- Er is aandacht voor de signaleringsfunctie, ook in de contractering.
- We controleren de kwaliteit van de begeleiding door de voortgang te volgen van de uitvoering van het persoonlijk plan (controle kwaliteit).
- Uitgangspunt is dat er niet meer geld aan de begeleiding wordt uitgegeven dan dat er hiervoor binnenkomt.
- Bij de contractering van zorg in natura voor nieuwe cliënten gaan we uit van resultaten in plaats van indicering op uren.
- Binnen de zorg in natura streven we naar een betalingssystematiek van één tarief per cliënt, per periode van vier weken voor nieuwe cliënten met een nieuwe indicatie. Het is aan de aanbieder om te zorgen dat het resultaat wordt bereikt.
- Voor de bestaande cliënten (overgangsccliënten), waarvan de indicatie tot uiterlijk 1 januari 2016 vastligt, maken we aparte contractafspraken met zorgaanbieders via de Inspiratietafel. De afspraken zullen gebaseerd zijn op de huidige indicatie en prijsafspraken minus een kortingspercentage van X%. Het kortingspercentage wordt uitonderhandeld aan de Inspiratietafel.

##### 5.4.2.1 Dagbesteding

Een veel voorkomende maatwerkvoorziening is begeleiding in de vorm van dagbesteding. De dagbesteding voor bepaalde groepen met een duidelijke zorgbehoefte, zoals beginnend dementerenden, meervoudig en verstandelijk gehandicapten, gebeurt zo dicht mogelijk bij huis, passend bij de cliënt, in een buurthuis, bij een zorginstelling, op een zorgboerderij, etc.

De generalist uit het wijkteam bekijkt samen met de cliënt en zijn eventuele mantelzorger welke ondersteuningsbehoefte nodig is. De te behalen doelen en resultaten worden nauwkeurig beschreven in het persoonlijk plan. Op basis van dit plan wordt daarna de ondersteuning ingezet. In het persoonlijk plan wordt omschreven welke ondersteuning het meest passend en effectief is voor de te behalen doelen en resultaten. Ook wordt invulling gegeven aan het al dan niet inzetten van de dagbesteding. Het is aan de aanbieder om in overleg met de cliënt en de generalist uit het wijkteam precieze invulling te geven aan de te behalen doelen en resultaten. Als dagbesteding nodig is, zal de aanbieder samen met de cliënt bespreken welke invulling het meest passend is.



Of de cliënt beter geholpen is via ondersteuning gericht op zorg (vanuit een zorgaanbieder) of ondersteuning gericht op werk (vanuit bijvoorbeeld ATEA-groep: het gemeentelijk leerwerkbedrijf) of een andere organisatie, is afhankelijk van zijn situatie. Zijn ondersteuningsbehoefte staat centraal en niet het systeem waarbinnen de cliënt de ondersteuning ontvangt. Als er een noodzaak is voor dagbesteding in de vorm van een maatwerkvoorziening, dan bepaalt de cliënt samen met de generalist van het wijkteam en zijn eventuele mantelzorgers welke resultaten behaald moeten worden. Dit wordt vastgelegd in het persoonlijk plan. In overleg met de aanbieder wordt de vorm van de ondersteuning bepaald. De generalist kent de verschillende aanbieders en de arrangementen en zal de cliënt adviseren.

Inkoop van dagbesteding is onderdeel van het inkoopproces zoals dat via de Inspiratietafel vorm krijgt. De nieuwe contracten gaan in per 1 januari 2015.

#### **Uitgangspunten dagbesteding:**

- Initiatieven van burgers rond dagbesteding zoveel mogelijk stimuleren.
- Vrijwilligersorganisaties prikkelen om zich in te zetten op het toegankelijker maken van activiteiten voor kwetsbare mensen (inclusiever).
- Dat vragen we ook van professionele aanbieders.
- Dagbesteding zo dicht mogelijk bij huis of juist in een andere omgeving als dit een positieve prikkel kan geven bij het bevorderen van de zelfredzaamheid en participatie.
- De activiteiten gericht op dagbesteding zijn gericht op het stimuleren en bevorderen van (het behoud) van zelfredzaamheid en/of maatschappelijke participatie. De activiteiten kunnen ook als doel hebben iemand tijdelijk uit de thuissituatie te halen om daarmee de mantelzorgers te ontlasten.
- De activiteiten sluiten aan bij de vraag/behoefte van de cliënten of hun directe sociale netwerk en passen bij de cliënt.
- Bij arbeidspotentie zoveel mogelijk inzetten op participeren op het hoogste niveau van een cliënt.

#### **5.4.3 Keuzevrijheid en pgb**

Als een maatwerkvoorziening nodig is, staan voorkeur van de cliënt voor een bepaalde aanbieder en keuzevrijheid voorop. Binnen de zorg in natura is het aan de cliënten om te kiezen tussen de aanbieders die door de gemeente zijn gecontracteerd. Voor de nieuwe taak is gekozen voor een bestuurlijk contracteringsproces waarbij aanbieders die kunnen voldoen aan het contract, de mogelijkheid krijgen om het contract te tekenen. Dit betekent dat de keuzemogelijkheden binnen de zorg in natura groot zullen zijn. Naast de zorg in natura is er de mogelijkheid voor het pgb, waarbij de cliënt, als hij en de te kiezen aanbieder voldoen aan de voorwaarden, alle ruimte heeft om zelf een aanbieder te kiezen.

#### **Uitgangspunten pgb:**

- De cliënt moet op eigen kracht of met hulp uit zijn sociale netwerk (familie, vrienden, bekenden) of van zijn vertegenwoordiger verantwoord kunnen omgaan met een pgb.
- Hij moet aangeven waarom hij de maatwerkvoorziening als persoonsgebonden budget geleverd wenst te krijgen.
- Verstrekking van de maatwerkvoorziening moet veilig, cliëntgericht en doeltreffend plaatsvinden.
- De uit het pgb te financieren diensten moeten bijdragen aan het doel waarvoor het pgb is verstrekt.
- Een pgb kan ook ingezet worden voor het financieren van diensten die betrokken worden uit het sociale netwerk.
- De gemeente mag een aanvraag voor een pgb voor dat deel van de kosten weigeren die hoger zijn dan de kosten voor een passende gecontracteerde maatwerkvoorziening. Het is aan cliënten zelf om het verschil bij te betalen.
- De cliënt moet met de aanbieder van zijn keuze concreet aan kunnen geven hoe deze met het pgb invulling gaat geven aan de te behalen resultaten in het persoonlijk plan.
- Op basis van de nieuwe Wmo lopen de betalingen van het pgb en het budgetbeheer (trekkingsrecht SVB) via de SVB.
- Het pgb-tarief is gebaseerd op een door de cliënt opgesteld plan over hoe hij het pgb gaat besteden en is toereikend om effectieve en kwalitatief goede zorg in te kopen.
- Het pgb-tarief is nooit hoger dan de kostprijs van de goedkoopst adequate maatwerkvoorziening in natura.
- De hoogte van een pgb voor dienstverlening is opgebouwd uit verschillende kostencomponenten, zoals salaris, vervanging tijdens vakantie, verzekeringen en reiskosten.
- We verstrekken geen pgb om de mantelzorger te betalen, tenzij het substantiële zorg betreft en de mantelzorger inkomsten derft door het leveren van de ondersteuning.
- De hoogte van een pgb voor een hulpmiddel wordt bepaald op ten hoogste de kostprijs die de aanvrager op dat moment zou hebben ontvangen als de voorziening in natura zou zijn verstrekt.

#### **5.4.4 Eigen bijdrage**

Conform het huidige beleid vragen we voor alle maatwerkvoorzieningen een eigen bijdrage (conform het landelijke uitvoeringsbesluit) met uitzondering van rolstoelen, deeltaxivervoer en vervoerskosten. Voor deeltaxivervoer en vervoerskosten is een eigen betaling verschuldigd, vergelijkbaar met de openbaar vervoerskosten. Voor rolstoelen is geen eigen bijdrage verschuldigd.

Wij kiezen ervoor om net als in het huidige beleid, aan te sluiten bij het landelijke eigen bijdrage beleid (landelijk Uitvoeringsbesluit Wmo).

### Bepalingen landelijk Uitvoeringsbesluit Wmo

De eigen bijdrage is afhankelijk van:

- het bruto-verzamelinkomen;
- de gezinssamenstelling (gehuwd of ongehuwd);
- de leeftijd (ouder of jonger dan 65);
- het vermogen.

Via landelijke parameters wordt op basis van de bovengenoemde criteria de eigen bijdrage bepaald. Deze maximale periodebijdrage is de cliënt per vier weken verschuldigd.

Hierbij is bepaald dat:

- een burger per vier weken nooit meer betaalt dan de maximale periodebijdrage, ongeacht hoeveel voorzieningen deze afneemt;
- een burger nooit meer betaalt dan de kostprijs aan zorg.

Als de maximale periodebijdrage hoger is dan de kostprijs van zorg, betaalt de cliënt niet meer dan de kostprijs. Als de kostprijs hoger is dan de maximale periodebijdrage, betaalt de cliënt niet meer dan de maximale periodebijdrage.

De eigen bijdrage wordt geïnd door het Centraal Administratie Kantoor (CAK).

#### 5.4.5 Gebruikelijke hulp

Gebruikelijke hulp is hulp die huisgenoten geacht worden elkaar te verlenen. Geen zwaardere of professionele hulp, maar alles wat gebruikelijk is in een gezin of samenlevingsrelatie. De richtlijnen uit de huidige Verordening en het bijbehorende besluit nemen we over in de nieuwe verordening. Hoewel maatwerk voorop staat, is het goed om algemene richtlijnen te hebben die een leidraad kunnen zijn in de dagelijkse uitvoering.

