

april 2012

Handreiking signalering en zorgcoördinatie *aan de slag voor specifieke groepen*

TransitieBureau

Begeleiding in
de Wmo

In opdracht van het TransitieBureau van het ministerie van VWS
en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).

Colofon

Disclaimer: Deze rapportage is met zorgvuldigheid en met medewerking van diverse partijen samengesteld; dit sluit eventuele onvolkomenheden niet uit. Aan de inhoud kunnen daarom geen rechten worden ontleend.

Auteurs

Dr. Pieterjan van Delden, Moritz Knapp MSc, Imke Verburg MA MPM
Andersson Elffers Felix

Vormgeving

Kris Kras Design

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1 Inleiding	6
1.1 Decentralisaties en de functie begeleiding	6
1.2 Focus handreiking op specifieke groepen	6
1.3 Achtergrond: verschuiving naar grotere zelfredzaamheid	7
1.4 Bron en leeswijzer	9
2 Huidige situatie signalering en zorgcoördinatie	11
2.1 Definities van signalering en zorgcoördinatie	11
2.2 Werking van het huidige systeem	11
2.3 Huidige rol gemeenten	12
3 Groepen met bestaande relatie met gemeente	14
3.1 Signalering: nu en straks	14
3.2 Zorgcoördinatie: nu en straks	17
4 Groepen met beperkte of geen relatie met gemeente	20
4.1 Signalering: nu en straks	20
4.2 Zorgcoördinatie: nu en straks	22
5 Zorgcoördinatie, samenwerking en regie	26
5.1 Ambities en structuur	26
5.2 Beleggen van zorgcoördinatie	27
5.3 Samenwerking als opgave	29
5.4 Regievoering	31
6 Hoe gaan we dat doen? Zes opgaven	33
6.1 Visie en keuzen	34
6.2 Inventarisatie en analyse	35
6.3 Getting started: samen werkvisie en plan maken	36
6.4 Vaststelling van de beoogde effecten	37
6.5 Uitwerking in structuur en sturing	38
6.6 Afspraken met ketenpartners en contractering	38
Toelichting 1: Decentralisatie begeleiding	40
Toelichting 2: Huidige cliëntgroepen en spelers	43
Toelichting 3: Inventarisatie en analyse	45
Toelichting 4: Mededingingswet	46

Samenvatting

Decentralisatie functie begeleiding

In het kader van de decentralisatie begeleiding worden gemeenten per 1 januari 2013 verantwoordelijk voor nieuwe aanvragers, voor burgers van wie de indicatie afloopt in 2013 en voor burgers waarbij de situatie verandert en daarom een nieuwe indicatie nodig hebben. Per 1 januari 2014 worden gemeenten ook verantwoordelijk voor de huidige burgers die gebruik maken van de functie begeleiding. Onderdeel van deze verantwoordelijkheid is dat gemeenten er ook voor moeten zorgen, dat signalering en zorgcoördinatie geregeld zijn: hoe komen mensen met een begeleidingsbehoefte in beeld en hoe wordt het zorgaanbod vervolgens gecoördineerd? Hierbij dient rekening te worden gehouden met een centrale gedachte achter de decentralisatie en de Wmo: het versterken van zelfredzaamheid en participatie van de burger.

Gemeenten verschillen in hun specifieke situaties en kunnen daarom voor de lokale invulling van signalering en zorgcoördinatie verschillende rollen en manieren van invulling kiezen. Deze handreiking beschrijft daarom hoe de processen van signalering en zorgcoördinatie voor specifieke groepen er nu uitzien, en geeft opties over de manier waarop deze processen in de toekomstige situatie kunnen worden ingericht. Hierbij wordt de focus gelegd op signalering en zorgcoördinatie voor specifieke groepen die bijzondere aandacht nodig hebben bij deze onderwerpen.

Focus op specifieke groepen

Op dit moment zijn er 235.000 burgers die gebruik maken van de functie begeleiding.¹

Het Transitiebureau (VWS en VNG) heeft in samenwerking met het veld binnen die grote doelgroep een aantal specifieke groepen geïnventariseerd voor wie signalering en zorgcoördinatie extra belangrijke thema's zijn. Deze handreiking richt zich op deze specifieke groepen.

Het gaat om:

- zintuiglijk gehandicapten (ZG)
- mensen met complex niet aangeboren hersenletsel (NAH)
- mensen met een meervoudig complexe beperking
- mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek
- mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA)
- licht verstandelijk gehandicapten (LVG), en LVG-jongeren (LVG-J)
- multiprobleemgezinnen
- maatschappelijke opvang en vrouwenopvang, inclusief opvang zwerfjongeren (MOVO)
- palliatieve zorg².

Deze specifieke groepen zijn in deze handreiking geclusterd naar die categorieën mensen die gebruik (zullen) maken van functie begeleiding, maar verschillen in de mate waarin ze een relatie met de gemeente (zullen) hebben. Het gaat om de volgende categorieën:

- In de eerste plaats is er een categorie waarvoor de gemeente nu al verantwoordelijkheid heeft. Doorgaans gaat het om mensen met meervoudige problematiek, die op één of meerdere terreinen al in aanraking zijn gekomen met de gemeente.
- In de tweede plaats is er een categorie die niet of alleen beperkt in beeld is bij de gemeente. Het betreft bijvoorbeeld mensen met een zintuiglijke beperking of niet-aangeboren hersenletsel die naast (specialistische) zorg uit de AWBZ nu soms ook gebruik maken van een dienst van de gemeente, bijvoorbeeld een uitkering of een voorziening uit de huidige Wmo.

¹ Dit getal komt tot stand door zo'n 200.000 indicaties door het CIZ en daarnaast nog zo'n 35.000 indicaties door Bureau Jeugdzorg.

² Voor de groep palliatieve zorg zal door het Transitiebureau een aparte handreiking worden gepubliceerd.

Procesverloop van signalering en zorgcoördinatie, nu en straks

Om goed invulling te geven aan de decentralisatie is het belangrijk voor gemeenten om te weten hoe het huidige procesverloop van signalering en zorgcoördinatie en het mogelijke toekomstige procesverloop eruit ziet. Daarom worden in de hoofdstukken 3 en 4 per categorie de volgende vragen behandeld:

- Hoe verloopt het huidige procesverloop van signalering en zorgcoördinatie?
- Wat zijn aandachtspunten voor de verschillende typen cliëntgroepen?
- Wat is het gewenste procesverloop: wat zijn de beoogde effecten en hoe kunnen signalering en zorgcoördinatie er straks uitzien?

Wat zijn de ambities voor gemeenten, welke stappen willen ze nemen?

Hoe kan de gemeente de nieuwe opzet organiseren? Allereerst vraagt dit om een visie op langere termijn. Welke maatschappelijke effecten wil de gemeente bereiken met de extramurale begeleiding? Hierbij moet rekening worden gehouden met de verschillen in zelfredzaamheid van de burger en complexiteit van de problematiek. Vervolgens wordt gekeken hoe ambities kunnen worden gerealiseerd door een sluitend aanbod en hoe de begeleiding daarbij prikkels kan geven voor zelfredzaamheid. Hierbij is ook structuur nodig. Dit leidt uiteindelijk tot de keuzemogelijkheden voor de opzet van zorgcoördinatie, samenwerking en regievoering:

Waar en hoe wordt de zorgcoördinatie belegd?

