



# Uitgangspunten voor de maatschappelijke ondersteuning

**Een conceptnotitie in het kader van de decentralisatie van de functies begeleiding en verzorging van de AWBZ naar de Wmo in de Oosterschelderegio**

*Opgesteld door de projectgroep decentralisatie begeleiding  
Vastgesteld door het bestuur van het SWVO op 13 februari 2013.*

*Versie 7 maart 2013, ten behoeve van bespreking met  
gemeenteraden, zorg- en welzijnsorganisaties, cliënt- en  
adviesraden.*

## **Notitie Oosterschelderegio**

### **Uitgangspunten voor de maatschappelijke ondersteuning**

#### ***Inleiding***

In de Oosterschelderegio heeft het bestuur van het SWVO ons, de projectgroep decentralisatie begeleiding, de opdracht gegeven om te beschrijven hoe de maatschappelijke ondersteuning er over een aantal jaren uit zou kunnen zien. In deze notitie geven wij daarvoor een aanzet. Dit is zeker nog geen gezamenlijke visie van de 7 gemeenten op het sociale domein, maar een kaderstelling en contouren van een werkmodel. Wij hebben het werkmodel beperkt tot taken die de huidige Wmo betreffen of taken die het Rijk in de komende jaren vanuit de AWBZ naar de Wmo decentraliseert, zoals de functies begeleiding en verzorging. Wel zorgen wij voor uitwisseling en afstemming met de andere decentralisaties in het sociale domein, namelijk jeugd, participatie en onderwijs. Op deze manier werken we toe naar één integraal sociaal domein.

#### ***Doelstelling***

- De inhoud van deze notitie willen wij gebruiken om in gesprek te gaan met cliënten en met betrokken organisaties en instellingen. De dialoog zorgt ervoor dat we de inhoud kunnen aanvullen en aanscherpen. De aangepaste notitie willen we rond de zomer door de besturen van de 7 gemeenten in de Oosterschelderegio laten vaststellen. Aan de hand van die tekst zullen we de veranderingen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning dan vervolgens vormgeven.
- Daarnaast willen we met onze partners die betrokken zijn bij zorg en ondersteuning tot een ontwikkelprogramma komen. Daarin zijn alle vraagstukken opgenomen die verder onderzoek of een nadere uitwerking van ons vragen. Op deze manier geven we met elkaar invulling aan de transformatie in het sociale domein. In hoofdstuk 6 hebben we al een aantal van deze vragen opgenomen.

## **1. Huidige situatie**

Waarom willen we de maatschappelijke ondersteuning opnieuw vormgeven?

- De toename van de zorgvraag, in combinatie met een krimpende arbeidsmarkt en stijgende kosten, maakt het noodzakelijk dat we de zorg en ondersteuning anders inrichten.
- De zorg voor en ondersteuning van kwetsbare burgers is nu geregeld in tal van regelingen en ondergebracht bij een veelheid aan loketten, organisaties en professionals. Tussen deze loketten, organisaties en professionals zitten grote schotten. Deze schotten veroorzaken dat professionals langs elkaar heen werken, niet de klant centraal staat, maar het product of de dienst. Bovendien wordt er onnodig, of te dure zorg ingezet.
- De klant wordt geconfronteerd met veel en verschillende hulpverleners. Hij moet afspraken maken met het kantoor in plaats van de hulpverlener zelf. Omdat de ideale oplossing voor een cliënt vaak een 'integrale' oplossing is, kan hij daar in de huidige situatie niet altijd voor kiezen. Het 'systeem' laat dit dan niet toe.
- De prikkel voor zorgaanbieders ligt verkeerd. Zorgaanbieders worden nu betaald voor de productie die zij leveren. Hoe meer productie, hoe minder druk de overheadkosten op de tarieven geven. Dit leidt niet tot het efficiënt inzetten van zorg.
- In het huidige systeem wordt veel belang gehecht aan verantwoording en controle. Een belangrijk deel van de medewerkers in de zorg gaat 'verloren' aan verantwoording. Ook is de ruimte - om op eigen initiatief en naar eigen inzicht te handelen - die professionals krijgen in het huidige systeem beperkt.
- In de Wet maatschappelijke ondersteuning staat de cliënt centraal. De cliënt wordt aangesproken op zijn 'eigen kracht'. Gemeenten en organisaties zijn bezig met 'de kanteling', om daadwerkelijk handen en voeten aan deze principes te geven.
- Het huidige systeem houdt te weinig rekening met de eigen kracht van de betrokken cliënten en hun omgeving.
- De AWBZ kent een open einde. Als men aan bepaalde criteria van een beperking of ziekte voldoet is de toegang tot zorg en ondersteuning min of meer onbeperkt. Het inkomen speelt daar een beperkte nivellerende rol in tot het niveau van een eigen bijdrage.

## **2. Wat is de gewenste situatie voor de maatschappelijke ondersteuning?**

We beschrijven in deze paragraaf de gewenste situatie voor maatschappelijke ondersteuning. Hoe we deze situatie bereiken en welke stappen we daarvoor moeten zetten is in deze notitie niet opgenomen.

### a. uitgangspunten:

Een beroep op (zwaardere) zorg en individuele voorzieningen moeten we waar mogelijk voorkomen. Door zoveel mogelijk zorg en ondersteuning in de buurt beschikbaar te hebben en voorzieningen waar mensen zonder indicatie gebruik van kunnen maken kunnen we die vraag verkleinen.