Bij de kamerbehandeling is uitvoerig stilgestaan bij de zorgplicht van gemeenten bij weigerachtige huisgenoten. Met de Klankbordgroep Wmo hebben wij daar ook uitgebreid over gesproken. In de verordening is nu bepaald dat, als weigering van huisgenoten leidt tot een schrijnende situatie van de cliënt omdat hij verstoken blijft van noodzakelijke hulp, toch een maatwerkvoorziening verstrekt kan worden. Dit zal echter nooit een pgb kunnen zijn voor de inkoop van hulp van een van de huisgenoten. In die situatie zetten wij zorg in natura in.

#### 5.4.6 Overgangsrecht en overgangsregeling

##### *Huidige Wmo-cliënten met een beschikking voor 1 januari 2015*

De wet kent een overgangsregeling waarin de bestaande rechten voor huidige Wmo-cliënten behouden blijven. Binnen deze overgangsregeling zullen wij de uitvoering van besluiten die onder de 'oude' wet genomen zijn, aanpassen aan de nieuwe uitvoering. Dat betekent dat gebruikers van voorzieningen een nieuwe beschikking krijgen waarin staat dat de beoogde compensatie overeind blijft maar aanbieders vanaf 1 januari 2015 de manier waarop dit doel bereikt wordt, kunnen aanpassen. Zo zullen we voor de HV in natura niet meer uitgaan van uren, maar van een tarief per cliënt per periode van vier weken, waarbij het aan de aanbieder is om te zorgen voor het beoogde resultaat. We verwachten van onze aanbieders dat ze hierover het gesprek aangaan met de cliënten en samen met hen bezien hoe er invulling gegeven kan worden aan het bereiken van dit doel. Het gevolg daarvan kan zijn dat minder of juist meer zorg wordt ingezet, of op een andere manier beter afgestemd op andere voorzieningen. Het is van groot belang om hier de komende tijd zorgvuldig bij stil te staan in de communicatie met de stad.

##### *Cliënten met een indicatie voor begeleiding en kortdurend verblijf*

AWBZ-indicaties voor begeleiding en kortdurend verblijf blijven geldig tot het moment dat ze aflopen en uiterlijk tot 1 januari 2016. We streven ernaar om voor het aflopen van de indicatie met al deze cliënten in gesprek te gaan en te onderzoeken hoe de huidige voorziening moet worden voortgezet. Daar waar het niet lukt om de cliënten tijdig te spreken, zal de indicatie doorlopen tot het moment dat de gemeente via het wijkteam een nieuw onderzoek heeft gedaan. Dit zullen we tijdig communiceren naar onze cliënten. Voor de begeleiding en kortdurend

verblijf in natura geldt dat we in het vervolg niet meer uitgaan van uren maar van een tarief per cliënt per periode van vier weken, waarbij de aanbieder zorgt voor het beoogde resultaat.

## 5.5 Mantelzorg en vrijwilligers en mantelzorgcompliment

Mantelzorgers zijn belangrijke aanbieders van ondersteuning. Zonder mantelzorg zou de zorg en ondersteuning onmiddellijk stagneren. Wij zetten in op een goede ondersteuningsstructuur voor mantelzorgers met het steunpunt informele zorg Breda (Stib), gesubsidieerd door de gemeente. Maar ook andere partijen zetten zich in om mantelzorgers te ondersteunen zoals WIJ, Werk aan de Wijk, Humanitas, het Rode Kruis, de ouderenbonden en Breda-Actief. WIJ organiseert en ondersteunt vrijwilligersinzet en helpt mensen met het herstellen en verbeteren van hun persoonlijk netwerk. Zo ontstaan netwerkjes van vrijwilligers, familieleden en/of mensen uit de buurt die er samen voor zorgen dat de klant zelfstandig kan leven. Samen met Stib, inwoners en wijkteams werken we aan het vormgeven van een laagdrempelige vraagbaak voor mantelzorgers en vrijwilligers. Ondersteuning van de mantelzorgers en vrijwilligers wordt speerpunt in het welzijnswerk. Snel leren van fouten, luisteren naar de ervaringsdeskundigen en bijsturen waar nodig is.

Het ondersteunen van mantelzorgers is een bespreekpunt in de afspraken met aanbieders (zorg- en welzijnsorganisaties). Uitgangspunt is dat aanbieders ook volop aandacht moeten hebben voor het ondersteunen van mantelzorgers. Via het CJG zullen we op scholen aandacht vragen voor de ondersteuning van jonge mantelzorgers. Ook binnen het bedrijfsleven willen we onder eigen regie de aandacht voor mantelzorgers vergroten.

We richten ons vooral op het opvangen van mantelzorgers en het voorkomen dat mantelzorgers en vrijwilligers uitvallen omdat ze te zwaar belast worden. De 'monitor informele zorg' geeft een beeld van de Bredase mantelzorger. Op basis hiervan kunnen we met maatschappelijke partners gericht het beleid van organisaties bijsturen. Het subsidiebeleid is daarbij een belangrijk instrument.

Meer zorgvrijwilligers kunnen gevonden worden door wervingsacties, door het werk aantrekkelijk te maken door goede begeleiding en scholing ('Vrijwilligers academie Breda') en door het matchen van de zorgvraag en zorgvrijwilliger laagdrempelig te maken ('Zorg voor elkaar'). De wijkteams kunnen goed bijdragen aan het mobiliseren van het sociale netwerk van cliënten en vrijwilligers daarbij betrekken.

Een belangrijk instrument hierbij wordt de bepaling van de belasting van mantelzorgers die we vanaf 1 januari 2015 gaan invoeren bij het keukentafelgesprek. Dit zal een indringend beeld geven van de situatie waarin mantelzorgers hulp moeten verlenen. Informatie die persoonlijk en direct binnenkomt bij de wijkteams. De wijkteams kunnen op deze manier zorgen dat mantelzorgbeleid geen papieren beleid wordt maar heel concrete betekenis heeft voor mensen die elkaar dagelijks bijstaan.

De nieuwe Wmo maakt de gemeente ook verantwoordelijk voor het mantelzorgcompliment. Dit is een jaarlijkse blijk van waardering voor mantelzorgers van geïndiceerde cliënten. In overleg met de klankbordgroep Wmo maken wij hier geen nieuwe regeling voor maar oormerken wij het budget en stellen het beschikbaar aan de wijkteams. Zo kan op basis van maatwerk van geval tot geval worden bezien wat een passend gebaar is om een mantelzorger te complimenteren, bijvoorbeeld een bos bloemen, een theaterbon of een dagje uit. Een deel van het budget reserveren we voor mantelzorgers die we niet bij het wijkteam voorbij zien komen. De komende tijd gaan we in overleg met partijen in de stad en de klankbordgroep Wmo om te onderzoeken hoe we hen ook kunnen bereiken.

#### **Uitgangspunten bij de ondersteuning van mantelzorgers en de inzet van vrijwilligers:**

- Mantelzorger en vrijwilliger moet in staat zijn om voldoende maatschappelijk te participeren.
- Mantelzorg is vrijwillig.
- Overbelasting moet zoveel mogelijk voorkomen worden. Het snel in kunnen zetten van respijtzorg is belangrijk.
- Ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers is vraaggericht.
- Het bereik moet vergroot worden en zich vooral richten op de meest kwetsbare mantelzorgers en vrijwilligers.
- Ondersteuningsorganisaties en zorgaanbieders moeten samenwerken op het gebied van informele zorg.
- Tijdens het keukentafelgesprek wordt gericht gevraagd of er mantelzorgers aanwezig zijn in het netwerk van de cliënt.
- Mantelzorgers moeten betrokken worden (= aanwezig zijn) bij het 'keukentafelgesprek' en het opstellen van het persoonlijk plan.
- Altijd wordt hun belasting bepaald zodat overbelasting zoveel mogelijk voorkomen kan worden.
- Ondersteuning van de mantelzorger door de inzet van respijtzorg moet onderdeel zijn van het persoonlijk plan van de cliënt.
- De generalist van het wijkteam volgt de belastbaarheid van de mantelzorger.

#### **5.6 Tegemoetkoming meerkosten**

Met de 'Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten' (Wtcg) en de 'Compensatie Eigen Risico' (CER), in combinatie met de fiscale aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten, heeft het Rijk sinds 2009 geprobeerd om de doelgroep van chronische zieken en gehandicapten compensatie te geven voor meerkosten. Omdat dit doel niet bereikt is, besloot het Rijk om deze ongerichte compensatie over te dragen aan gemeenten, die beter zicht hebben op de individuele situatie van burgers. De budgetten die daarbij horen worden na een korting overgeheveld naar het sociaal domein van het Gemeentefonds. De opdracht is daarmee een goede voorziening te maken die mensen helpt bij een stapeling van zorgkosten. Hiervoor zijn drie mogelijkheden:

- een tegemoetkoming op maat voor mensen in die situatie, al dan niet in de vorm van een forfaitair bedrag;
- een premiebijdrage voor een aanvullende collectieve zorgverzekering, waarbij de centrale inkomensnorm van maximaal 110% van het wettelijk minimumloon (Wml) vervalt;
- individuele bijzondere bijstand.

Het loslaten van de inkomensnorm van 110% van het Wml maakt het mogelijk om ook mensen met een hoger inkomen (tot maximaal 130% van het Wml) voor een premiebijdrage voor een collectieve zorgverzekering in aanmerking te laten komen. Ook wordt het mogelijk om naar de netto inkomenspositie te kijken, waarbij de invloed van stapeling van kosten betrokken kan worden. Maatwerk is hier uitgangspunt.

De Gemeente Breda kiest voor de regeling die bestaat uit een combinatie van een uitgebreide aanvullende collectieve zorgverzekering en individuele bijzondere bijstand.