- Gemeente doet de zorgcoördinatie
- Instellingen doen de zorgcoördinatie
- Instellingen en vrijwilligers doen de zorgcoördinatie

Hoe verloopt de samenwerking en regievoering?

- Regie door de gemeente
- Regie door gemeente en regio
- Regie door gemeente en zorgkantoor/zorgverzekeraar

Deze verschillende opties worden in hoofdstuk 5 verder uitgewerkt.

Hoe kunnen gemeenten de stappen invullen?

Gemeenten verschillen in de mate waarin ze al voorbereidende stappen hebben genomen voor de decentralisatie extramurale begeleiding. Voor die gemeenten die al een stuk op weg zijn is deze handreiking bedoeld als een bezinning op de lopende aanpak. Voor de overige gemeenten is de handreiking een checklist en een (verdere) wegwijzer. De invulling van de gemeentelijke aanpak varieert natuurlijk, afhankelijk van de lokale samenstelling van de cliëntgroepen, het aanbod van voorzieningen en de al op gang gekomen samenwerking. Maar in beginsel moeten gemeenten zes opgaven realiseren:

- a Visie en keuzen
- b Inventarisatie en analyse
- c Getting started: samen werkvisie en plan maken
- d Vaststellen van de beoogde effecten en analyse kritische succesfactoren
- e Uitwerking in structuur en sturing
- f Afspraken met ketenpartners.

Uiteraard verschillen de behoeftes en invullingsmogelijkheden tussen gemeenten, bijvoorbeeld tussen stedelijke en plattelandsgemeenten. Hiermee rekening houdend worden de zes opgaven stapsgewijs in hoofdstuk 6 beschreven.

1. Inleiding

1.1 Decentralisaties en de functie begeleiding

In 2012 worden voorbereidingen getroffen voor de decentralisaties van de Wet Werken naar Vermogen, de Jeugdzorg, de uitbreiding van de Wmo met extramurale begeleiding. Dit houdt in dat de uitvoering van en verantwoordelijkheid voor deze wetten en regels overgaan van het Rijk naar de gemeente³. Daarnaast wordt de maatregel passend onderwijs ingevoerd. De verwachting is dat deze maatregelen een betere inzet van mensen en middelen mogelijk maken, dichterbij de burger.

³ Met uitzondering van Passend Onderwijs

De decentralisatie van de begeleiding heeft daarbij twee doelen:

- Een verandering van het stelsel door een overgang van verantwoordelijkheden, in dit geval dus de overgang van de functie begeleiding van Rijk naar gemeenten. Dit wordt omschreven als een *transitie*.
- Het opnieuw inrichten van processen door een verandering van inhoudelijke werkwijze: meer nadruk op preventie, een vergroting van de zelfredzaamheid van burgers, meer verantwoordelijkheid bij burgers, een omslag in de werkwijze van professionals en het doorbreken van verkokering in het aanbod. Dit wordt aangeduid als *transformatie*.⁴

⁴ Zie de handreiking Decentralisatie betekent transitie en transformatie.

Per 1 januari 2013 worden gemeenten verantwoordelijk voor nieuwe burgers die gebruik maken van de functie begeleiding of burgers die dat opnieuw gaan doen. Per 1 januari 2014 worden gemeenten ook verantwoordelijk voor de huidige burgers die gebruik maken van de functie begeleiding. Dit vraagt van gemeenten dat ze een aanpak ontwikkelen om de transitie en transformatie vorm te geven. Op dit moment maken zo'n 235.000 mensen gebruik van de functie extramurale begeleiding op basis van de AWBZ⁵.

⁵ Dit getal komt tot stand door zo'n 200.000 indicaties door het CIZ en daarnaast nog zo'n 35.000 indicaties door BJZ.

1.2 Focus handreiking op specifieke groepen

Op basis van de Bestuursafspraken 2011-2015 hebben het ministerie van VWS en de VNG in 2011 consultatiegesprekken gevoerd met veldpartijen: (koepels van) zorgaanbieders, platforms van cliënten- en patiëntenorganisaties en vertegenwoordigers van gemeenten. Deze gesprekken waren erop gericht beter inzicht te krijgen in wat we verstaan onder specifieke groepen, waarvoor mogelijk extra maatregelen moeten worden getroffen in het kader van de decentralisatie van de functie begeleiding. De consultatiegesprekken resulteerden in aanbevelingen⁶ voor onder andere de signalering en zorgcoördinatie van specifieke groepen, burgers met ondersteuningsbehoeften die moeilijk in beeld komen (of blijven) en zo mogelijk geen of niet de juiste ondersteuning dreigen te krijgen⁷. Verder kunnen de specifieke groepen een dermate complexe of specialistische zorgvraag hebben dat de coördinatie van zorg de nodige aandacht verdient. Op grond van deze gesprekken en de constatering daarin is de handreiking tot stand gekomen.

⁶ Zie 'Verslag van consultatierondes met zorgaanbieders, cliënt- en patiëntenorganisaties en gemeenten over aandachtspunten bij specifieke doelgroepen bij decentralisatie van extramurale begeleiding' en Kamerbrief, 21-11-2011

⁷ In het verslag van de consultatierondes over specifieke groepen is het totaaloverzicht aan groepen te vinden. Voor de toelichting van de cliëntgroepen kunt u tevens de handreiking cliëntbeschrijvingen raadplegen.

⁸ Voor de groep palliatieve zorg zal door het Transitiebureau een aparte handreiking worden gepubliceerd.

Deze handreiking behandelt dus de signalering en zorgcoördinatie voor de specifieke groepen die door de veldpartijen bij de consultatierondes zijn genoemd⁷.

Het gaat om de volgende groepen:

- zintuiglijk gehandicapten
- mensen met complex niet aangeboren hersenletsel (NAH)
- mensen met een meervoudig complexe beperking
- mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek
- mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA)
- licht verstandelijk gehandicapten (LVG), en LVG-jongeren (LVG-J)
- multiprobleemgezinnen
- maatschappelijke opvang en vrouwenopvang, inclusief opvang zwerfjongeren
- palliatieve zorg⁸.

De boven genoemde groepen zijn specifiek en vormen een deel van de huidige 235.000 gebruikers van de

functie begeleiding. Als het gaat om signalering en zorgcoördinatie in een situatie van overgang zijn deze specifieke groepen door de veldpartijen genoemd als groepen waarvoor extra aandacht nodig is. Daarom is deze handreiking opgesteld. De adviezen in deze handreiking kunnen overigens ook bruikbaar zijn voor de bredere doelgroepen van de functie begeleiding.