- Een belangrijke succesfactor in de transformatie van de maatschappelijke ondersteuning is de ontwikkeling en uitbreiding van de 1<sup>e</sup> lijnszorg. Onder 1<sup>e</sup> lijnszorg verstaan we alle georganiseerde zorg op het gebied van sociaal/maatschappelijke ondersteuning waar mensen zonder verwijzing van een huisarts of andere professional gebruik van kunnen maken. Een goede samensmelting van welzijn en zorg gericht op het goedkoper en het inzetten van minder ‘zware’ zorg en ondersteuning is noodzakelijk om de transformatie te realiseren. Daarom vinden wij de volgende uitgangspunten belangrijk:
  - In de nabije toekomst organiseren we meer nog dan nu welzijn en ondersteuning in buurten en kernen waar mensen wonen en leven. De middelen daarvoor zullen beperkt zijn. De verantwoordelijkheid zal gedragen worden door vrijwilligers met een minimale ondersteuning vanuit professionals. Professionals moeten bereid zijn voor en met elkaar te werken op basis van vertrouwen. Wie ‘het werk krijgt’ is niet belangrijk, maar dat het werk gedaan wordt. De schaal in de Oosterschelderegio is te klein om concurrentie tussen organisaties te stimuleren. Er is een optimale samenwerking nodig in de eerste lijn. De identiteit van afzonderlijke eerstelijnsorganisaties wordt minder relevant.
  - Of we de transformatie succesvol uit kunnen voeren zal voor een belangrijk deel afhangen van de kwaliteit en de aanwezigheid van actoren en voorzieningen, die actief zijn op het gebied van welzijn en zorg in de 1<sup>e</sup> lijn. In de Oosterschelderegio verbinden wij daarom randvoorwaarden aan de aanwezigheid van voorzieningen in wijken en kernen en de kwaliteit van het welzijnswerk en het maatschappelijk werk.
  - De wisselwerking tussen formele en informele zorg moet optimaal zijn. Dat kan alleen wanneer de professional goed samenwerkt met de cliënt en zijn sociale netwerk. Dit stelt eisen aan de communicatie tussen en de informatieoverdracht van professional naar mantelzorger, of vrijwilliger en andersom.

- Zorg en ondersteuning is niet langer onbeperkt beschikbaar. We zorgen ervoor dat de beschikbare middelen terecht komen bij de mensen die het meest kwetsbaar zijn en zelf het minst daarin kunnen voorzien. We doen een beroep op de maatschappij om zelf oplossingen te vinden en elkaar te helpen. Doordat er flink in de budgetten wordt gekort, terwijl tegelijkertijd de vraag naar zorg toeneemt, zullen we als gemeente duidelijke keuzes moeten maken. We formuleren uitgangspunten hoe we de middelen voor de participatie van kwetsbare burgers willen verdelen en we benoemen welke instrumenten we in willen zetten om de verdeling volgens deze uitgangspunten te realiseren.
- De gemeente heeft een regiefunctie. Wij hebben straks de beschikbaarheid over het belangrijkste deel van het budget voor maatschappelijke ondersteuning aan kwetsbare mensen in de samenleving en de taak die te verdelen. Daarnaast hebben we de verantwoordelijkheid, vanuit de wet maatschappelijke ondersteuning, om mensen te laten participeren. Mensen die dat niet, of onvoldoende kunnen, vanwege ziekte of handicap moeten worden gecompenseerd. Bij het voeren van regie vinden wij belangrijk dat:
  - We uitgaan van de kracht van professionals. Organisaties doen waar ze goed in zijn en zoeken zelf de samenwerking op gebieden waar hun expertise niet of minder ligt.
  - Het initiatief voor nieuwe arrangementen bij de professionele organisaties ligt. Wij stellen de kaders waarbinnen de vernieuwing tot stand kan komen. Er wordt ruimte gemaakt voor pilots en om nieuwe dingen uit te proberen.
  - Lokale initiatieven tot ontplooiing komen die bijdragen als algemeen toegankelijke voorziening
  - Wij en onze partners 'doorkantelen'. We richten onze processen zo in dat veel meer energie wordt gestoken in het onderzoek naar de vraag achter de vraag en het leveren van maatwerk aan de cliënt.

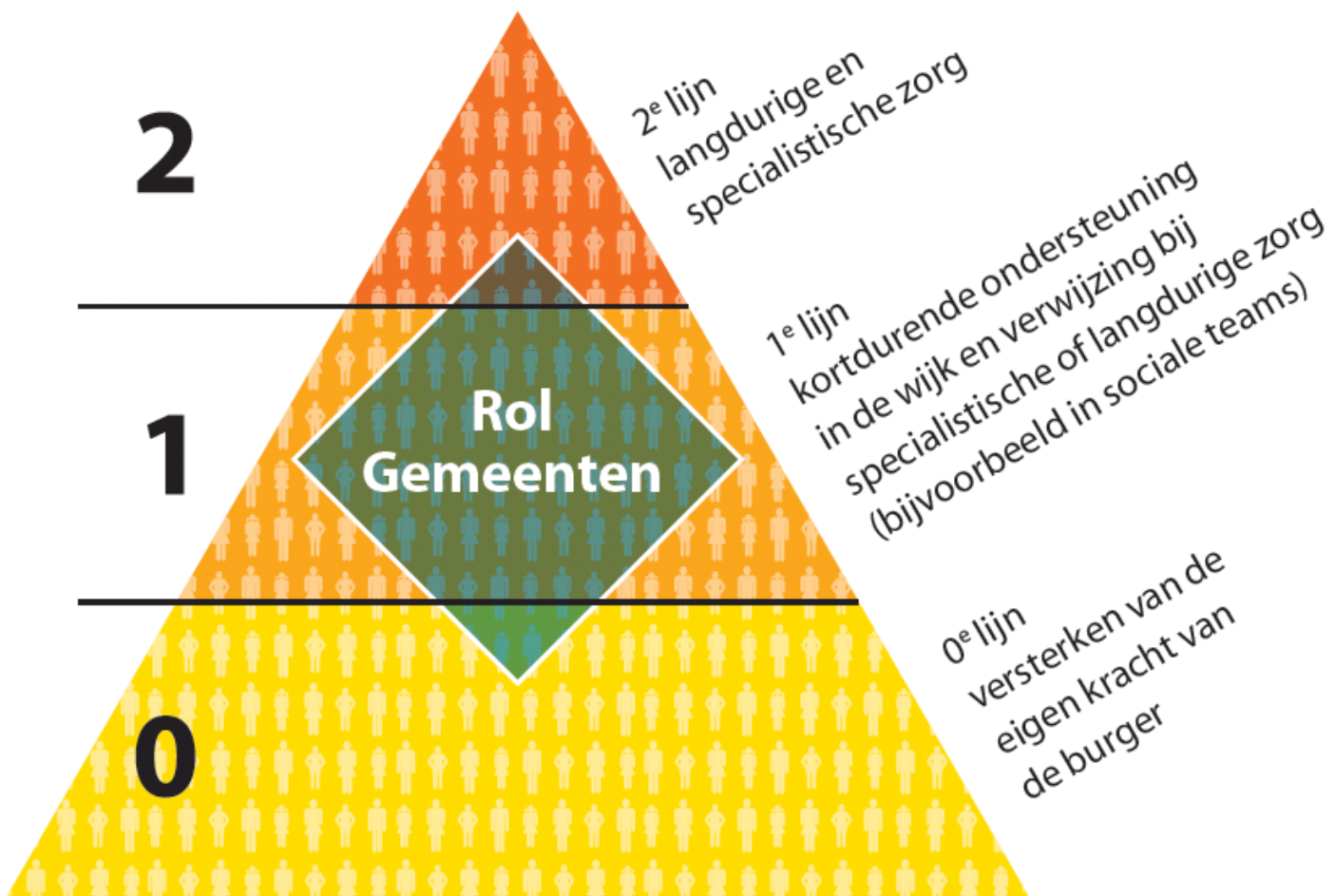
#### b. een kijk op de uitvoering van de maatschappelijke ondersteuning in de Oosterschelderegio