We doen dit op grond van de volgende overwegingen:

- Mensen bepalen zelf (eigen verantwoordelijkheid) of zij met het afsluiten van een uitgebreidere (duurdere) verzekering een tegemoetkoming willen in de meerkosten (80% van de meerkosten die deze groep heeft wordt al gedekt uit de bestaande aanvullende verzekering).
- De verzekering is gericht op de juiste doelgroep en doelmatig.
- De gemeente heeft de vrijheid in het bepalen van de inkomensgrens;
- De kosten van de individuele verstrekking (de bijdrage in de premie voor een zorgverzekering) zijn vooraf bekend.
- Er zijn slechts beperkte uitvoeringskosten, de claimafhandeling ligt bij de zorgverzekeraar.
- Vanuit het solidariteitsprincipe van een verzekering kan de uiteindelijke totale financiële tegemoetkoming die mensen ontvangen veel hoger zijn dan het budget van de gemeentelijke bijdrage (multiply effect).

- In individuele gevallen kan de financiële tegemoetkoming uiteindelijk hoger zijn dan de vroegere tegemoetkoming uit Wtcg en CER.
- Voor de kosten die niet via een collectieve aanvullende zorgverzekering worden vergoed, kan de gemeente individuele bijzondere bijstand verstrekken.

Naast deze combinatie van een collectieve aanvullende zorgverzekering en de individuele bijzondere bijstand, gaan we onderzoeken of voor bepaalde kosten (zoals eigen bijdrage kinderopvang voor mantelzorgers), of bepaalde groepen waarbij de stapeling van kosten buitenproportioneel is, mogelijkheden zijn vanuit een bestaand of nieuw in te richten fonds ter ondersteuning van chronisch zieken of gehandicapten.

### 5.7 Anonieme telefonische/elektronische hulpdienst

In de Wmo 2015 krijgen gemeenten de opdracht om 'op ieder moment van de dag telefonisch of elektronisch anoniem een luisterend oor en advies beschikbaar te stellen'. Gemeenten zijn vrij om deze 'anonieme hulp op afstand' zelf vorm te geven en te organiseren. Deze taak is nieuw voor gemeenten. Sensoor vervult op dit moment deze functie. Door het Rijk is hen extra subsidie gegeven voor 2014 om zich om te vormen tot een efficiënte, effectieve en slanke organisatie die de taak landelijk voor een budget van € 4,2 miljoen kan uitvoeren. Dat omvormingsproces loopt in 2015 nog door. In VNG-verband is besloten dat de komende periode gemeenten gezamenlijk en landelijk deze vorm van zorg inkopen bij Sensoor. Hiervoor wordt een bedrag van € 4,2 miljoen onttrokken aan het macrobudget Wmo 2015. De uitnamen is voor twee jaar (met de mogelijkheid van verlenging met maximaal twee jaar).

### 5.8 Inkoop specialistische begeleiding zintuiglijk gehandicapten

Van de totale groep cliënten met een zintuiglijke beperking heeft een zeer gering aantal cliënten behoefte aan specialistische ondersteuning. Deze mensen hebben vaak, naast de zintuiglijke beperking, te maken met andere (vaak verstandelijke en/of psychiatrische) beperkingen. De communicatie met deze doelgroep vraagt om vaardigheid en expertise die schaars is. Het aanbod van specialistische ondersteuning wordt door een beperkt aantal landelijke aanbieders in Nederland geleverd. De benodigde expertise is naar verwachting niet zomaar over te nemen door andere aanbieders van ondersteuning en zorg. Om uitval van aanbod te voorkomen en de continuïteit van ondersteuning te kunnen waarborgen, is in 2012 het besluit genomen door het ministerie van VWS en de VNG om voor deze zeer specifieke groep landelijke inkoopafspraken te maken. De VNG werkt in afstemming met het Ministerie van VWS aan landelijke inkoopafspraken.

### 5.9 Landelijke doventolk voorziening

De regeling Doventolk is onderdeel geworden van de Wmo. Dit was een AWBZ-regeling. In VNG-verband is besloten om de financiering, organisatie en uitvoering en toegang(scriteria) van/tot de doventolk (vooralsnog) landelijk te houden. Op 16 februari 2014 heeft de VNG-commissie Gezondheid en Welzijn ingestemd met het onderbrengen van de inkoop van de doventolkvoorziening bij 'de landelijke coördinatiefunctie' en voorgesteld om de toegangscriteria landelijk te bepalen. Hiervoor wordt een bedrag van € 8,65 miljoen onttrokken aan het macrobudget Wmo 2015. De uitvoering van de inkoop landelijke doventolkregeling komt te liggen bij de landelijke coördinatiefunctie van de VNG.

### 5.10 Van transitie naar transformatie

In 2014 richten we ons op de transitiefase, waarin de verantwoordelijkheden van de landelijke overheid worden overgedragen naar de gemeenten. Zorg en dienstverlening georganiseerd op gemeentelijk niveau verhoogt de kwaliteit door betere afstemming en efficiency.

We zullen er alles aan doen om ervoor te zorgen dat de nieuwe Wmo per 1 januari 2015 uitvoerbaar is en cliënten die zorg en ondersteuning nodig hebben deze ook krijgen. Zo zijn de afspraken met aanbieders over de te leveren ondersteuning voor 1 januari 2015 vastgelegd, is het gemeentelijke beleid vóór 1 november 2014 op orde en zijn de wijkteams op 1 november 2014 operationeel.

We richten ons voor de transitiefase tot en met 2015 op de volgende hoofddoelstellingen:

1. Cliënten ervaren continuering van ondersteuning en zorg;
2. De toegang voor inwoners die ondersteuning of zorg aanvragen is ingericht en worden volgens geldende kwaliteitsnormen behandeld;
3. De gemeente is financieel in control en de uitgaven op het sociaal domein blijven binnen de begroting.

Met deze doelstellingen kan voortdurend worden geprioriteerd op weg naar 1 januari 2015.

We doen er alles aan om de in- en externe processen vóór 1 januari 2015 gereed te hebben om de nieuwe Wmo uit te kunnen voeren. Ook wordt volop geïnvesteerd in het communicatietraject rondom de nieuwe Wmo, zodat burgers weten waar ze per 1 januari 2015 aan toe zijn. Helder is dat we onze gezamenlijke ambities in het sociaal domein, en de specifieke ambities t.a.v. de Wmo, niet allemaal op korte termijn kunnen realiseren. Helder is ook dat we als gemeente een lerende organisatie willen zijn en dit ook vragen van onze partners in het veld. Naast een transitieagenda komt er daarom een transformatieagenda, waarin wordt uitgewerkt hoe wij verder willen werken aan de ambities in het sociaal domein.

Vanaf 1 januari 2015 en verder gaan we van de transitie- naar de transformatiefase waarbij we ons volledig richten op de beleidsontwikkeling in de volle breedte (verbinding met het gemeentelijke beleid). Hierbij realiseren we ons dat het gaat om een veranderopgave die meerdere jaren nodig heeft om in volle omvang te slagen. Daar waar nieuwe inzichten of verbetervoorstellen aanpassingen vragen, zullen we die doorvoeren.

De transformatiefase staat in het teken van innovatie, technologie en verbeteren, met aandacht voor het ontwikkelen van nieuwe ideeën en arrangementen.

Als antwoord op de motie 'innovatie en technologie' zal het college samen met zorgaanbieders, cliënten en het onderwijsveld een actieplan 'innovatie en technologie binnen de Wmo' ontwikkelen met als doel innovatie de ruimte te geven en het gebruik van nieuwe technologieën te stimuleren binnen het sociale domein, in het bijzonder binnen de zorg. In 2015 zal hiermee gestart worden.

We streven ernaar om het actieplan het eerste kwartaal 2015 gereed te hebben. We zullen dan tevens stilstaan bij de stand van zaken op de openstaande moties en toezeggingen richting de raad en de lessen die we binnen de experimenten AWBZ hebben opgedaan. Gedurende het proces aan de inspiratietafel zijn partners met elkaar diverse experimenten gestart die bijdragen aan de goede voorbereiding op de nieuwe Wmo. In het eerste kwartaal 2015 zullen we stilstaan bij de opbrengsten hiervan.

## 5.11 Samenhang met andere decentralisaties

### 5.11.1 Visie sociaal domein

De drie decentralisaties (Wmo, Jeugdwet en participatiewet) hangen nauw met elkaar samen. De doelen sluiten op elkaar aan. Zo is het doel van de Wmo en Jeugdwet meer preventie en eerder ondersteuning, meer uitgaan van de eigen kracht, minder snel problematiseren en medicaliseren, betere samenwerking rond gezinnen en integrale hulp op maat. De participatiewet is erop gericht om meer mensen (met een beperking) aan een zinvolle arbeidsmatige dagbesteding of een gewone baan te helpen. Onder de Wmo is het bieden van een zinvolle dagbesteding ook een doel.

Breda werkt aan een succesvolle, samenhangende en toekomstbestendige (kwalitatieve en betaalbare) aanpak van ondersteuning en zorg. Een scherp oog, open oor en warm hart voor de Bredanaars die (tijdelijk) niet op eigen kracht en zonder steuntje in de rug kunnen meedoen. In Breda kan iedereen naar vermogen meedoen. Mensen zijn zelf verantwoordelijk voor hun leven en zoeken zelf (en samen) naar oplossingen voor problemen. Een (reguliere) baan is een belangrijk doel (en middel) om zelfstandig invulling te geven aan je leven. Wie dit (tijdelijk) niet zelf kan realiseren, kan rekenen op de juiste ondersteuning en zorg, op weg naar zelfredzaamheid en grotere zelfstandigheid.