In deze handreiking zijn de hierboven genoemde specifieke groepen onderscheiden naar hun (toekomstige) relatie met de gemeente:

- In de eerste plaats is er een categorie waarvoor de gemeente nu al verantwoordelijkheid heeft. Doorgaans gaat het om mensen met meervoudige problematiek, die op één of meerdere terreinen al in aanraking zijn gekomen met de gemeente.
- In de tweede plaats is er een categorie die niet of beperkt in beeld is bij de gemeente. Ze krijgen (specialistische) zorg uit de AWBZ en maken daarnaast soms ook gebruik van een dienst van de gemeente, bijvoorbeeld een uitkering of een voorziening uit de huidige Wmo.

Met de decentralisatie van de functie begeleiding van AWBZ naar Wmo zullen ook de signalering en zorgcoördinatie gaan veranderen. Er zal meer worden ingezet op eigen kracht en informele ondersteuning. Dit is sterk afhankelijk van de situatie van een individuele burger en zijn of haar sociale omgeving. De burger wordt minder 'cliënt' en blijft meer 'burger'. Beschikt die over zelfvertrouwen, helpende gezinsleden en vrienden? Kunnen de mantelzorg, de buurt of vrijwilligers meer steun geven? Voor de gemeente is het een uitdaging om via een versterking van het individu en het sociale systeem ervoor te zorgen dat de beperkingen beter hanteerbaar worden in het leven van de burger. Bij de genoemde specifieke groepen kunnen de beperkingen vaak wel worden verzacht maar niet opgeheven. De échte uitdaging voor gemeenten is dan uit te vinden welke verbeteringen er per burger mogelijk zijn, gegeven diens problematiek en mogelijkheden. De indeling in specifieke groepen is functioneel om de problematiek en beperkingen te verhelderen, maar mag niet het effect hebben dat deze burgers alleen zo wordt gezien en benaderd. Elke burger en elke groep staat op zichzelf, met eigen kenmerken en ondersteuningsvragen. Vanzelfsprekend zijn er ook tussensituaties en overlappen. Elke burger is uniek en elke problematiek moet individueel worden benaderd. De bovenstaande indeling is gekozen omdat de functie begeleiding door de gemeente verschillend kan worden ingezet. Een indeling in categorieën kan helpen om deze verschillen beter te hanteren.

1.3 Achtergrond: verschuiving naar grotere zelfredzaamheid

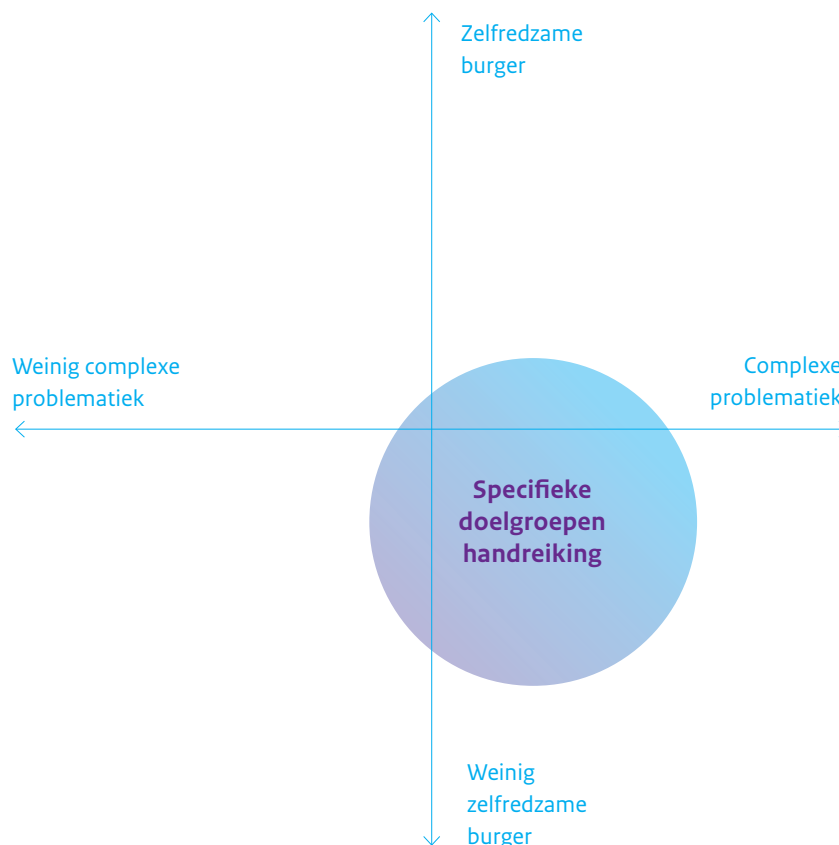
Uitgangspunt van de handreiking is het ondersteunen van de trend naar extramuralisering van zorg. De begeleiding moet zich niet alleen richten op de cliënt, maar ook op het versterken van diens netwerk. De praktische invulling van de begeleiding, bestaande uit individuele begeleiding en begeleiding in groepsverband (zie Toelichting 1), kan hierop worden gericht. In lijn met De Kanteling in de Wmo en Welzijn Nieuwe Stijl kan met de decentralisatie van begeleiding worden ingezet op meer participatie en eigen kracht voor de specifieke groepen van begeleiding. Voor deze groepen hangt de manier waarop een gemeente lokaal invulling kan geven aan signalering en zorgcoördinatie af van de zelfredzaamheid van de burger en de complexiteit van de problematiek.

De *zelfredzaamheid* van de burger hangt af van competenties, sociale vaardigheden, het zelfbeeld en het sociale netwerk (inclusief gezinssituatie) van de individuele burger of de cliëntgroep. Op het moment dat een burger of cliëntgroep meer zelfredzaam is, zelfstandig of met behulp van het eigen netwerk, kan de gemeente meer uitgaan van deze eigen kracht van de burger. Aandacht voor het ontlasten van de mantelzorger is hierbij ook van belang. In dat geval zal de burger vaker zichzelf melden met zijn ondersteuningsvraag en met het eigen netwerk de benodigde ondersteuning kunnen regelen. Het sociaal systeem is hier werkzaam en doorgaans heeft de burger dan zelf regelcapaciteit. Op het moment dat een cliëntgroep minder zelfredzaam is, vraagt dit meer van vooral signalering maar ook van zorgcoördinatie.

De mate van *complexiteit* van de problematiek wordt bepaald door het aantal leefgebieden waar de problematiek invloed op heeft. Problematiek kan variëren van enkelvoudig naar meervoudig (comorbiditeit) en afhankelijk daarvan ondersteuning vereisen op één of meer leefgebieden. De ondersteuning loopt van routine naar maatwerk en van informeel naar professioneel. Daarbij kan de ondersteuning variëren van één lijn, naar 1e lijns- en 2e lijns-specialisme. Bij specifieke groepen met een minder complexe zorgvraag, is er meer ruimte om volgens de principes van de Wmo te werken. Bij specifieke groepen met een meer complexe ondersteuningsvraag, is die ruimte minder maar niet zonder meer afwezig. Hier moet wellicht continuïteit van huidige zorg geboden worden, maar hier bestaan wellicht ook mogelijkheden om de uitgangspunten van de Wmo toe te passen, onder meer door een grotere coördinatie over de leefgebieden van de burger.