##### **De burger, de gemeente en de professional**

Participeren is de doelstelling van het lokale sociale beleid. Burgers moeten een eigen huishouden kunnen voeren, een sociaal netwerk kunnen onderhouden en kunnen deelnemen aan de samenleving en arbeidsmarkt. Burgers zijn hier zelf verantwoordelijkheid voor. Daarnaast hebben zij ook een verantwoordelijkheid voor anderen in hun omgeving.

Wij bieden zo nodig aanvullende zorg en diensten. Voor kwetsbare groepen is er bovendien specialistische zorg en hulpverlening beschikbaar. Deze visie leidt tot een andere verdeling van taken

en verantwoordelijkheden tussen burgers, gemeente en professionele instellingen. De piramide visualiseert die verdeling. De piramide kent een brede basis en een smalle top.



 **Burgers**

#### 0<sup>e</sup> lijn

Uitgangspunten voor zorg en ondersteuning in de 0<sup>e</sup> lijn zijn:

- Investeren in preventie
- Snel helpen
- Wijk/kern gericht
- Stimuleren van eigen verantwoordelijkheid (zorgen dat i.p.v. zorgen voor)
- Mogelijkheden creëren voor eigen regie
- Aanwezigheid en kwaliteit van voorliggende voorzieningen in de wijk/kern
- Stimuleren van burgerparticipatie

De brede basis van de piramide wordt gevormd door de 0<sup>e</sup> lijn, ook wel de 'civil society' genoemd. Informele netwerken van burgers onderling en algemeen toegankelijke voorzieningen zoals het dorpshuis en brede scholen zijn de basis van het lokale zorgstelsel. De schaal is die van de eigen wijk of buurt. Wij zijn in de basis van de piramide bescheiden en op afstand aanwezig. Wij laten het

initiatief zoveel mogelijk aan individuele bewoners, bewonersgroepen, verenigingen en actieve ondernemers. Waar nodig stimuleren we de bereidheid tot inzet voor anderen. We initiëren projecten die de eigen kracht van burgers en de sociale netwerken versterken.

De kracht van de 0<sup>e</sup> lijn kan een belangrijke factor zijn in het terugdringen van de vraag naar individuele zorg of ondersteuning. Wij kunnen de 0<sup>e</sup> lijn versterken door te investeren in sociale netwerken, de ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers en het creëren van voorliggende voorzieningen. Dit is preventie. Concreet:

- Een idee is dat we een bepaald bedrag per wijk of kern in te zetten om sociale activering te stimuleren. In verschillende gemeenten in onze regio wordt met hulp van dorpsplannen gewerkt aan het versterken van de collectieve redzaamheid. Met de ondersteuning verminderen we het beroep op individuele zorg of ondersteuning.
- Mantelzorgers en vrijwilligers worden gefaciliteerd vanuit laagdrempelige steunpunten (of vergelijkbare voorzieningen). We hebben voldoende aandacht voor het voorkomen van overbelasting van mantelzorgers en de waardering van deze groep.
- We streven er naar om dicht bij de mensen in de wijken en dorpen ontmoetingsactiviteiten te organiseren voor en door de mensen in de eigen wijk. Dit stimuleert de participatie van mensen en draagt bij aan het versterken van de sociale netwerken. Aan deze activiteiten, bijvoorbeeld een koffiemorgen, of eettafelvoorziening, worden diensten en contactmogelijkheden gekoppeld voor zorg en welzijn (loket, vraag, formulier, etc..).

We vinden het belangrijk dat wanneer het kan mensen zoveel mogelijk in hun eigen omgeving ondersteund en verzorgd worden. (Algemene) voorzieningen in het dorp kunnen toegankelijk worden gemaakt voor mensen die gebruik maken van dagbesteding of arbeidsparticipatie. De scheiding tussen een collectieve voorziening waar mensen naar toe gaan voor dagbesteding of een werkleertraject en de voorziening in de wijk waar mensen elkaar kunnen ontmoeten en gezamenlijk activiteiten ontplooiën vervaagt.<sup>1</sup> Mensen maken zich nuttig in de eigen wijk of het eigen dorp.

---

<sup>1</sup> Een voorbeeld waar in het land mee geëxperimenteerd wordt is het wijkontwikkelbedrijf. Een combinatie tussen werkgelegenheidsprojecten en sociale activiteiten.

## 1<sup>e</sup> lijn

Uitgangspunten voor zorg en ondersteuning in de 1<sup>e</sup> lijn zijn:

- Mandaat voor de professional
- Inzet van zorg eenvoudig met zo weinig mogelijk regeltjes, protocollen en handboeken
- De wijk of kern is het werkgebied van de 'outreaching werkende' professional. Hij/zij is actief op het gehele sociale domein
- Samenwerking in multidisciplinaire sociale teams
- Hulp staat voorop, identiteit van organisaties is van secundair belang
- Resultaat inzichtelijk maken op het niveau van wijk of kern
- De scheiding tussen voorzieningen van instellingen en welzijnsvoorzieningen in de wijk vervaagt

In de 1<sup>e</sup> lijn wordt de toegang tot voorzieningen geregeld. Uitgangspunten daarvoor zijn:

- Meer nadruk op eenvoudige oplossingen en inzet van informele zorg
- Toegang op basis van professioneel inzicht, kennis en ervaring
- We investeren in een zorgvuldige vraagverheldering
- Eén toegang voor het hele sociale domein
- We kiezen voor oplossingen dicht bij de woon- en leefomgeving van de cliënt

Het middenstuk van de piramide staat voor kortdurende professionele generalistische ondersteuning in de eigen omgeving. Die hulp wordt geboden door professionals vanuit de 1<sup>e</sup> lijn. Professionals zijn actief in de wijk of in de kern. Zij zijn toegankelijk en hebben een brede kennis van de sociale kaart van die wijk, kern en gemeente. Zij stimuleren sociale netwerken en leggen verbindingen tussen de 0<sup>e</sup> en 1<sup>e</sup> lijn en tussen formele en informele zorg. De professionals in de wijk hebben mandaat om zorg en ondersteuning in te zetten en kunnen verwijzen naar meer specialistische vormen van zorg. De professionals hebben een beetje verstand van alle leefgebieden. Ze hebben korte lijntjes naar collega's voor eventuele vragen die zij zelf of niet gelijk kunnen beantwoorden.