We maken dit waar door de burger anders tegemoet te treden. Daarom organiseren wij ondersteuning en zorg anders: op maat, op tijd, dichtbij de burger en in samenhang.

Liever willen wij dat mensen goed in staat zijn voor zichzelf en hun naasten te zorgen. Daarom investeren wij in mensen, organisaties en de stad om dit mogelijk te maken. In Breda maken mensen de stad en zorgen zij voor elkaar. Daarbij hoort een lokale overheid die volop vertrouwt op de kracht, het talent en de diversiteit van de inwoners. Maar ook een overheid die bijdraagt aan een goede basis voor bewoners en alert is op dreigende problematiek of afglijden.

Omdat we uitgaan van het principe 'één gezin, één plan, één regisseur' willen we de decentralisaties in nauwe samenhang uitvoeren. We zorgen voor integraliteit op alle onderwerpen waarin we integraal te werk kunnen gaan zoals op de aanpak jeugdwerkloosheid, dagbesteding voor mensen met een beperking, social return, etc. Uiteindelijk moet hulp daardoor effectiever en goedkoper worden.

Bij de uitvoering zullen we zoveel mogelijk verbindingen leggen. Professionals die werkzaam zijn op de verschillende terreinen zullen optimaal moeten samenwerken om de beleidsdoelen te realiseren.

In onze werkprocessen zal dit verankerd zijn.

### 5.11.2 Sturing

Bij ruimte en vertrouwen hoort sturing op hoofdlijnen en op uitkomsten. Het belangrijkste is sturing op maatschappelijke effecten. Daarom hanteren wij een meerjarig perspectief, waarin wij langere termijn resultaten formuleren en een daarbij passende monitoring ontwikkelen. En het is van belang dat we binnen het sociaal domein, met oog voor afnemende budgetten, de juiste afwegingen maken: wat helpt mensen vooruit in het leven en hoe doen wij dat het meest efficiënt en effectief? Dit kunnen we niet alleen; daarbij hebben wij verbinding in de stad nodig. Van de gemeente vraagt dit een andere werkwijze; meebewegen en buiten vaste kaders denken.

Het meerjarig perspectief leggen we nu nog niet vast. Wij willen het komende jaar in gesprek over de maatschappelijke effecten die we nastreven. Wij willen het debat over de (nieuwe) rol van de overheid daarin voeren met de stad, met de gemeenteraad, experts en ervaringsdeskundigen. Samen gaan wij op weg naar één samenhangend kader voor het sociaal domein, met één samenhangend budget. Zowel het kader als het budget stelt ons in staat mee te bewegen, zodat wij over goed inzicht beschikken in wat er nodig is.

### 5.12 Ontwikkelopgave

De komende periode investeren we veel in:

- de wijkteams;
- de monitoring;
- het contractbeheer;
- efficiënter, effectiever en innovatiever omgaan met de voorliggende ondersteuning.
- We willen investeren in continue gesprekken met onze maatschappelijke partners en cliëntvertegenwoordigers met als doel innovatie, verbetering en het slim organiseren van de ondersteuning. Het proces aan de Inspiratietafel is hier al voor in gang gezet;
- het zorgmeldpunt;
- de administratieve lastenverlichting (in- en externe processen);
- de afstemming met de zorgverzekeraars;
- de afstemming met de huisartsen;
- de afstemming met de regio.

Naast het investeren in een goede toegang tot de Wmo willen we investeren in goede nazorg. Nazorg helpt bij preventie! We vinden het belangrijk dat de resultaten die we voor de cliënten voor ogen hebben ook daadwerkelijk gehaald worden met de kwaliteit die we in de contracten en subsidiebeschikkingen met aanbieders afspreken. Het intensief volgen van de cliënt is daarvoor een eerste vereiste. We willen daarom investeren in een goede monitor die bijdraagt aan een structurele verbetering van de uitvoering van de Wmo en de ondersteuning van cliënten. We hechten waarde aan een goed cliëntvolgend systeem, waarmee we de cliëntprocessen kunnen volgen. Bij de inrichting van dit systeem bouwen we voort op de bestaande systemen. We willen investeren in goed contractbeheer, voor het (bij)sturen op afspraken.



Ook de in- en externe administratieve lastenverlichting vinden we belangrijk. Dit zal bijdragen aan goedkopere inzet van zorg. Met de aanbieders zijn we hierover reeds in gesprek aan de Inspiratietafel. Dit is een belangrijk punt in de contractvoorbereiding.

Ondertussen zetten we in op een verschuiving van maatwerkvoorzieningen naar algemene voorzieningen met als doel minder inzet van duurdere zorg. Ook hierop willen we investeren. In de contracten en subsidiebeschikkingen willen we prikkels inbouwen die aanbieders stimuleren om zelf innovatieve oplossingen te bedenken voor het behalen van de resultaten.





# Financiering en bekostiging

## 6.1 Beschikbaar budget als uitgangspunt

Voor de bestaande Wmo-taken ontvangen we als gemeente de middelen vanuit het Rijk momenteel via de integratie-uitkering Wmo. Voor de nieuwe Wmo-taken (voor de gemeente per 1 januari 2015) ontvangen we de middelen samen met de middelen van de Jeugdwet en Participatiewet in een sociaal deelfonds. Vanuit het Rijk is per taak aangegeven welk bedrag gemeenten hiervoor ontvangen. In de praktijk mogen gemeenten zelf bepalen hoe deze middelen verdeeld worden over de taken die in de Jeugdwet en de Wmo 2015 aan gemeenten zijn toebedeeld en de gemeentelijke opdracht om participatievoorzieningen aan te bieden. Voor de te ontvangen middelen voor de nieuwe Wmo taken per 1 januari 2016 komt vanuit het Rijk een nieuw verdeelmodel. Bij de septembercirculaire 2014 zal de definitieve vaststelling van het model plaatsvinden, alsmede de uitkomsten van het nieuwe verdeelmodel per gemeente.

In totaal zijn de volgende middelen beschikbaar:

Taak	Bestaand / nieuw	2014	2015
Huishoudelijke verzorging	Bestaand	€ 24,5 mln	€ 19,8 mln
Subsidieregelingen AWBZ	Bestaand	€ 1,0 mln	€ 1,0 mln
AWBZ begeleiding	Nieuw	€ -	€ 24,8 mln
<b>Totaal</b>		<b>€ 25,5 mln</b>	<b>€ 45,6 mln</b>

### *Huishoudelijke verzorging / vervoer- en woonvoorzieningen*

Op de beschikbare middelen voor huishoudelijke verzorging binnen de integratie-uitkering Wmo vindt voor 2015 vanuit het rijk een forse korting plaats. Het beschikbare bedrag voor huishoudelijke verzorging daalt van € 15,3 miljoen in 2014 naar € 10,5 miljoen in 2015. Het totale beschikbare bedrag 2015 in de integratie-uitkering voor huishoudelijke verzorging, uitvoeringskosten en overige voorzieningen is € 12,5 miljoen, dit was in 2014 € 17,2 miljoen. Daarnaast zijn in de begroting 2015 gemeentelijke middelen beschikbaar van € 2,6 miljoen, en is rekening gehouden met inkomsten uit eigen bijdragen van € 3,8 miljoen. Voor 2015 moet rekening worden gehouden met een lagere gemeentelijke bijdrage, doordat een korting heeft plaatsgevonden van € 0,15 miljoen in verband met een mogelijk hergebruik van hulpmiddelen. Om de forse korting vanuit het rijk op te kunnen vangen in 2015 als overgangsjaar wordt in de begroting 2015 voorgesteld om € 1 miljoen te onttrekken aan het hiervoor gevormde zorgfonds Wmo. Dit betekent dat er in 2015 dus € 19,8 miljoen beschikbaar is. Dit budget moet voldoende zijn om de uitgaven in 2015 te kunnen financieren.

### *Subsidieregelingen AWBZ*

Hiervoor is in 2014 én 2015 ongeveer € 1,0 miljoen beschikbaar binnen de integratie-uitkering Wmo.

### *AWBZ begeleiding*

Rekening houdend met de korting vanuit het Rijk op het budget van de Wmo is er minder budget beschikbaar dan voorheen binnen het Rijk. Het door het Rijk beschikbaar gestelde budget binnen het sociaal deelfonds voor de nieuwe taken bedraagt € 24,8 miljoen. Het beschikbare budget voor 2015 kan nog toenemen, in bovenstaande budget is nog geen rekening gehouden met de door de gemeente te ontvangen eigen bijdragen. Voor de eigen bijdrage van maatwerkvoorzieningen sluiten we een-op-een aan bij de landelijke regeling. Dat doen we al sinds de invoering van de Wmo. Uitgangspunt is dat de gedecentraliseerde taken worden uitgevoerd binnen het voor deze taken gedecentraliseerde budget. De huidige inschatting is dat de gedecentraliseerde taken (zie hoofdstuk 1 van het beleidsplan) ook daadwerkelijk binnen het gedecentraliseerde budget gefinancierd kunnen worden.

Om mogelijke risico's af te dekken is er, naast de in begroting op te nemen onttrekking in 2015 van € 1 miljoen, voor de bestaande Wmo taken een bedrag van € 2,2 miljoen beschikbaar in

het zorgfonds Wmo (bestemmingreserve) dat bij de begroting 2014 is gevormd en is binnen het weerstandsvermogen voor onder andere de nieuwe taken een risicoreservering 3 D's van € 20 miljoen gevormd voor het geval de invoeringsfase duurder uitvalt dan voorzien en in deze periode de zorg niet gewaarborgd kan worden. Daarnaast heeft de VNG met de landelijke overheid afgesproken dat, als blijkt dat de aan de gemeente gedecentraliseerde budgetten ontoereikend zijn, heronderhandeld wordt over het budget. We zullen hierin samen optrekken met de VNG.