Voor de verschillende groepen van begeleiding verschilt de complexiteit van de problematiek en verschilt de mate van zelfredzaamheid. Per burger kan worden nagegaan hoe groot de zelfredzaamheid is en hoe complex de problematiek, bijvoorbeeld in het (keukentafel)gesprek. Een schematisch overzicht van de complexiteit van de problematiek en de zelfredzaamheid van de burger is weergegeven in onderstaande afbeelding:

Figuur 1: Complexiteit van de problematiek en zelfredzaamheid



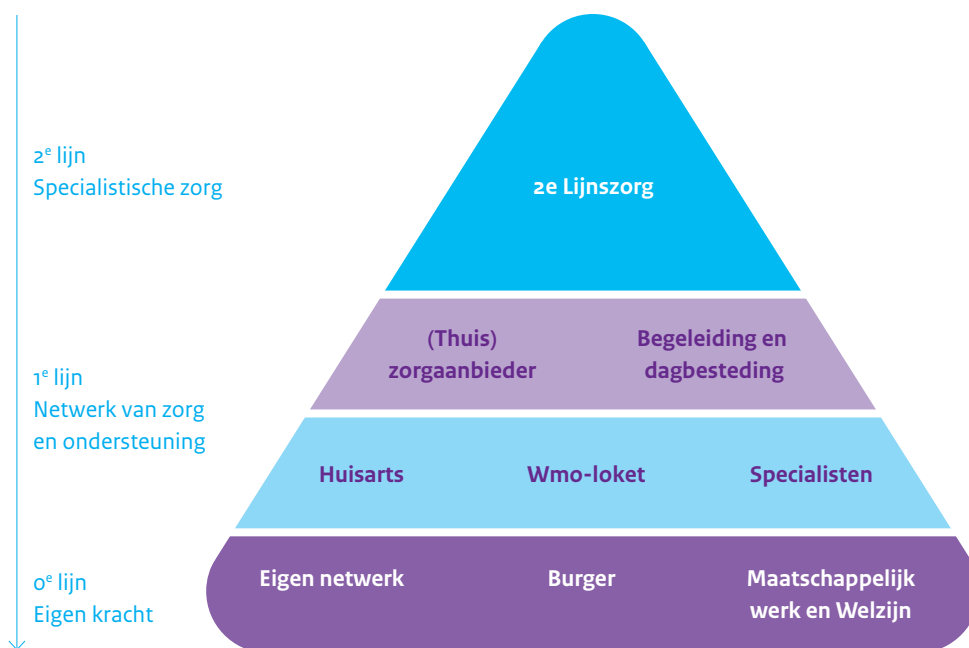
De specifieke groepen die in deze handreiking behandeld worden kampen met een complexe problematiek, die gevolgen heeft voor de zelfredzaamheid. Door ondersteuningsvragen tijdig te signaleren en ondersteuning (over de verschillende leefgebieden) te coördineren, kan de zelfredzaamheid van de burger behouden blijven of vergroot worden. Op deze manier wordt de eigen kracht van de burger versterkt en wordt ingezet op integraliteit in de ondersteuning.

Deze inzet op versterking van de eigen kracht en streven naar integraliteit over de levensdomeinen leidt tot de volgende verschuivingen:

- Versterken van de 0e lijn, de eigen kracht van de burger en het eigen netwerk
- Organiseren van het netwerk van zorg en ondersteuning in de eerste lijn
- Verlichten van specialistische zorg in de tweede lijn

Deze verschuivingen zijn weergegeven in afbeelding 3:

Figuur 2: Verschuivingen in zorg en ondersteuning



In bovenstaande afbeelding zijn de belangrijkste spelers op het gebied van de functie van begeleiding opgenomen. Het gaat om aanbieders van begeleiding, maar ook om andere betrokken spelers bij de zorg en ondersteuning aan de burger. Deze spelers hebben alle een signalerende rol en zijn onderdeel van het netwerk van zorg en ondersteuning waar de begeleiding onderdeel van uitmaakt. In de praktijk zijn er meer partijen betrokken, zoals de revalidatiecentra, de sociale basisvoorzieningen of onderwijsinstellingen. Daarbij kunnen bepaalde specifieke groepen dermate specifieke expertise vereisen van betrokkenen, dat dit veel vraagt van het eigen netwerk wanneer deze een grote rol gaan spelen.

1.4 Bron en leeswijzer

Deze handreiking betreft alleen de signalering en zorgcoördinatie voor de genoemde specifieke groepen. Signalering en zorgcoördinatie worden nader omschreven in het begin van het volgende hoofdstuk. Voor de aanpalende onderwerpen inkoop en toegang zijn aparte handreikingen gepubliceerd. In de toelichting aan het eind van deze handreiking worden de stappen binnen de decentralisatie begeleiding en de verschillende handreikingen toegelicht.

De beschrijvingen, analyses en aanbevelingen in de handreiking zijn tot stand gekomen op basis van het verslag van de genoemde consultatieronde en op grond van de informatie en kennis van cliëntenorganisaties, diverse koepels van (zorg)aanbieders, enkele zorgaanbieders en diverse gemeenten. Daar waar andere bronnen zijn gebruikt, is dit aangegeven. De inhoud van de handreiking is mede hierop gebaseerd maar is tevens het resultaat van een verwerking, interpretaties en conclusies van Andersson Elffers Felix als opsteller van deze tekst. Deze rapportage is zorgvuldig en met medewerking van diverse partijen samengesteld. Dit sluit eventuele onvolkomenheden niet uit. Aan de inhoud kunnen daarom geen rechten worden ontleend.

Het eerste deel van de handreiking gaat in op de specifieke groepen van begeleiding, die extra aandacht nodig hebben wat betreft signalering en zorgcoördinatie. Het tweede deel van de handreiking richt zich op vragen over samenwerking en sturing.

De handreiking beoogt een brug te slaan tussen een bestaande en een toekomstige situatie en heeft daarom het karakter van een verkenning. De tekst heeft de volgende indeling:

Hoe is het nu?

Signalering en zorgcoördinatie van de hierboven genoemde specifieke groepen vallen nu nog voornamelijk onder de AWBZ en de Zvw. De gemeente heeft op dit punt nog weinig rol, maar heeft al wel veel te maken met een deel van de specifieke groepen. Hoofdstuk 2 gaat hierop in.

Wat gaat er veranderen?

Hoe is signalering en zorgcoördinatie nu ingevuld voor de specifieke groepen en waar bestaat ruimte voor verbetering? In de hoofdstukken 3 en 4 wordt het huidige procesverloop van signalering en zorgcoördinatie geschetst, afzonderlijk voor mensen die al een relatie met de gemeente hebben of dat juist weinig of niet. Hoe kunnen signalering en zorgcoördinatie verschuiven in de richting van de Wmo-doelstellingen?

Waar willen we naar toe?

Welke ambities kan de gemeente nu hanteren? Wat betekent dit voor het verloop van de signalering en zorgcoördinatie, de netwerksamenwerking en de structuur en sturing? Dit onderdeel is opgenomen in hoofdstuk 5.

Hoe gaan we dat doen?