De professionals die outreachend in de wijk of in de kern actief zijn vormen samen met collega's in de wijken en kernen in de directe omgeving en medewerkers in het loket een sociaal team. Hoewel de professionals meer generalist zijn dan specialist hebben ze wel een specifieke achtergrond (thuiszorg, maatschappelijk werk, jeugdzorg, etc.). In de samenstelling van de teams wordt daarmee rekening gehouden, zodat de collega's elkaar aanvullen.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> In verschillende gemeenten in de Oosterschelderegio vindt al overleg tussen professionals plaats. Voorbeelden hiervan zijn het OGGZ-netwerk (Schouwen Duiveland), Dorpteam (Borsele), Buurtteam (Kapelle), hometeams (Reimerswaal) en CTC-teams (Reimerswaal en Goes). Deze teams functioneren nu nog vooral als multidisciplinair overleg.



Bij complexe of meer specifieke vraagstukken schalen de professionals op naar een meer specialistisch team. Onze regio heeft afspraken met specialisten in de 1<sup>e</sup> lijn die op afroep ingeschakeld kunnen worden.

## 2<sup>e</sup> lijn

Uitgangspunten voor zorg en ondersteuning in de 2<sup>e</sup> lijn zijn:

- We organiseren een vraaggestuurd aanbod
- Randvoorwaarden opstellen om diversiteit in het aanbod te behouden
- Streven naar integrale oplossingen. Voorkeur voor arrangementen die een totaaloplossing bieden
- De basis voor onze relatie met aanbieders is vertrouwen

In de top van de piramide vinden we de specialistische hulp en zorgverlening. Dit is langdurige en intensive hulp voor kwetsbare burgers die er zelf niet uit kunnen komen, ook niet met hulp van de omgeving of door kortdurende hulp. Het gaat dan bijvoorbeeld om beschut werken, jeugdzorg, intensieve thuiszorg of hulp bij verslaving. We noemen dit de 2e lijn. Ook deze specialistische, en vaak langdurige vorm van ondersteuning, gaat we proberen meer integraal en dichterbij de burger in de wijk te organiseren. Dat is belangrijk want het gaat ons niet uitsluitend om 'zorg voor' onze meest kwetsbare inwoners maar vooral om te 'zorgen dat' deze burgers blijven meedoen aan de samenleving.

### **3. Het klantproces**

De Wmo is geen verzekering en kent niet het verzekerde recht van de AWBZ. De Wmo geeft gemeenten een compensatieplicht. Wij moeten een oplossing zoeken die de aanvrager (de persoon met de beperking) voldoende compensatie biedt, waardoor de persoon in kwestie zijn zelfstandigheid behoudt of terugwint en (opnieuw) kan (blijven) deelnemen aan de samenleving.

In de gewenste situatie:

- Is de cliënt zelf verantwoordelijk en voert de cliënt zelf regie
- Redeneren we vanuit de vraag van een klant
- Staan de mogelijkheden van een persoon centraal, niet zijn beperkingen
- Hechten we veel waarde aan de verkenning van de persoonlijke situatie van een persoon en zijn of haar sociale omgeving
- Betrekken we de mantelzorger en het persoonlijk netwerk van een cliënt bij het vinden van een oplossing en het bieden van hulp en ondersteuning
- Organiseren we de ondersteuning, hulpverlening en zorg zoveel mogelijk in en met behulp van de eigen omgeving of buurt van mensen (thuis, op school, in het wijkcentrum)
- Leggen we verbindingen in het sociale domein tussen werk, inkomen, wonen, gezondheid, sociale contacten, huishouden en vervoer
- Heeft de professional de benodigde kennis, expertise en intuïtie
- Willen we zoveel mogelijk maatwerk leveren
- Zoeken we naar eenvoudige oplossingen
- Staat het resultaat voorop: wat willen we bereiken met de inzet van hulp of zorg
- Is zorgtoewijzing niet een statisch gegeven maar beweegt de zorg mee met veranderingen in de persoonlijke situatie van mensen

#### a. Uitgangspunten in het klantproces:

Het keukentafelgesprek:

- de inzet van zorg en ondersteuning baseren we op de persoonlijke en unieke situatie van een cliënt
- waar mogelijk geven we de cliënt of zijn vertegenwoordiger mede de regie ten aanzien van de inhoudelijke inzet en omvang van de ondersteuning. Bijvoorbeeld bij dementie: de

partner van de dementerende en de casemanager dementie kunnen hier nadrukkelijk een rol in vervullen.

- Waar dat mogelijk is betrekken we sleutelfiguren (mantelzorgers, burens, familie, wijkagent, etc..) in de omgeving van een gezin of cliënt om te komen tot een oplossing of arrangement. Het netwerkberaad, zoals al wordt toegepast in de jeugdzorg en maatschappelijk werk, kan daarvoor een instrument zijn.
- We willen expliciet gebruik maken van de voorgeschiedenis van een cliënt wanneer we een keukentafelgesprek voeren of spreken over de inzet van gemeentelijke voorzieningen, namelijk:
  - de ervaringen van de omgeving (de ouders, de kinderen, de school, etc.)
  - eerder gestelde diagnoses
- We baseren de vraag of ondersteuning noodzakelijk is voor een belangrijk deel op expertise, intuïtie en ervaring van de professional
- Wanneer de professional er niet uitkomt of niet helemaal zeker is in zijn oordeel, zal hij - in overleg met de cliënt en zijn omgeving - gebruik maken van een formele diagnose. De formele diagnose is bedoeld als ondersteunend element in het proces van vraagverheldering en ondersteuning, om:
  - een eerder ingezette koers te bevestigen of corrigeren;
  - inzicht te krijgen in de mogelijkheden en beperkingen van een persoon;
  - inzicht te bieden in de betekenis en consequenties van een beperking in het dagelijks leven