## 6.2 Realiseren van financiële opgave

Om tegemoet te komen aan de taakstelling zullen we met zorg- en welzijnsorganisaties nieuwe contract- en subsidieafspraken maken om binnen het budget te blijven. Dit betekent onder andere, andere tariefstelling in combinatie met andere invulling van diensten en producten en prikkels voor innovatieve en goedkopere oplossingen. Hiervoor is het traject aan de Inspiratietafel al in gang gezet.

Naast innovatie van de dienstverlening van onze zorg- en welzijnspartners zal het toegangsbeleid een belangrijk instrument zijn om de uitgaven te beheersen. De ondersteuning moet daar terechtkomen waar die het hardst nodig is. Ook de monitoring en het contractbeheer zien we als belangrijke sturingsinstrumenten voor de beheersing van de financiën.

## 6.3 Bekostiging algemene en maatwerkvoorzieningen

### *Algemene voorzieningen*

Tot nu toe worden de algemene voorzieningen, voor zover de gemeente daarbij betrokken is, grotendeels gefinancierd via subsidies. Het gaat hierbij om het beschikbaar stellen van voorzieningen en activiteiten. In de transitiefase zal dat zo blijven. Tegelijkertijd wordt onderzocht hoe we tot outcomebekostiging kunnen komen, zowel binnen als buiten het subsidie-instrument.

### *Maatwerkvoorzieningen*

We hanteren de volgende soorten bekostiging:

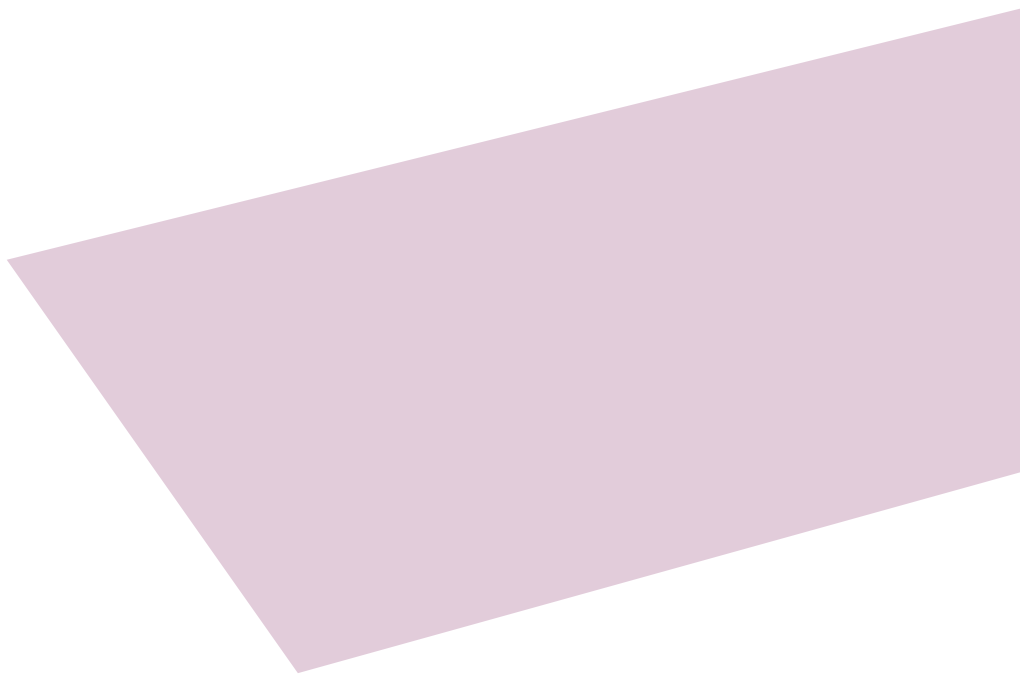
#### 1. *Prestatiebekostiging*

Bedragen worden betaald per verrichting of per persoon. Prestatiebekostiging kent een betalingssystematiek 'PxQ' (prijs x volume) en niet een beloning van 'goede prestaties'.

#### 2. *Resultaatbekostiging*

Verstrekken van een vergoeding of beloning voor een resultaat of 'outcome' bij een persoon of groep.

De Wmo schrijft resultaatbekostiging voor: de 'outcome' telt. In de komende periode zullen we samen met alle betrokken aanbieders hiervoor een werkwijze ontwikkelen voor de maatwerkvoorziening begeleiding. Wellicht dat we daarbij eerst pilots introduceren. Dit betekent dat we bij aanvang voor de maatwerkvoorziening begeleiding prestatiebekostiging toepassen. We gaan uit van de feitelijke kosten van de ondersteuning. Voor de huishoudelijke verzorging starten we per 1 januari 2015 met resultaatbekostiging. De ervaringen die we daar opdoen kunnen we meenemen in de te ontwikkelen werkwijze voor de bekostiging van de begeleiding.





# Kwaliteit, monitoring en verantwoording

## 7.1 Kwaliteit

De kwaliteit van de voorzieningen is van groot belang. In eerste instantie wordt die vastgelegd in de contracten met de aanbieders en de subsidiebeschikkingen. De kwaliteitseisen worden in samenwerking met de Inspiratietafel geformuleerd. Basis daarbij zijn de eisen zoals die nu in de beroepsgroep gebruikelijk zijn.

Op termijn zal een gemeentelijk kwaliteitsbeleid ontwikkeld moeten worden. De aanzet wordt geleverd door de VNG, die in samenwerking met het Rijk werkt aan de ontwikkeling van landelijke richtlijnen voor kwaliteit van maatwerkvoorzieningen. Het ziet ernaar uit dat deze niet gereed zijn op het moment waarop beleidsplan en verordening vastgesteld worden. Dit betekent dus dat nieuwe kwaliteitseisen in de komende tijd alsnog ingevoerd moeten worden. Binnen het inkoopproces aan de Inspiratietafel is hier aandacht voor. Hierbij spreken we met de aanbieders af dat dit een ontwikkelpunt is voor de komende tijd. De aanbieders zijn daarvan op de hoogte en werken hieraan mee.

Op voorhand kiezen wij voor opname van extra kwaliteitseisen in de verordening, aanvullend op de modelverordening van de VNG.

Aanbieders van maatwerkvoorzieningen zorgen voor:

- a. afstemmen van voorzieningen op de persoonlijke situatie van de cliënt;
- b. afstemmen van voorzieningen op andere vormen van zorg die de cliënt ontvangt;
- c. toezien op verstrekking van de voorziening in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard;
- d. toezien op een veilige, doeltreffende, doelmatige en cliëntgerichte voorziening,
- e. afstemmen op de reële behoefte van de cliënt
- f. verstrekken met respect voor en inachtneming van de rechten van de cliënt.

Onderdeel van de kwaliteit van de maatwerkvoorzieningen is het klachtrecht en het medezeggenschapsrecht. Het is belangrijk dat aanbieders hiervoor goede regelingen hebben en dit ook echt zien als een belangrijk onderdeel van hun kwaliteitssysteem.

De nieuwe Wmo geeft de mogelijkheid om aan te geven voor welke soort voorziening wij kiezen voor deze regelingen. Onze keuze is dat we dit voor alle maatwerkvoorzieningen van aanbieders vragen. In de verordening is dit opgenomen.

Tot slot gelden kwaliteitseisen ook voor maatwerkvoorzieningen die cliënten inkopen met een pgb. In de Wmo is aangegeven dat de gemeente moet toetsen of de te leveren maatwerkvoorzieningen in redelijkheid geschikt zijn voor het doel in het persoonlijk plan. In de verordening is opgenomen dat dergelijke voorzieningen veilig, doeltreffend en cliëntgericht verstrekt moeten worden.

Naast de externe kwaliteit hebben we te maken met de kwaliteit van de interne dienstverlening. We hanteren voor het interne uitvoeringsproces de systematiek van de uitvoering huidige Wmo. Gemeentelijke kwaliteitsmedewerkers controleren op de pijlers, dienstverlening en doelmatigheid, juridisch en financieel.

De kwaliteitsbewaking wordt onderdeel van de monitoring. Ook binnen contractbeheer zal er veel aandacht zijn voor de kwaliteitsbewaking. Als aanbieders onder de maat presteren, zullen ze daarop worden aangesproken. Zo nodig zullen sancties volgen.

Om onze eigen kwaliteit te verbeteren zullen we extra investeren in het “toetsen” van de benodigde kennis en kunde. De sleutel hiervoor is investeren in casusbesprekingen en intervisie.

We streven naar onafhankelijke kwaliteitsborging door continue verbetering van onze kwaliteitsprocessen.

### 7.1.1 Kwaliteitsbewaking

De gecontracteerde aanbieders zijn verantwoordelijk voor het leveren van ondersteuning van goede kwaliteit. Bewaking van de afgesproken kwaliteitseisen is onderdeel van het contractmanagement. Daarnaast zal het wijkteam een belangrijke signalerende rol vervullen bij de bewaking van de kwaliteit. In veel situaties zullen zij de cliënt volgen bij de resultaten die moeten worden bereikt. Mantelzorgers en cliënten kunnen laagdrempelig via het wijkteam of het zorgmeldpunt aangeven wanneer zij vinden dat de kwaliteit onder de maat is. Daarnaast zal de gemeente jaarlijks de ervaren kwaliteit van de ondersteuning onder cliënten onderzoeken (cliëntervaringsonderzoeken).

## 7.2 Monitoring

De monitoring en verantwoording richten zich op toetsing van de rechtmatigheid, doelmatigheid en efficiëntie van de realisering van de doelen en resultaten. We zien dit als belangrijke sturingselementen.

Bij de invulling van de monitor hebben we in ieder geval aandacht voor de doelen en resultaten die in paragraaf 4.2. van dit beleidsplan zijn beschreven. De monitoring moet inzichtelijk maken of alle doelen en resultaten die daar zijn genoemd zijn bereikt.