Welke zijn de veranderingen die gemeenten dan kunnen doorvoeren en hoe sluit dit aan bij het brede proces van de transitie (stappenplan)? De opgaven voor de gemeente om binnen de decentralisatie van begeleiding invulling te geven aan signalering en zorgcoördinatie zijn opgenomen in hoofdstuk 6.

2. Huidige situatie signalering en zorgcoördinatie

In dit hoofdstuk wordt de huidige gang van zaken bij signalering en zorgcoördinatie beschreven voor specifieke groepen. Eerst wordt in het kort de werking van het huidige systeem toegelicht, van AWBZ, Wmo, Zvw en het sociale domein en de huidige rol van de gemeente. Vervolgens wordt gezien hoe de specifieke groepen nu al te maken hebben met de gemeente en hoe dat gaat veranderen. Dat leidt tot een indeling van deze groepen.

2.1 Definities van signalering en zorgcoördinatie

In deze handreiking worden de volgende definities van signalering en zorgcoördinatie gehanteerd:

Signalering: alle activiteiten die – binnen de kaders van de Wmo en het gemeentelijk aanbod aan begeleiding – gericht zijn op het herkennen van de behoefte van burgers (de doelgroep) om actief deel te kunnen nemen in de samenleving. Het gaat hierbij om het (h)erkennen van de ondersteuningsvraag en daar actie op ondernemen, maar ook het aanwijzen van vindplaatsen en het daar activeren van burgers en professionals.

Zorgcoördinatie: alle activiteiten die gericht zijn op het activeren van burgers tot zelfredzaamheid door het afstemmen van verschillende vormen van gelijktijdige of opeenvolgende begeleiding en zorg, zodanig dat burgers uit de cliëntgroep een eenduidig en doelmatig ondersteuningsaanbod ontvangen dat aansluit bij hun behoeften en het beoogde resultaat.

2.2 Werking van het huidige systeem

De behandeling, verpleging, verzorging en begeleiding van deze specifieke groepen valt nu voornamelijk onder de AWBZ en de Zvw. Om een beroep te doen op deze zorg hebben deze specifieke groepen een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) nodig of Bureau Jeugdzorg. Jongeren in de leeftijd 0-17 met psychiatrische problemen kunnen voor een indicatieaanvraag terecht bij het Bureau Jeugdzorg in hun regio of voor een verwijzing bij de huisarts. De burger kan zichzelf melden, maar vaak worden de burgers hierbij ondersteund door de organisatie waarmee het eerste contact is gelegd. De organisatie van het eerste contact verzorgt in een aantal gevallen ook de voorbereiding voor de indicatie. Als een indicatiebesluit is genomen, wordt dit naar de burger gestuurd en naar het zorgkantoor waar de burger onder valt. Bij dak- en thuislozen, zwerfjongeren en psychiatrische burgers die geen thuisadres hebben, wordt de indicatie vaak naar de (tijdelijke) opvang toegestuurd. Het zorgkantoor is er voor verantwoordelijk dat de burger de geïndiceerde zorg krijgt en koopt de nodige zorg bij verschillende aanbieders in.⁹ Afhankelijk van de zorgbehoefte kan het indicatiebesluit persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf betreffen. Na toekenning volgt een vorm van zorgcoördinatie tussen de diverse vormen van zorg en begeleiding, binnen één organisatie of tussen organisaties. Dit laatste is doorgaans niet of weinig geformaliseerd (en bekostigd) maar komt in de praktijk wel steeds meer voor.

⁹ Voor een overzicht van betrokken partijen zie toelichting 2.

Figuur 3: Huidig procesverloop van signalering en zorgcoördinatie



Ambulante GGZ en het eerste jaar intramurale GGZ vallen onder de Zvw. Het tweede en volgende jaren intramurale GGZ valt onder de AWBZ. De meeste burgers waarvan de niet-geneeskundige AWBZ-gefinancierde begeleiding straks overgaat naar de Wmo worden nu nog individueel begeleid door GGZ-hulpverleners (bijv. sociaal psychiatrisch deskundige). De jeugd-ggz wordt betaald via de Zorgverzekeringswet (Zvw) en in geval van verblijf langer dan 1 jaar vanuit de AWBZ. Daarbij maken deze specifieke groepen gebruik van een PGB¹⁰. Jongeren met psychiatrische problemen/LVB- problematiek en met ernstige opvoed- en opgroei problemen kunnen voor een indicatieaanvraag voor gespecialiseerde jeugdzorg terecht bij het Bureau Jeugdzorg in hun regio, dat ook doorverwijst naar een aanbieder van jeugdzorg. Ook bij LVG-jongeren of zwerfjongeren kunnen chronische psychische problemen spelen. De bekostiging gebeurt hier (nog) vanuit de AWBZ.

¹⁰ Over het onderwerp pgb maakt het Transitiebureau nog een aparte handreiking.

2.3 Huidige rol gemeenten

Op een aantal gebieden spelen gemeenten nu al een rol. Bij de schuldhulpverlening, overlast en verslaving hebben gemeenten een taak, onder andere door te interveniëren bij bepaalde specifieke groepen zoals multiprobleemgezinnen. Hiervoor legt de gemeente opdrachten neer bij aanbieders op het gebied van (schuld)hulpverlening, overlastbestrijding en verslavingszorg.

Verder zijn gemeenten al verantwoordelijk voor preventie en lichte opvoedondersteuning. Ondersteuningsvragen hangen nauw samen met de gezinssituatie. Kinderen met een beperking hebben vaak te maken met bijkomende problematiek¹¹. Het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) ondersteunt (multiprobleem)gezinnen bij opvoeden en opgroeien. Daarbij voorziet het CJG in advies of hulp bij opvoeding aan ouders, maar ook aan 'professionele' opvoeders als professionals van scholen, kinderdagverblijven en activiteitenverenigingen. Deze ondersteuning vindt zoveel mogelijk plaats in de eigen wijk. Het CJG heeft ook een verantwoordelijkheid bij het signaleren van risico's aangaande de veiligheid van het kind. Het CJG organiseert de samenwerking tussen de diverse aanbieders (in elk geval Welzijn, Jeugdgezondheidszorg, Bureau Jeugdzorg en Zorgadviesteams, maar meestal zijn er veel meer partners betrokken) en functioneert als stedelijk expertisecentrum. Het CJG kan opereren als ketencoördinator of als casusregisseur. Hier liggen kansen voor intensievere samenwerking met het Wmo-loket. Aanvullend beoogt Integrale Vroeghulp een verdieping of verbetering van de ketensamenwerking tot stand te brengen rond kinderen van 0 tot 7 jaar en hun gezinnen, wanneer er een vermoeden is van een ontwikkelingsachterstand ten gevolge van verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen en mogelijke stoornissen in het autistisch spectrum. Landelijk gaat het om ongeveer 40.000 kinderen.¹²

¹¹ Een voorbeeld is een kind met ADHD, waarbij een psychiatrische stoornis kan samenvallen met andere complexe problematiek. Zie profielen Jeugdzorg NL.