#### Arrangement aan ondersteuning en voorzieningen

- Wij verwachten van een aanbieder dat deze het aanbod afstemt op de (individuele) vraag van de cliënt
- We streven ernaar om de individueel verstrekte zorg, die nu nog apart toegekend en verstrekt wordt, integraal toegankelijk te maken en te financieren. Bijvoorbeeld in de thuiszorg bij dementerende ouderen de financiële schotten weghalen tussen functies als welzijn, huishoudelijke zorg, begeleiding, verzorging, verpleging
- De mantelzorger en het persoonlijk netwerk van een cliënt worden betrokken bij de totstandkoming en maken onderdeel uit van het arrangement aan ondersteuning en voorzieningen
- Waar mogelijk stellen we zorg beschikbaar in collectieve voorzieningen i.p.v. de zorg toe te kennen via individuele verstrekkingen. We proberen het maatschappelijke landschap

zo te organiseren dat de klant gelijk kan doorstromen naar de gewenste voorziening zonder onnodige tussenkomst of bureaucratische handelingen

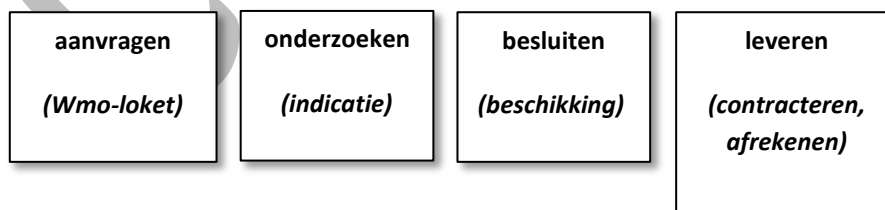
- We willen gebruik maken van het instrument van het persoonsgebonden budget of een vergelijkbaar alternatief bij het toekennen van een individuele voorziening. Het gebruik van het PGB is een keuze van de cliënt. De wijze waarop we het PGB willen toepassen en voor wie zal afhangen de wetgeving hierover en de wijze waarop de toegang tot en de financiering van de zorg organiseren
- Het vervoer naar een voorziening verder weg vergoeden we niet wanneer een geschikt alternatief in de directe leefomgeving beschikbaar is

#### Opvolging

- De persoonlijke situatie van een cliënt is vaak niet statisch, maar zal in de loop van de tijd veranderen. Iemand heeft meer of minder zorg of ondersteuning nodig. We leggen de verantwoordelijkheid voor het opschalen en afschalen neer bij de professional.
- We werken met doorlopende dossiers als een bron van kennis bij het klantcontact (We willen daarmee voorkomen dat een cliënt weer moet uitleggen dat de partner aan het dementeren is)
- We geven de klant toegang tot zijn dossier en laten hem of zijn vertegenwoordiger daar aan bijdragen. Liever willen we nog een stap verder gaan en de cliënt verantwoordelijk maken voor zijn eigen dossier.

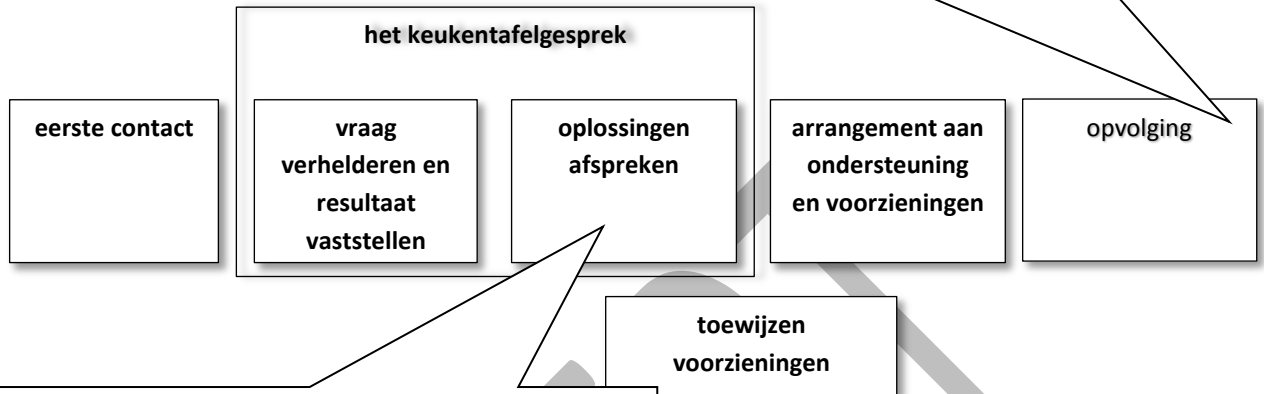
#### b. Het klantproces in beeld:

##### **Oud (AWBZ en bij de start van de Wmo in 2007)**



## Nieuw (Wmo gekanteld)

- nagaan of de ondersteuning het beoogde effect heeft gehaald
- nagaan of de klant opnieuw achterstand dreigt op te lopen - en hem daar op aanspreken
- nu-en-dan-contact om te helpen de zelfredzaamheid op peil te houden



- wat willen klant en professional bereiken (*gespiegeld aan de eigen kracht en verantwoordelijkheid van de klant, het huishouden, de familie*)
- wanneer willen we dat bereiken (*hoeveel tijd hebben we nodig*)
- wat gaan we daarvoor doen (*het traject, de stappen*)
- wat hebben we daarvoor nodig (*aan middelen, voorzieningen*)
- welke rol heeft de klant, welke rol heeft de omgeving, welke rol heeft de professional, welke rol heeft de mantelzorger, welke rol hebben vrijwilligers

#### **4. Relatie gemeente - professional**

We maken onderscheid tussen zorg en ondersteuning in de 0<sup>e</sup> en 1<sup>e</sup> lijn en die in de 2<sup>e</sup> lijn (zie ook hoofdstuk 2).