De gemeente neemt de regie bij het inrichten van de monitoring en verantwoording. Met aanbieders maken we hierover afspraken in de contracten en subsidiebeschikkingen. De afspraken gaan we beheren en bewaken (contractmanagement). Aan de Inspiratietafel gaan we in overleg over de te leveren kwaliteit, de invulling en uitvoering van de contracten en de verbetering daarvan. Als dit nodig is zullen individuele gesprekken hierover met aanbieders volgen (contractmanagement).

Ook de invulling van de monitoring maakt onderdeel uit van het gesprek aan de Inspiratietafel. Zo zal bijvoorbeeld bekeken worden welke rol het instrument “bereiken kwetsbare Bredanaars” daarbij kan spelen.

Naast het monitoren van de kwaliteit van de afgesproken ondersteuning en dienstverlening heeft het monitoren van de kwaliteit van de wijkteams een hoge prioriteit. Omdat de wijkteams nieuw zijn voor de gemeente, willen we de werkwijze vanaf 1 november 2014 periodiek monitoren. Hierbij evalueren we in ieder geval:

- het functioneren van de wijkteams;
- het samenwerken binnen het wijkteam;
- de samenwerking met de externe partijen, waaronder zorg voor elkaar, huisartsen en zorgverzekeraar;
- samenwerking met CJG;
- samenwerking met ATEA;
- de samenwerking tussen de wijkteams;
- het invullen en het vormgeven van het persoonlijk plan, waaronder ook het keukentafelgesprek;
- de effecten van het volgen van de te bereiken resultaten door het wijkteam en de werkwijze hieromtrent;
- de overdracht van dossiers tussen de wijkteams en zorgaanbieders;
- of aan de invulling van het uitgangspunt “één gezin, één plan, één regisseur” wordt voldaan.

Hiermee worden twee belangrijke wegen geschetst waarop de gemeente de kwaliteit bewaakt en monitort. De input vanuit contractmanagement en vanuit de monitoring op de wijkteams versterken elkaar en vullen elkaar aan en werken als communicerende vaten om de kwaliteit te verbeteren.



### 7.3 Verantwoording

#### *Rijk*

De gemeente is verplicht periodiek gegevens te leveren aan het Rijk. Het Rijk zal mogelijk nog een regeling opstellen over de gegevens die gemeenten moeten verstrekken, de wijze waarop en de tijdstippen. Vooruitlopend daarop zullen we in Breda ons registratiesysteem inrichten zodat we tijdig kunnen beschikken over relevante managementinformatie.

Dit is ook nodig voor goed contractbeheer om tijdig te kunnen signaleren en bijsturen wanneer er dingen niet goed gaan.

#### *Gemeenteraad*

Het door het gemeentebestuur gevoerde beleid wordt eenmaal per jaar geëvalueerd. Het college zendt hiertoe aan de gemeenteraad een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van de verordening in de praktijk. Daarnaast zal de gemeenteraad via raadsbrieven geïnformeerd worden over relevante (landelijke en lokale) ontwikkelingen. Hierin kan bijvoorbeeld dieper ingegaan worden op de ervaringen met de gecontracteerde aanbieders en resultaten van periodieke evaluaties van de wijkteams. Zoals al eerder is aangegeven, willen we bij de beleidsvorming van de nieuwe Wmo een flexibel traject volgen waarbij beleid snel wordt aangepast aan nieuwe inzichten. De betrokkenheid van de gemeenteraad is een continu proces.

### 7.4 Handhaving en toezicht

De Wmo kent talrijke regels om de kwaliteit te waarborgen. Om die te kunnen controleren voorziet de wet in de aanstelling van toezichthouders. De gemeente kan daar een aparte regeling voor maken, maar wij willen eerst ervaring opdoen met de mogelijkheden van deze nieuwe functie.

Wel is in de verordening al opgenomen dat als aanbieders onverhoopt geconfronteerd worden met calamiteiten en geweld bij verstrekking van een voorziening zij dat onmiddellijk moeten melden. Hierna stelt de gemeentelijke toezichthouder een onderzoek in en brengt aan het college advies uit.



MAAK JEZELFDE LIEFDE TOE  
Puchtige  
**CRACOTTES**  
Volkoren

**CRACOTTES**  
Puchtige  
Volkoren

Koffie  
100g

WASNE

# Bezwaar en beroep, klachten, klantervaring en privacy

## 8.1 Bezwaar en beroep

De ervaringen vanuit de huidige Wmo leren ons dat veel bezwaren voortkomen uit ontevredenheid over de bejegening van de cliënt en onduidelijkheid over de doelstelling van Wmo, in plaats van over de feitelijke beslissing van de gemeente. Onduidelijkheden willen we zoveel mogelijk wegnemen met het keukentafelgesprek. We hechten veel waarde aan het persoonlijk plan dat samen met de cliënt wordt opgesteld en dat de vraag van de cliënt centraal stelt. Ook de aanwezigheid van de mantelzorger kan helpen om onduidelijkheid achteraf te voorkomen. We werken nu al met 'pre-mediation', waarbij de generalist met de cliënt nogmaals in gesprek gaat over de oorzaak van het bezwaar en kijkt of er toch een oplossing gevonden kan worden. Dit willen we onder de nieuwe Wmo continueren.

Bij besluiten in het sociale domein is het vaak belangrijk dat bezwaren snel afgehandeld worden. We willen voor urgente en schrijnende situaties een escape in de bezwaarschriftbehandeling inbouwen. Hierdoor wordt snel in nauw contact met de bezwaarindiener een besluit genomen. Veel sneller dan de wettelijke geldende Awb-termijnen. Dit voorkomt dat de cliënt langdurig in een ongewenste situatie blijft steken in afwachting op de afhandeling van de bezwaarprocedure.

## 8.2 Klantervaring, klachten en nieuwe ideeën

### *Klantervaring*

We willen dat de cliënt tevreden is over de wijze waarop hij door de wijkteams, gemeente en aanbieder is geholpen en streven naar de volgende resultaten:

- De cliënt is tevreden over het behaalde resultaat op basis van zijn ondersteuningsplan.
- De cliënt is tevreden over de snelheid waarmee we zijn hulpvraag hebben opgepakt.
- De cliënt is tevreden over de wijze waarop de gesprekken zijn gevoerd.
- De cliënt is tevreden over de geleverde maatwerkvoorziening.

We bezien of audits een plaats kunnen krijgen bij de meting van de klanttevredenheid. De meting moet objectief en onafhankelijk zijn en vergelijkbaar met voorgaande jaren zodat inzicht in de kwaliteitsontwikkeling ontstaat. De eisen hiervoor nemen we op in contracten en subsidiebeschikkingen. Naast de subjectieve klanttevredenheid gaan we via steekproeven ook de objectieve kwaliteit toetsen.

Als eindverantwoordelijke voor de uitvoering van de Wmo voert de gemeente de regie over de klantervaringsonderzoeken. Wij bepalen dus, in overleg met de klankbordgroep Wmo en de zorg- en maatschappelijke aanbieders, wat we hoe willen onderzoeken.

Om de komende jaren de ontwikkeling goed te volgen houden we jaarlijks een klantervaringsonderzoek. Om ook groepen te bereiken die moeite hebben met het invullen van vragenlijsten gebruiken we ook interviews, eventueel via intermediairs.

### *Zorgmeldpunt voor problemen en ideeën*

In de eerste twee overgangsjaren na de invoering van de Wmo start Breda een zorgmeldpunt waar mensen en organisaties terecht kunnen met klachten en/of problemen op het gebied van zorg (kwaliteit en proces) en hun ideeën om de zorg in Breda te verbeteren. Dit helpt de aanpak tijdig bij te stellen en we kunnen zo, met praktijkervaring, beter sturen op de samenhang van welzijn tot en met intensieve begeleiding in zorg. Volgens het principe 'lerende organisatie' vragen we betrokkenen om mee te denken over de verbetering van de zorg in Breda. Het zorgmeldpunt is laagdrempelig waarbij signalen en ideeën via een bestaande infrastructuur snel opgepakt worden. Samen leren en verbeteren is hierbij het uitgangspunt. Immers Goede zorg doen we samen.

### *Klachtenafhandeling*

De huidige insteek van de klachtenafhandeling houden we via het gemeentelijke klantcontactcentrum voorlopig in stand. Klachten komen binnen bij een centraal punt, worden geregistreerd en beantwoord door een inhoudelijk deskundige. We monitoren het proces om te zorgen dat de indiener binnen wettelijke termijn antwoord krijgt.

De klachtenregistratie van het klantcontactcentrum (KCC) en de resultaten en ervaringen van het zorgmeldpunt gebruiken we om met de cliënten (bijvoorbeeld de klankbordgroep Wmo) te komen tot een klachtenregeling voor de toekomst. Hiermee willen we de ervaringen vanuit het zorgmeldpunt een plaats geven.





# Privacy en bescherming cliëntgegevens

De informatievoorziening tussen burgers en professionals moet per 1 januari 2015 transitieproof zijn, dus minimaal doorlopen zoals het nu gaat. De informatievoorziening tussen gemeenten met burger en professional mag de effectiviteit van de hulp en participatie niet belemmeren en houdt rekening met de privacywetgeving.

Transitieproof houdt in dat informatie delen over de domeinen wel mogelijk is maar in de inrichting van de informatievoorziening nog niet is voorzien.

Bij de uitvoering van de Wmo zullen er aanvragen komen van cliënten, met gegevens die gebruikt zullen worden door de gemeente en de zorgverleners die in opdracht (contract of subsidie) van de gemeente handelen. Daarbij wordt gestreefd naar één dossier per gezin en dus het actief delen van alle informatie, nodig voor goede zorgverlening. Dit brengt risico's met zich mee voor privacy.