¹² zie www.integralevroeghulp.nl. Er wordt een handreiking geschreven over de aansluiting van de netwerken van integrale vroeghulp en de CJG. Deze wordt in de tweede helft van 2012 gepubliceerd.

Gemeenten spelen ook al een belangrijke rol op het gebied van maatschappelijke opvang. De uitvoering van opvang (maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en opvang van zwerfjongeren) en het verslavingsbeleid is al sinds 1994 een verantwoordelijkheid van de gemeenten. Hiervoor is een aantal centrumgemeenten aangewezen. Deze gemeenten krijgen hiervoor financiële middelen van het Rijk.

Op aanpalende gebieden onder de Wmo spelen gemeenten nu al een rol bij voorzieningen waar deze specifieke groepen gebruik van maken. Zo zijn gemeenten op dit moment binnen de Wmo al verantwoordelijk voor het bieden van ondersteuning, zodanig dat de burger een huishouden kan voeren, de burger zich lokaal en in zijn woning kan verplaatsen en dat de burger kan deelnemen aan het maatschappelijk verkeer en sociale verbanden kan aangaan. Gemeenten bereiken dit door het bieden van de huishoudelijke hulp, het verstrekken van een rolstoel of aanpassingen in de woning (zoals een traplift) en het bieden van vervoersvoorzieningen (zoals scootmobielen en taxibussen). Deze voorzieningen vallen onder de huidige

Wmo. Voor de deelname aan het maatschappelijke verkeer en maken van nieuwe sociale contacten bieden gemeenten ondersteuning door (gespecialiseerde) welzijnsactiviteiten. De specifieke groepen die in deze handreiking worden behandeld hebben te maken met matige of ernstige beperkingen. Soms maken deze doelgroepen al wel gebruik van hulpmiddelen of huishoudelijke hulp onder de Wmo.

Gemeenten zetten ook middelen in op grond van eigen beleid om maatregelen te treffen voor specifieke groepen. Dat beleid richt zich vaak op de ondersteuning van specifiek kwetsbare burgers of de aanpak van overlastgevende groepen, bijvoorbeeld in bepaalde wijken of buurten. Gemeenten kiezen hier bijvoorbeeld voor de inzet van een overkoepelend sociaal wijk- of buurtteam. Vooral de (grotere) steden zetten daarbij ook regisseurs en projectleiders in, soms ambtelijk en soms gepositioneerd bij een instelling.

3. Groepen met bestaande relatie met gemeente

Bij een deel van de genoemde specifieke groepen heeft de gemeente nu al een verantwoordelijkheid. Doorgaans gaat het om mensen met meervoudige problematiek, die op één of meerdere terreinen al in aanraking zijn gekomen met de gemeente. Het kan zijn vanwege een uitkering, schuld, huisvesting of overlast. Deze mensen zijn dus al bekend bij de gemeente vanwege hun multiproblematiek of gebruik van gemeentelijke voorzieningen.

Het betreft vooral personen binnen de volgende specifieke groepen:

- mensen met een licht verstandelijke beperking (LVG) en LVG-jongeren
- multiprobleemgezinnen
- maatschappelijke opvang en vrouwenopvang, inclusief opvang zwerfjongeren
- soms ook mensen met een niet aangeboren hersenletsel of een ernstige psychiatrische aandoening die vanwege hun problematiek of gedrag al in contact met de gemeente zijn gekomen.

Voor deze groep heeft de extramuraal begeleiding in de Wmo een aanvullende functie ten opzichte van het al bestaande pakket van zorg en diensten. Signalering en zorgcoördinatie vereisen meestal geen nieuwe constructies maar een versterking of wellicht uitbreiding van wat er al opgebouwd is.

3.1 Signalering: nu en straks

Huidige signalering

Bij mensen met een licht verstandelijke beperking verloopt de signalering vaak in fasen. De netwerken integrale vroeghulp zijn erop gericht beperkingen en problemen in de eerste levensjaren te signaleren. Deze beperking is aangeboren maar wordt vaak pas op een later moment duidelijk, bijvoorbeeld door leerproblemen of (gedrags)problemen in de puberteit. Dit kan via het (speciaal) onderwijs of het eigen netwerk worden gesignaleerd. Het kan ook zijn dat de licht verstandelijke beperking wordt gesignaleerd als er problemen ontstaan op verschillende leefdoelgebieden. Mensen met een licht verstandelijke beperking die zelfstandig of onder begeleiding wonen zouden hun vragen zelf moeten articuleren, al dan niet samen met hun omgeving of betrokken professionals. Er kan echter sprake zijn van zelfoverschatting. Hierdoor ontstaat schijnzelfredzaamheid en zorgmijdend gedrag. Op dat moment zal deze cliëntgroep zich niet zelfstandig melden bij een loket of inloop wanneer de zorgaanbieder niets signaleert. Signalering vraagt ook van de sociale omgeving en de betrokken professionals dus een scherpe waarneming van veranderingen in gedrag.

Signalering bij multiprobleemgezinnen moet plaatsvinden op meerdere leefgebieden. De problematiek ontstaat eerst op één leefgebied, bijvoorbeeld op het gebied van wonen, schulden, zorg of welzijn. Deze eerste, relatief afgebakende problematiek wordt soms niet (op tijd) gesignaleerd. Vervolgens ontstaat problematiek op meerdere leefgebieden. De diverse problemen worden in die gevallen (te) laat gesignaleerd, of alleen in verschillende 'kokers' (schulden, huisvesting, overlast). In deze fase kan (een lid van) het gezin zich aanmelden bij een instelling, bijvoorbeeld bij een loket of inloop. Ook het sociale netwerk kan een probleem signaleren, hoewel bij een multiprobleemgezin het netwerk ook vaak kampt met (multi) problemen. Wanneer de omgeving overlast ervaart kan een waarschuwing of klacht worden ingediend bij de gemeente of een instelling, bijvoorbeeld door de burens. Ook een professional vanuit de gemeente of

vanuit één van de instellingen kan één of meer vragen signaleren en die doorzetten binnen de eigen organisatie of andere organisaties. Op het moment dat deze signalering heeft plaatsgevonden is er echter vaak al sprake van een stapeling van problemen. De opgave is om de signalen vanuit meerdere, diverse professionals en betrokkenen bijeen te brengen, want dan wordt het beeld compleet. Voor jeugdigen is hiervoor het instrument verwijsindex risicjongeren (VIR) ingericht. De verwijsindex risicjongeren is een digitaal systeem dat risicosignalen van hulpverleners over jongeren (tot 23 jaar) bij elkaar brengt. Door de meldingen in de verwijsindex weten hulpverleners sneller of een kind ook bekend is bij een collega, zodat zij kunnen overleggen over de beste aanpak. De verwijsindex is een risicosignaleringsinstrument, dat wil zeggen dat er aanwijzingen moeten zijn dat er echt iets aan de hand is voordat tot melding aan de verwijsindex kan worden overgegaan. Gemeenten zijn verplicht om de aansluiting van professionals op de verwijsindex te organiseren en daarvoor al het nodige binnen de gemeente te doen.