##### kenmerken 0<sup>e</sup> en 1<sup>e</sup> lijn:

- De werkzaamheden in de 0<sup>e</sup> en 1<sup>e</sup> lijn bestaan uit
  - Preventie
  - Activeren en stimuleren van participatie en sociale netwerken
  - Invulling geven aan algemene en voorliggende voorzieningen
  - Signaleren
  - Vraagverheldering
  - Kortdurende en meer generalistische ondersteuning
  - Verwijzen bij langdurige of meer specialistische zorg
- De uitvoering van deze werkzaamheden vindt vooral plaats in de directe leefomgeving van de mensen, dus in de eigen wijk of kern.
- Er is veel wisselwerking met de 'civil society'. Wat bewoners 'met elkaar hebben' in de 0<sup>e</sup>-lijn is in hoge mate bepalend voor de aard en omvang van de 1<sup>e</sup> lijns zorg en ondersteuning. In bepaalde wijken of dorpen komt vanzelf al veel tot stand, in wijken en dorpen waar dat minder is zal meer professionele inzet nodig zijn.
- De professionals die actief zijn in de wijk hebben vrijheid van handelen nodig, een mandaat om zorg en ondersteuning naar behoefte in te kunnen zetten. Ze hebben elkaar nodig, om kennis en kunde te bundelen. Ze mogen geen beperkingen ondervinden van de organisatie waar ze bij in dienst zijn. Wanneer we de professional de ruimte geven om mee te veren en de ondersteuning op- en af te schalen naargelang de situatie dat vraagt, ontstaat een veel natuurlijker proces waarin veel directer gereageerd kan worden. De professional krijgt de kans om op basis van zijn intuïtie en ervaring te doen wat er gedaan moet worden.
- Wanneer de professional de ruimte krijgt om op- en af te schalen, dan creëert dat een context waarbij de cliënt wordt aangemoedigd om meer verantwoordelijkheid te nemen en toe te groeien naar zijn eigen kracht. De cliënt kan er op vertrouwen dat bij een eventuele terugval er een vangnet is. Een vangnet in de vorm van een professional die de ondersteuning (tijdelijk) opschaaft. De klant weet ook dat als het beter gaat, de professional zich terugtrekt. Vanuit dat vertrouwen ontstaat de ruimte om de eigen kracht terug te winnen, verantwoordelijkheid te nemen en daar mee te oefenen.

- De invulling van de 1<sup>e</sup> lijn is lokaal bepaald.
- De wijze van financiering van (de professionals in) een sociaal team moet onze uitgangspunten ondersteunen. Hoe meer er in de eigen omgeving opgelost wordt, zonder verwijzing naar specialistische zorg, hoe beter. Een manier om te sturen in het aantal doorverwijzingen is om deze te vergelijken per wijk, per sociaal team of per professional. Professionals en sociale teams die goed presteren weten het beroep op specialistische zorg terug te dringen. Opvallende uitschieters bespreken we (benchmark). Zo ontstaat gaandeweg consensus over werkwijze en over het grensvlak tussen de 1<sup>e</sup> en de 2<sup>e</sup> lijnszorg .

#### Kenmerken 2<sup>e</sup> lijn:

- Aanbieden van individuele en collectieve voorzieningen gericht op de zorg aan en ondersteuning van kwetsbare burgers.
- Ook voor voorzieningen in de 2<sup>e</sup> lijn geldt dat de voorkeur er naar uit gaat om deze dicht bij de mensen te organiseren. Voor meer specialistische voorzieningen ligt dat anders.
- Toegang tot 2<sup>e</sup> lijns voorzieningen slechts op voorspraak van het sociale team in de wijk of het loket van de gemeente.

#### Uitgangspunten:

- We hebben geen behoefte om kant- en-klare producten in te kopen. We stellen de vraag van cliënten centraal. Dat betekent dat voorzieningen georganiseerd moeten worden op basis van die vraag. Daarvoor hebben we een gezamenlijk en intensief traject nodig met aanbieders van zorg en ondersteuning, waarin we op zoek gaan hoe dat aanbod er uit kan zien en hoe we dat het beste kunnen organiseren.
- Bij het vormgeven van die samenwerking gaat onze voorkeur uit naar organisaties die innoveren. Dit zijn organisaties die zowel op het gebied van de producten en diensten die zij leveren vernieuwen, als op het gebied van bedrijfsvoering en organisatie.
- We willen dat de contracten met aanbieders zo vormgegeven worden dat er maatwerk geboden kan worden en dat het aanbod 'meebeweegt' met de persoonlijke omstandigheden van een cliënt.
- We vinden het belangrijk voor het welzijn van cliënten om integrale oplossingen te bieden. Bij het inkopen van zorg en ondersteuning streven we er naar om zoveel mogelijk schotten tussen aanbod van zorg en ondersteuning weg te nemen.
- De basis voor de relatie met onze aanbieders is vertrouwen. We willen de afspraken zo maken dat organisaties weinig tijd kwijt zijn aan verantwoording en administratieve

processen. Een principe dus van high penalty, high trust. Wel is er oog voor de tegenstellingen tussen onze belangen en die van de aanbieders.

- Concurrentie in de 2<sup>e</sup> lijn is goed mogelijk. Echter we moeten er voor waken dat die concurrentie niet leidt tot een verschraling van het aanbod. Een oorzaak kan zijn dat aanbieders zich beperken tot die producten en diensten waar de meeste marge op behaald kan worden. Een verschraling in het aanbod van voorzieningen beperkt de mogelijkheid om maatwerk te leveren, gaat ten koste van de kwaliteit van zorg en ondersteuning en leidt tot hogere vervoerskosten. We stimuleren de diversiteit in het aanbod.
- We vinden het belangrijk dat de persoonlijke situatie van een cliënt en zijn omgeving goed wordt onderzocht voordat specialistische hulp wordt ingezet. De uitkomsten van dat onderzoek vormt vervolgens de basis om zorg op maat te kunnen leveren.

CONCEPT



### **5. Welke keuzes liggen er voor?**

- Willen we middelen vrijmaken voor preventie en voor het versterken van de 0<sup>e</sup> lijn?
- Welke rol zien de gemeenten voor de 1<sup>e</sup> lijnszorg en wat betekent die rol voor de professionaliteit van deze organisaties?
- Welke plaats geven we het Persoonsgebonden Budget in onze processen
- We vinden de principes 'eigen regie voor cliënten', 'vraaggericht werken', 'komen tot maatwerkoplossingen' erg belangrijk. Op basis daarvan verwachten cliënten van ons dat we veel waarde hechten aan hun keuzevrijheid. Echter de wens om zorg en ondersteuning 'dichtbij' te organiseren en ook de beperkte middelen voor vervoer van cliënten staan daar haaks op. Hoe geven we uitvoering aan dit dilemma?
- Integraliteit; Op verschillende plaatsen in deze notitie komt naar voren dat we schotten weg moeten halen en dat kwetsbare burgers behoefte hebben aan integrale oplossingen. In hoeverre zijn we bereid onze eigen organisatie en werkwijze daarop aan te passen?
- Schaalvraagstuk; Wat doen we lokaal, wat regionaal en wat boven regionaal?
- Welke fasering passen we toe; met andere woorden "Hoe groeien we toe naar de gewenste situatie?"