De informatievoorziening en inrichting vormen een belangrijk hulpmiddel om inzicht en grip te krijgen in de informatiestromen en in het inrichten van een goed beveiligd en geautoriseerd systeem.

De Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) is hierbij uitgangspunt.

De Wet bescherming persoonsgegevens en de Wmo geven handvaten en kaders voor informatievergaring, -bewaring en -gebruik. Die kaders zijn voor managers, beleidsmakers, beheerders en sociale wijkteams. Daarmee zijn ze niet juridisch, maar onderdeel van de bedrijfsvoering.

Persoonsgegevens bewaren en gebruiken gebeurt:

- zorgvuldig (= juist);
- met een doel, in dit geval een rechtvaardig doel; verlenen van zorg/hulp; of voor een publiekrechtelijke taak (Wmo);
- niet langer dan nodig;
- niet bovenmatig (ten opzichte van het doel);
- beveiligd tegen verlies;
- gegevens over gezondheidsinfo worden alleen gebruikt door hulpverleners (inclusief gemeente, zorginstellingen, scholen en jeugdinstanties);
- of in elk geval met toestemming van betrokkene;
- met respect van het inzage- en correctierecht van betrokkene.

Om tot een goede samenwerking te komen delen zorgverleners op klantniveau actief informatie met elkaar, stellen hiervoor samen met de gemeente een protocol op of conformeren zich hieraan. Dit is een van de contracteisen voor de zorgverleners.

De functionaris gegevensbescherming stelt een regeling inzage- en correctierecht op en een protocol bewaartermijnen en vernietiging. Verder zal worden gewerkt aan de bewustwording van privacyaspecten binnen het sociaal domein. Hiertoe zullen taken en verantwoordelijkheden worden vastgelegd en trainingen worden opgezet. Het uitvoeren van audits binnen de gemeente en zorginstelling behoort tot een van de mogelijkheden om de bewustwording van privacy aspecten verder te verhogen.





# Communicatie en voorlichting

Cliënten hebben aangegeven de volgende punten belangrijk te vinden bij de communicatie:

- Communiceer in 'Jip en Janneke' taal
- Hou het zo kort mogelijk
- Leg de focus op hoe het gaat worden
- Maak het bereikbaar en laagdrempelig
- Verwijs niet naar een website
- Hou er rekening mee dat niet iedereen in het bezit is van een computer
- Betrek aanbieders bij de communicatie

De communicatie rondom Wmo (en in lijn hiermee ook die van de andere 2 decentralisaties) kent een aantal mijlpalen:

## 10.1 2014 informeren centraal

### *Benutten van algemene communicatiekanalen en het netwerk*

Vragen en antwoorden lopen niet geheel met elkaar in de pas, dat is een feit in de rollercoaster waarin de decentralisaties zich nu bevinden. Cliënten zijn erg benieuwd naar de directe consequenties voor zichzelf: wie is mijn hulpverlener? Hoe zit het met....? Desondanks is het belangrijk dat de informatie die er is ook bij degenen die betrokken zijn terecht komt om onnodige onrust te voorkomen. Om dat te bereiken is met de vertegenwoordigers van aanbieders en belangenorganisaties voor cliënten een aantal afspraken gemaakt over massamediale inzet van informatiemogelijkheden:

- Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de informatie naar cliënten en belanghebbenden
- Afstemming over de wijze waarop communicatie plaatsvindt en wie wat doet. (o.a. door digitale nieuwsflits en afstemmingsmomenten waarin de communicatie gedeeld wordt).
- Communicatie, ook in print, over o.a. de wijze waarop de toegang naar hulp en zorg geregeld is, maar ook over een 'onafhankelijk punt' waar acute hulpvragen, verbetervoorstellen etc. in behandeling worden genomen.
- Thematische informatie in huis-aan-huisbladen. Website gemeente als plek waar alle informatie te vinden is. Regelmatige update van de nieuwe informatie naar lokale media, media in wijken etc., via, twitter en digitale nieuwsflits en reguliere persbriefing.
- Als dat nodig en wenselijk blijkt, zal samen met het veld snel geschakeld worden naar overige kanalen.

### *Persoonlijke informatie*

Daarnaast is er een aantal momenten waarop cliënten direct geïnformeerd worden over de directe gevolgen voor henzelf. Daarin hanteren wij de volgende principes:

- Een brief komt nooit alleen. Er is altijd een persoonlijke back up mogelijk door 14076 (algemeen informatienummer) en/of persoonlijk contact via de kanalen waar persoonlijke vragen worden afgehandeld.
- Waar dat mogelijk is, is het streven om cliënten die met meerdere decentralisaties of onderdelen daarvan te maken hebben via één brief te informeren over de gevolgen, tenzij andere belangen zich daar tegen verzetten (bijv. snelheid van informeren).

Daarnaast wordt zoveel gebruik gemaakt van wat er al is zoals landelijke campagnes.

## 10.2 2015 jaar van transformatie

De decentralisaties hebben als doel om participatie te bevorderen. De kracht van de mens zelf en zijn netwerk dan wel vrijwilligers is een startpunt voor het vormgeven hiervan. Natuurlijk is er een professionele hulp als dat nodig is. Communicatie kan bijdragen aan de bewustwording naar een maatschappij waar het gewoon is om hulp te bieden en hulp te vragen en waar zowel hulpvragers als hulpverleners er voor en met elkaar zijn. Ieder krijgt iets terug (een vriend, hulp aan elkaar etc) . Samen met de partners uit alle decentralisaties zal gekeken worden hoe deze transformatie gezamenlijk vorm te geven.

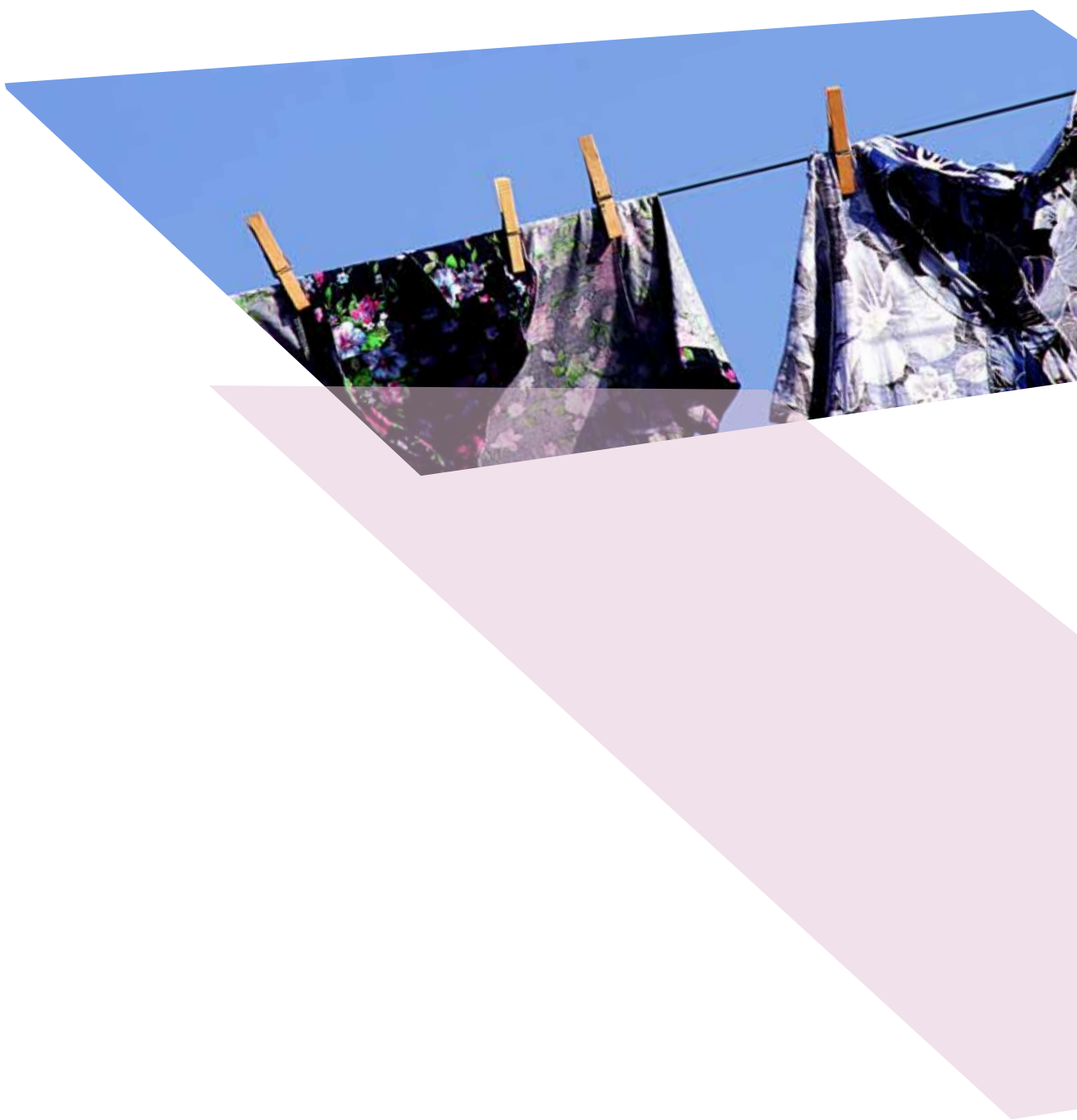
Een van de middelen die al in de spiegelende sfeer wordt ingezet zijn verhalen. In het sociaal domein gaat het om mensen. Achter ieder mens zit een verhaal. De verhalen dienen als input om elkaar te verrijken. Het vertellen van verhalen zet de menselijke maat voorop. De verhalen hebben een tweeledig doel: enerzijds bewustwording van professionals: voor wie doen zij het allemaal en voor wie kunnen zij het verschil maken. Anderzijds voor de hulpvrager en zijn omgeving als inspiratiebron hoe anderen ermee omgaan of om te spiegelen. De verhalen geven inzicht in een leven met een ondersteuningsvraag en brengen tegelijkertijd de kracht van mensen en hun netwerk in beeld.