Een cumulatie van problematiek op meerdere leefgebieden kan ook optreden bij mensen in de maatschappelijke opvang, de vrouwenopvang en bij zwerfjongeren. Problemen worden dan (te) laat gesignaleerd en de woonsituatie kan op dat moment onhoudbaar zijn geworden. De burger leeft op dat moment op straat, maakt (af en toe) gebruik van opvang of is tijdelijk opgenomen binnen een opvanghuis. Ondersteuning richt zich op herstel, oftewel opnieuw zelfstandig wonen. Deze mensen hebben in die situatie vaak langdurige of blijvende begeleiding nodig. Bij deze cliëntgroep werken gemeenten nu vaak al samen, waarbij een belangrijke rol is weggelegd voor de centrumgemeente, bijvoorbeeld bij OGGz-netwerken en het Stedelijk Kompas. De 43 centrumgemeenten¹³ hebben de regie en werken daarbij onder andere samen met de GGZ, (opvang)instellingen, het zorgkantoor, woningcorporaties en regiogemeenten. De multidisciplinaire OGGz-netwerken hebben vaak een belangrijke signaleringsfunctie. Regiogemeenten en centrumgemeenten hebben over deze groep burgers meestal nauw contact.

¹³ Er zijn 43 centrumgemeenten voor de maatschappelijke opvang en 35 voor de vrouwenopvang.

Stedelijk Kompas

De 43 centrumgemeenten krijgen van het Rijk middelen voor de Wmo-prestatievelden maatschappelijke opvang, OGGz en verslavingsbeleid. In de vier grote steden (G4) werd samen met het Rijk in 2006 een sterke impuls gezet door het Plan van Aanpak Maatschappelijk Opvang. Sinds 2008 is het Stedelijk Kompas de doorvertaling van dit Plan van Aanpak naar de overige 39 centrumgemeenten en is het een aanvulling van de reeds bestaande activiteiten op het gebied van maatschappelijke opvang.

Het Plan van Aanpak en het Stedelijk Kompas kennen twee basisprincipes:

- Een 100% sluitende samenwerking tussen alle ketenpartners op zowel bestuurlijk als uitvoerend niveau, onder regie van de gemeente en het zorgkantoor
- Een persoonsgerichte aanpak: individuele trajectbegeleiding met aan de persoon gekoppelde cliëntmanagers en individuele trajectplannen

Deze basisprincipes hebben ten doel het aantal dak- en thuislozen terug te dringen en de doorstroming van dak- en thuislozen naar een zo zelfstandig mogelijk bestaan evenals de kwaliteit van het leven te bevorderen. Ook neemt de overlast, die een deel van dak- en thuislozen veroorzaakt omdat ze geen vaste woonplek hebben, daardoor af¹⁴.

¹⁴ Meer informatie over het Stedelijk Kompas is te vinden op de website van de VNG (www.vng.nl). Het Trimbos-Instituut publiceert jaarlijks een monitor over het Plan van Aanpak in de G4 en het Stedelijk Kompas in de overige 39 centrumgemeenten op www.trimbos.nl.

Aandachtspunten

De bovengeschetste kenmerken van signalering geven ook aandachtspunten voor de toekomstige opzet:

A. Wees bewust van de rol die een gemeente en de partners nu al spelen bij signalering. Begin niet voor alle nieuwe doelgroepen opnieuw, maar bouw het bestaande verder uit.

Voor specifieke groepen met multiproblematiek kan geprofiteerd worden van het feit dat het gemeentelijke domein nu vaak al een belangrijke rol speelt. Lokale instellingen hebben nu al vaak signaleringskanalen ontwikkeld die horen bij de huidige verantwoordelijkheid van de gemeente. Overlast, schuldhulpverlening en andere problemen kunnen aanleiding geven tot nader onderzoek naar de situatie. Gezien de ervaring en de taken die nu al liggen bij de lokale instellingen en de gemeenten (zoals de schuldhulpverlening en de maatschappelijke opvang) is het logisch dat zij een stevige positie hebben en houden in het proces van signalering.

B. De betrokkenheid van een groot aantal partijen pleit voor het breed structureren van signalering

- Signalering over de volle breedte van de problematiek is lastig en vindt vaak (te) laat plaats. Vaak hangt dit samen met het grote aantal betrokken hulpverleners. Gemeenten kunnen hier de opgebouwde ervaring met brede zorgcoördinatie inzetten om ook de signalering breder te trekken, namelijk door werkafspraken te (laten) maken tussen de partners over het onderling melden, zoals nu al wordt nagestreefd in de OGGz-netwerken, de Centra voor jeugd en gezin en de Veiligheidshuizen.
- Soms wordt problematiek wel gesignaleerd maar binnen of tussen de organisaties niet juist doorgezet. Meldsystemen zoals de verwijzingsindex voor risicojongeren kunnen helpen om signalen van diverse partijen samen te brengen. Gemeenten hebben hier de taak om als opdrachtgever deze meldsystemen in een goed werkbaar opzet te krijgen.

C. Breng de signaleringsmogelijkheden van andere partijen (dan alleen zorgpartners) in kaart om er voor te zorgen dat zorgmijders in beeld komen.

Burgers (en hun omgeving) met multiproblematiek zijn soms zorgmijddend en geven zelf geen signalen af of proberen signalering door anderen (zoals het maatschappelijk werk, de school) tegen te gaan. In de signalering moeten daarom de observaties vanuit verschillende plekken bijeen worden gebracht. Verschillende partijen – vaak niet zorggerelateerd – “komen bij de mensen thuis” (woningcorporaties, politie, etc.). Ook zij kunnen in het kader van decentralisatie begeleiding een signalerende taak hebben.

D. Dicht waarde toe aan een diversiteit van signalen. Dit geeft een breder beeld van de vraag van de burger. Heb ook oog voor de signaleringsfunctie van het sociale systeem.

Signalering door zorgaanbieders kan al gauw leiden tot een specialistisch aanbod en te weinig tot het verkennen van mogelijkheden in de eigen omgeving van de burger, terwijl er op dat moment nog ruimte is voor preventie. Belangrijk zijn daarom de signalen vanuit de dagelijkse omgeving van de burger, zoals de thuiszorg of de mantelzorg. Dit vereist een contact met de sociale omgeving van de burger en een systeembenadering, zoals bij de overgang van een kindgerichte naar een gezinsgerichte benadering in de jeugdzorg.

Signalering straks

Gemeenten hebben in de afgelopen jaren veel ervaring opgebouwd met de signalering en zorgcoördinatie voor mensen met een multiproblematiek. Door de decentralisatie van de functie begeleiding krijgen de gemeenten nu een extra mogelijkheid om deze groepen direct te laten ondersteunen. Aanvullend op de activiteiten vanuit het CJG, het welzijnswerk en maatschappelijk werk kan worden ingezet op meer signalering door het eigen sociale netwerk en de ‘dichtbij’ instellingen (welzijnswerk, scholen, huisarts, MEE). Aanvullende begeleiding vanuit de Wmo kan bijvoorbeeld ook op scholen plaatsvinden, in afstemming met de (toekomstige) samenwerkingsverbanden Passend onderwijs.