## **6. Welke onderwerpen dienen verder onderzocht c.q. uitgewerkt te worden?**

### Hoe zorgen we voor een sterke 1<sup>e</sup> lijn?

De rol van de 1<sup>e</sup> lijn is cruciaal in de organisatie van de maatschappelijke ondersteuning zoals we dat hebben beschreven. De verhoudingen tussen overheid, burger en professional veranderen. We leggen meer verantwoordelijkheid neer bij burgers en de 'civil society' (de 0<sup>e</sup>-lijn). De organisatie van de 1<sup>e</sup> lijn is een lokale verantwoordelijkheid. Maar als de 1<sup>e</sup> lijn niet krachtig genoeg is, zal dat gevolgen hebben voor het beroep wat gedaan moet worden op individuele voorzieningen. Daarmee is de kwaliteit van de 1<sup>e</sup> lijn ook een regionale zorg. We willen met partijen die actief zijn in de 1<sup>e</sup> lijn onderzoeken wat er minimaal nodig is om die rol waar te kunnen maken.

### Ontwikkeling van collectieve en algemene voorzieningen?

De regering bezuinigt. We moeten selectief zijn wie in de toekomst nog in aanmerking komt voor een individuele voorziening. Een alternatief om zorg goedkoper te maken is het gebruik van collectieve of algemene voorzieningen waar mensen zonder al te vele drempels gebruik van kunnen maken. Door het wegvallen van een belangrijk deel van het budget voor huishoudelijke zorg is er een prangende vraag of en hoe we deze voorziening vanaf volgend jaar overeind kunnen houden en welke alternatieven er zijn. Binnen het project voor de decentralisatie van begeleiding en verzorging werken we deze casus verder uit. De uitkomsten kunnen we vertalen naar andere voorzieningen.

### Scheiden wonen en zorg

Vanuit de rijksoverheid wordt nadrukkelijk ingezet op de scheiding van wonen en zorg. Door het extramuraliseren van de zorgzwaartepakketten 1 tot en met 4, worden mensen gedwongen langer thuis te wonen. In een paar jaar tijd staat de mogelijkheid voor intramurale zorg slechts nog open voor die mensen die hele zware en/of intensieve zorg nodig hebben. Dit heeft gevolgen voor de gemeente en voor de lokale samenleving.

Doordat meer mensen thuis zorg nodig hebben zal de vraag naar Wmo voorzieningen (woningaanpassingen, vervoer, hulpmiddelen) toenemen, zal de woningvoorraad voor zorgwoningen op peil gebracht moeten worden en zal de druk op mantelzorgers en vrijwilligers toenemen.

Onderzocht moet worden op welke manier de gemeenten in samenwerking met woningcorporaties en zorgaanbieders zich op deze ontwikkelingen kunnen prepareren. Daarnaast is het goed om ook in Zeeland betrokken te blijven en mee te doen in de ontwikkelingen rondom kansrijke thema's als e-health, domotica, slimme zorg, ShareCare en zelfmanagement.

### Hoe laten we de burger kantelen?

De verhouding tussen overheid, burger en professional verandert. Meer verantwoordelijkheid komt te liggen bij de burger en de 'civil society'. Maar we komen uit een situatie dat de overheid klaar stond voor de burger 'in nood' en zich volop bemoeide met zijn of haar situatie. Hoe zorgen we er voor dat de burgers mee transformeren?

### De professional in de wijk

In de beschrijving van een wenselijke situatie voor de maatschappelijke ondersteuning benoemden we de volgende rollen:

- De ambulante professional, die de wijk ingaat, toegankelijk is, kan signaleren, mandaat heeft om zorg in te zetten, kan doorverwijzen, etc.
- De zorgregisseur, degene die verantwoordelijk is voor de inzet van zorg in een gezin, als vast aanspreekpunt fungeert, de zorginzet coördineert en regelt wanneer extra zorg nodig is, of juist minder.
- Het sociale team is een aantal samenwerkende professionals die elkaar qua specialisme en achtergrond aanvullen en elkaar kunnen vervangen. Dit team is in een bepaald gebied verantwoordelijk voor de inzet van zorg en ondersteuning en de resultaten daarvan.
- Een meer gespecialiseerd team wat op regionaal niveau kan bijspringen wanneer de vraag (te) complex is of specifieke expertise behoeft.
- Een fysiek loket waar mensen naar toe kunnen met vragen.

Uit deze opsomming blijkt dat we nog zoeken naar de juiste invulling van de toegang en het professionele veld dat aansluit bij onze lokale en regionale situatie. Het is pertinent niet de bedoeling, wanneer die indruk ontstaat, om een drukte te creëren van allerlei teams, professionals en regisseurs. Aan de projectgroep de opdracht dit verder uit te werken. De dialoog met cliënten en professionals en het uitvoeren van experimenten zal daar bij helpen.

### Eigen regie

We hebben een systeem nodig dat het mogelijk maakt om met één centraal dossier per klant(systeem) te werken. Een dossier waar de klant zelf in kan kijken en aan toe kan voegen. Dat betekent ook dat we nadenken over hoe zich dat verhoudt tot privacy. Een systeem is nodig om professionals met elkaar samen te laten werken, maar ook om de mantelzorger te betrekken bij het systeem.

### Opdrachtgeverschap

We denken na over opdrachtgeverschap. We willen aanbieders van welzijn en zorg stimuleren om goedkoper te werken. Aanbieders kunnen goedkoper werken door overhead te verkleinen, eenvoudiger oplossingen te kiezen, efficiëntie door samenwerking, inzet van vrijwilligers en informele zorg, minder administratie. Dat vraagt van ons dat we prikkels in bouwen, zodat aanbieders worden gestimuleerd om hun werkprocessen en hun organisatie aan te passen en dat we ruimte bieden aan aanbieders om de besparingen te kunnen leveren.

In het maken van afspraken met aanbieders van zorg en ondersteuning stellen we het te behalen resultaat centraal. We willen de verantwoordelijkheid voor het budget dicht bij de uitvoering neerleggen. Maar hoe doen we dat? In de huidige uitvoering van de Wmo werken we nog volgens geheel andere principes.

### Resultaatgericht werken

We denken na over verantwoording. Het doel van de Wmo is om mensen te laten participeren. Een voorwaarde voor participatie is zelfredzaamheid. Door de GGD Amsterdam is een instrument ontwikkeld om inzichtelijk te maken welke mate van zelfredzaamheid mensen hebben op verschillende levensdomeinen en. Dit systeem kan ook bijhouden welke vorderingen cliënten maken. Verschillende gemeenten in Nederland doen onderzoek of een dergelijk instrument ook bruikbaar is voor het sturen op resultaat binnen de Wmo.