De verhalen leveren input voor een mooie tentoonstelling, roman of film. Belangrijk om te zorgen dat een ieder stilstaat bij waar het nu echt om gaat: de mens in zijn kracht, voor elkaar en met elkaar. Kortom, de verhalen maken duidelijk: hulp vragen en hulp geven hoort erbij.

Ook de professionals gaan mee in deze transformatie. Opleiding, training, coaching en leidinggeven staan daarin centraal. Dit gebeurt door de gekozen aanpak te blijven toetsen en door het delen van ervaringen voor een continu verrijken en verbetering van de Bredase zorg- en welzijnondersteuning. Daarbij zijn onze uitgangspunten:

- A. bouwen aan een community;
- B. aansluiten bij wat er al is;
- C. inspiratie geven;
- D. het organiseren van offline en online ontmoetingen.

Ook een vertegenwoordiging van de gesprekspartners wordt betrokken bij het proces om ervoor te zorgen dat het communicatieproces iets gezamenlijks wordt en terug te voeren is naar de menselijke maat van de hulpvragers en -verleners.





# De nieuwe verordening

# 11

De aanpassingen in het Wmo-beleid leiden natuurlijk ook tot een nieuwe verordening. Deze is gemaakt in samenspraak met de klankbordgroep Wmo. Een werkgroep heeft zich gebogen over tekstvoorstellen en deze vaak heftig bediscussieerd. Vertrekpunt daarbij was de modelverordening zoals die door de VNG is opgesteld en bij de Kamerbehandeling is betrokken. Toch is de uiteindelijke versie een heel eigen Bredase variant geworden. Op de eerste plaats doordat we gekozen hebben voor een zo duidelijk mogelijke integrale tekst waarin rechten en plichten van cliënten, aanbieders, wijkteams en gemeente duidelijk omschreven zijn. Ook hebben we gekozen om allerlei uitvoeringsregels die in de oude verordening waren opgenomen over te nemen in de nieuwe. Juist om het beeld zo compleet mogelijk te maken en bruikbare handvaten voor de uitvoering niet weg te gooien. Omdat maatwerk nadrukkelijk voorop staat in het nieuwe beleid hebben deze regels meer het karakter van richtlijnen gekregen. Net als het beleidsplan is de verordening dynamisch geworden. Nieuwe inzichten en ervaringen zullen ertoe moeten leiden dat de tekst op tijd aangepast gaat worden en net als dat bij het beleid het geval is zal die aanpassing via de raad lopen, zodat die optimaal betrokken wordt bij de uitvoering van het Wmo-beleid.

Bijzondere aandacht in de verordening is gegeven aan het mantelzorgbeleid. Al in de overwegingen is de belangrijke rol van mantelzorg benadrukt. Dat is ook het geval in de artikelen over de procedure van melding tot beschikking. De mantelzorg is bij gesprekken aanwezig en is ook zelf onderwerp van aandacht. Zijn belasting wordt in beeld gebracht en ondersteuning van de mantelzorger is een vast onderwerp daarbij.



# Bijlage

## Het Wmo-woordenboek

Alfacheque	De alfacheque is een alternatief dat momenteel past onder de keuzemogelijkheid van het persoonsgebonden budget (pgb) waarmee de alfahulpdienstverlening op een eenvoudige manier kan worden ingezet. De alfacheque is een extra keuzemogelijkheid naast zorg in natura en het reguliere pgb waarbij de hulp met vouchers wordt uitbetaald..
Algemene voorziening	Algemene voorzieningen zijn alle voorzieningen die algemeen toegankelijk zijn, gericht op het versterken van zelfredzaamheid en participatie van cliënten. Bij de algemene voorziening is er geen sprake van een uitgebreid onderzoek. Voorbeelden van algemene voorzieningen zijn ouderenwerk en maatschappelijke werk.
ATEA-groep	Het gemeentelijke leerwerkbedrijf.
Begeleiding	Onder begeleiding vallen activiteiten die bedoeld zijn om de zelfredzaamheid van personen te bevorderen, te behouden of te compenseren zodat een verblijf in een instelling zo lang mogelijk wordt uitgesteld en verwaarlozing wordt voorkomen. Te denken valt aan bijvoorbeeld het beheren van (huishoud)geld of hulp bij de administratie, hulp bij of overnemen van post openmaken of regelen en afhandeling van praktische zaken. Het gaat ook om activiteiten die bestaan uit het ondersteunen bij of het oefenen met het aanbrengen van structuur of het voeren van regie, zoals hulp bij plannen, stimuleren en voorbespreken van activiteiten of hulp bij op- en bijstellen van de dag- en weekplanning. Het gaat dan om de dagelijkse routine. Begeleiding binnen de AWBZ is momenteel mogelijk in de vorm van individuele begeleiding of als begeleiding in groepsverband. Begeleiding in groepsverband wordt ook wel dagbesteding genoemd. Voorbeelden van dagbesteding zijn zorgboerderijen of spelactiviteiten voor beginnend dementerende ouderen.
Budgetplan	Dit is het plan waarin de budgethouder aangeeft op welke manier hij het pgb gaat besteden zodat de veiligheid, doeltreffendheid en cliëntgerichtheid van de voorziening(en) getoetst kunnen worden.
Casuisstiek	Het onderling bespreken van aanvragen en de wijze waarop die behandeld zijn.
CER	Compensatie eigen risico.
Cliëntondersteuning	Ondersteuning van cliënten onder andere bij het doorlopen van procedures.
CJG	Centrum Jeugd en Gezin.
Eerstelijnszorg	Alle zorg die direct toegankelijk is voor de cliënt, bijvoorbeeld huisartsen, maatschappelijk werk en spoedeisende hulp in ziekenhuizen.
Eigen kracht conferentie	Een bijeenkomst waarin een gezin samen met zijn sociaal netwerk een plan opstelt om problemen op te lossen. Het gezin nodigt mensen uit die betrokken zijn bij het gezin en die een rol willen spelen in het oplossen van de problemen.
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GGZ-inlooppunt	Laagdrempelige ontmoetingsruimte voor mensen met psychische problematiek.
HV1	'Eenvoudige' huishoudelijke werkzaamheden/schoonmaakwerkzaamheden, waarbij de burger in staat is om de hulp aan te sturen.
HV2	Huishoudelijke werkzaamheden met ondersteuning in de huishouding. De cliënt kan geen regie voeren, er wordt aanvullende hulp geboden bij het organiseren van het huishouden.
Logeeropvang	Tijdelijke kortdurende opvang van cliënten om hun mantelzorgers adempauze te geven (respit zorg).
Maatwerkvoorziening	Voorzieningen die afgestemd zijn op de persoon.
Mantelzorg	De zorg die mensen bieden aan een naaste, vrijwillig en niet vanuit een bepaald georganiseerd verband, door mensen die al voor het ontstaan van de zorgvraag een bepaalde sociale relatie met elkaar hadden.
MASS	Maatschappelijk Steun Systeem (GGZ)
MEE	Regionale instelling die mensen met een beperking en hun netwerk ondersteunt op alle levensgebieden en in alle levensfasen.
Nuldelijnszorg	Zorg die gegeven wordt door mantelzorgers, vrijwilligers en familie.
Persoonlijk (ondersteunings) plan	Het plan waarin de aanpak beschreven is bij behoefte aan ondersteuning van zelfredzaamheid of participatie.
Respit zorg	Zorg die gegeven wordt om de mantelzorger tijdelijk te ontlasten.

Talentenscan	Instrument dat zicht geeft op je kwaliteiten en ontwikkelingsmogelijkheden. Dit persoonlijkheidsonderzoek gaat ook over betekenis geven aan iemands talenten en kwaliteiten. Het instrument dat wordt gehanteerd is een breed persoonlijkheidskader dat zowel onveranderbare eigenschappen als ontwikkelingsmogelijkheden in beeld brengt. Het is een zoektocht naar iemands drijfveren en beweegredenen en er wordt verder gekeken dan het gedrag.
Transitie	Proces waarin verantwoordelijkheden van de landelijke overheid worden overgedragen naar de gemeenten, vanuit de overtuiging dat als je de zorg en dienstverlening allemaal op gemeentelijk niveau organiseert de kwaliteit door betere afstemming en de efficiency omhoog gaat.
Transformatie	Verandering, over het algemeen te maken met het overgaan van de ene vorm in de andere.
Tweedelijnszorg	Zorg waar een verwijzing voor nodig is.
Voorliggende voorzieningen	Algemene voorziening of andere voorziening die aan de hulpvraag tegemoet komen.
Voortgangsgesprek	Gesprek waarin de voortgang besproken wordt van de uitvoering van het persoonlijk plan.
Uitvoeringsbesluit Wmo	Landelijke regeling waarin de financiële grenzen aangegeven zijn waarbinnen door gemeenten eigen bijdragen opgelegd kunnen worden.
Wtcg	Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten.
Zorgmijders	Zorgmijders zijn mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben maar geen hulp of zorg vragen of accepteren en zorginstellingen mijden.
Zorg voor elkaar	Zorg voor elkaar is een platform gecreëerd door twaalf Bredase informele zorginstellingen waar burgers via één aanspreekpunt hulp kunnen vinden én geven, een belangrijke vindplaats voor voorliggende en algemene voorzieningen.