#### **Wat is de Zelfredzaamheid-Matrix?**

De Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM) is een geordend systeem waarbij aan elf domeinen van het dagelijks leven (zoals inkomen en dagbesteding; zie figuur) een waarde voor zelfredzaamheid wordt toegekend. Zelfredzaamheid is de uitkomst van vaardigheden, omstandigheden en beweegredenen om goed in het dagelijks leven te functioneren. De ZRM vindt haar oorsprong in de Verenigde Staten en is de afgelopen jaren door een projectgroep van de GGD Amsterdam verder ontwikkeld voor de Nederlandse situatie.<sup>3</sup>

### Wat is compensatie?

Een sleutelbegrip in de Wmo is het begrip compensatie. Hoe willen we als gemeenten invulling geven aan dit begrip? De zelfredzaamheidsmatrix, zoals hiervoor benoemd, zou hierbij mogelijk een rol kunnen spelen. Gemeenten vinden het belangrijk dat een balans wordt gevonden in de mate waarin mensen zelfredzaam zijn op de verschillende levensdomeinen. Het gewenste resultaat en de weg daar naar toe is maatwerk en zal per individuele situatie verschillen.

---

<sup>3</sup> Meer informatie over de zelfredzaamheidsmatrix via [www.gezond.amsterdam.nl](http://www.gezond.amsterdam.nl)

### Vraagverheldering

Een belangrijk onderdeel binnen het klantproces van de Wmo is de vraagverheldering. Verder onderzoek is nodig welke voorwaarden we aan het proces van vraagverheldering stellen, wat dit proces moet opleveren en hoe we het vorm willen geven. In complexere situaties kunnen gesprekken waar meer personen vanuit het sociale netwerk van een persoon of gezin aan deelnemen, een zogenaamd familieberaad, uitkomst bieden.

### Financiële risico's

De decentralisaties in het sociale domein zullen gepaard gaan met forse bezuinigingen. De wijze waarop deze tot stand gaan komen valt voor een deel te lezen in het regeerakkoord. Echter het regeerakkoord bevat ook nog veel onduidelijkheid. Met name ook als het gaat om beschikbare budgetten. Ook laten de eerste besprekingen over uitwerkingen van onderdelen uit het regeerakkoord zien dat er nog veel kan veranderen. De te bezuinigen bedragen lijken daarbij 'harder' dan de manier waarop. Er wordt volop 'gehandeld' over verdeelsleutels.

Feit is wel dat we belangrijke taken en verantwoordelijkheden in het sociale domein bij krijgen, maar tegelijk ook forse risico's. Het is verstandig om vanaf de start van het maken van plannen voor de decentralisaties rekening te houden met de (financiële) risico's en de te nemen maatregelen om de risico's beperkt te houden.

De opeenstapeling van bezuinigingsmaatregelen maakt ons kwetsbaar in de uitvoering. We hebben al weinig tot geen vet meer op de botten. Naast de bezuinigingen die verbonden zijn aan de decentralisaties in het sociale domein treffen ons ook andere bezuinigingen, zoals een korting op de rijksbijdrage in het gemeentefonds. Aan de andere kant komen we vanuit een situatie waarbij mensen 'gewend' zijn recht te hebben op bepaalde vormen van zorg en welzijn en een overheid die voor ze klaar staat als het tegen zit. Ook komt met de taken en verantwoordelijkheden de verwachting mee dat het lokaal bestuur de zorg en ondersteuning beter kan organiseren dan het huidige systeem. Meer kwaliteit voor minder geld dus.

## 7. Planning

### Start/concept uitgangspuntennotitie: (oktober 2012 – maart 2013)

Stap 1	Besluitvorming bestuursopdracht decentralisatie extramurale begeleiding (10 oktober 2012)
Stap 2	Inrichten overleg met de andere decentralisaties in de Oosterschelderegio in het sociale domein (zgn. 4D overleg)
Stap 3	Opstellen notitie maatschappelijke ondersteuning (werkmodel voor decentralisatie AWBZ/Wmo) Bijeenkomst met bestuur SWVO en MO (30 januari 2013), besluitvorming bestuur SWVO 13 februari, besluitvorming colleges B&W (26 februari)

### Dialogoel/toetsen notitie: (maart 2013 – juni 2013)

Stap 4	Organiseren van bijeenkomsten en mogelijkheid creëren om te reageren op notitie maatschappelijke ondersteuning. Draagvlak creëren en partners binden. Aanpassen notitie aan de hand van uitkomsten dialoog. Gezamenlijk invulling geven aan ontwikkelprogramma maatschappelijke ondersteuning. In dit traject van consultatie wordt de gemeenteraad nadrukkelijk betrokken.
Stap 5	Besluitvorming over notitie maatschappelijke ondersteuning en ontwikkelprogramma in gemeenteraden.

### Uitwerking/Ontwerp: (juni 2013 – november 2013)

Stap 6	Creëren van een samenwerkstructuur <sup>4</sup> . Onderdelen ontwikkelprogramma in werkgroepen oppakken. Voorlopige ontwerp(en) voorstellen voor een nieuwe, geïntegreerde maatschappelijke ondersteuning. Fasering van het ontwerp. Presentatie en verwerking hiervan op brede werkconferentie.
--------	--

### Toetsen/Uitvoeren: (augustus 2013 – februari 2014)

Stap 7	Uitproberen ontwerp(en) en monitoren in proeftuin(en), bijstellen op grond van knelpunten en good practices. Opstellen ontwerpnotitie
Stap 8	Bestuurlijk vaststellen ontwerpnotitie

### Implementatie: (maart 2014 – december 2014)

Stap 9	Vertaling van het ontwerp naar de praktijk (verordening, beleid, contracten, inrichting)
	Transitie start 1 januari 2015

<sup>4</sup> Stap 6 Creëren van een samenwerkstructuur. Kritisch kijken met welke mensen en op welke schaal we bepaalde vraagstukken op willen pakken. Er wordt al veel georganiseerd in Zeeland. Bij 'jeugd' zijn al 8 werkgroepen actief. Waar het kan zoeken we aansluiting, of maken we gebruik van onderzoeken/oplossingen die er al zijn. Ook kan het zinvol zijn zaken gezamenlijk op te pakken met Walcheren en/of Zeeuws-Vlaanderen.