Gezien het grote aantal hulpverleners dat nu al betrokken is, krijgt de gemeente nu meer ruimte om te sturen op tijdige signalering. De inzet op de één loket-gedachte maakt dat Wmo-professionals die in contact komen met de burger ondersteuningsvragen over meer domeinen kunnen signaleren, volgens de uitgangspunten van De Kanteling. Professionals dichtbij de burger kunnen meer signaleren over leefdoelgebieden heen in lijn met Welzijn Nieuwe Stijl. Daarmee kan beter voorkomen worden dat de problematiek pas wordt gesignaleerd als verschillende problemen zich hebben opgestapeld. Dit vraagt korte lijnen tussen de professionals en hun organisaties die nu al betrokken zijn bij de burgers. Het is beter om gesignaleerde problemen door de betrokken professional niet automatisch te laten doorzetten binnen de eigen organisatie of naar een aanbieder, maar eerst te inventariseren wie de problematiek kan oppakken binnen het bredere netwerk, inclusief de informele ondersteuning. Met de OGGz-netwerken is hiermee al veel ervaring opgedaan.

Burgers met multiproblematiek verkeren niet zelden in een omgeving waarbinnen meer kwetsbare burgers wonen. Zowel bij deze burgers zelf als binnen de omgeving kan sprake zijn van zorgmijden. In dat geval helpt het als de gemeente inzet op brede signalering in de buurt of wijk. De eerste lijn en de informele zorg kunnen hier meer gemobiliseerd worden. Vrijwilligers kunnen burgers bijstaan in het formuleren van de ondersteuningsvraag om te signaleren en zorgmijding tegen te gaan. Gemeenten kunnen hier veelal voortbouwen op de ervaringen die zijn opgedaan met o.a. de Brede scholen, de centra voor Jeugd en Gezin, de OGGz-netwerken en de Veiligheidshuizen. Ook sociale wijkteams kunnen deze functie van brede signalering invullen.

3.2 Zorgcoördinatie: nu en straks

Huidige zorgcoördinatie

Voor burgers met multiproblematiek bestaat er een grote behoefte aan zorgcoördinatie gezien het aantal leefdomeinen waar de problematiek doorgaans betrekking op heeft. Zorgcoördinatie rondom de verschillende hulpverlenende instanties moet de samenwerking optimaliseren. Idealiter wordt de zorgcoördinatie gedaan door een generalistische professional (zoals een casemanager of gezinscoach). De coördinator heeft echter nu niet altijd toegang tot alle aanbieders en het mandaat om ondersteuningsvragen door te zetten.

Voor mensen met een licht verstandelijke beperking spelen diverse ondersteuningsvragen. Soms is hier sprake van schijnzelfredzaamheid, wat een totaalbeeld van de benodigde ondersteuning lastig maakt. Op het moment dat de vragen ontstaan worden deze vaak afzonderlijk opgepakt. Soms is een professional betrokken die de geleverde begeleiding en zorg coördineert, maar vaak beperkt deze coördinatie zich tot een deel van de keten.

Casemanager

Bij multiprobleemgezinnen is er vrijwel altijd een noodzaak tot zorgcoördinatie. In dat geval wordt de verantwoordelijkheid hiervoor belegd bij de professional die werkzaam is op het gebied van de dominante problematiek van de burger, bijvoorbeeld het maatschappelijk werk. Dit kan een professional zijn die ook in de eerste plaats ondersteuning verleent aan de burger en daarbij ook coördineert. De verantwoordelijkheid voor de coördinatie kan ook worden gelegd bij een bredere casemanager (gezinsmanagers), bijvoorbeeld bij de GGD of het CJG. Deze casemanager houdt nauw contact met de burger en het sociale systeem, maar verleent verder zelf geen zorg of ondersteuning. De casemanager brengt aanvullende vragen in kaart. De casemanager kijkt hierbij naar de mogelijkheden in het eigen netwerk om de vragen op te pakken. Daarbij heeft hij of zij het organiserend vermogen om vragen door te zetten en organisaties te betrekken. Een aanvullende mogelijkheid is de inzet op één huishouden, één plan, één proces. Hierbij stemmen de betrokken partijen af dat er op basis van intensief overleg met een integraal gezinsplan wordt gewerkt. Vaak wordt dit in samenhang gedaan met het aanwijzen van de casemanager, die zowel voor het gezin als voor de betrokken professionals fungeert als aanspreekpunt. In de samenwerking tussen de centra voor Jeugd en Gezin en instellingen voor jeugdzorg is hiermee goede ervaring opgedaan.

Ook bij maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en de opvang van zwerfjongeren is coördinatie noodzakelijk op het moment dat deze mensen in beeld zijn. Gezien de aard van de problematiek wordt vaak gezocht naar een breed georiënteerde casemanager die samen met de cliënt een overkoepelend persoonlijk plan maakt en de diverse elementen van de ondersteuning kan afstemmen. Doorgaans zijn de casemanagers werkzaam bij de instelling met de grootste zorg- of ondersteuningstaak voor de betreffende burger.

Frontlijnwerkers in de wijk

Binnen een wijk of buurt is het mogelijk dat meerdere huishoudens kampen met multiproblematiek. De wijk- of buurtbrede coördinatie van dergelijke multiproblematiek kan bijvoorbeeld door een Achter de Voordeur-aanpak, waarbij frontlijnwerkers bij alle huishoudens in een wijk alle leefgebieden monitoren. Deze frontlijnwerkers verlenen zelf geen ondersteuning, maar zetten vragen door naar de betreffende organisaties en monitoren dat dit wordt opgevolgd.

Aandachtspunten

De bovengenoemde kenmerken leiden tot de volgende aandachtspunten:

A. Generalisten lijken steeds belangrijker te worden. Zij kunnen meerdere levensdomeinen overzien en kunnen daarmee als een aanspreekpunt voor de burger fungeren.

- Het organiseren van één aanspreekpunt voor de burger bij het verlenen van meervoudige zorg en begeleiding.
- Het terugdringen van de zogenaamde ‘drukte achter de voordeur’ doordat meerdere aanbieders betrokken zijn die te weinig op de hoogte zijn van elkaars bijdragen. De uitdaging is hier om zorgcoördinatoren te vinden die overzicht hebben over de vele uiteenlopende levensgebieden.

B. Verbinding tussen verschillende beleidsterreinen en leefgebieden wordt steeds belangrijker, vooral voor specifieke groepen met multiproblemen.

Vanwege het gedrag van de groep ligt er een relatie tussen zorg, omgeving en veiligheid. Personen (en ook gezinnen) uit deze specifieke groepen kunnen hun omgeving overlast bezorgen. Tegelijkertijd kan deze (sociale) omgeving een belangrijke rol spelen bij ondersteuning. Dit pleit voor een aansluiting op andere sectoren (Veiligheidshuis, sociale wijkteams, welzijnswerk) en het wijkgericht werken.

C. Aandacht voor regionale samenwerking, vooral als het specialistisch aanbod betreft

Ten dele is ook hier sprake van regionaal specialistisch aanbod. Voor LVG-jongeren geldt bijvoorbeeld dat de capaciteit van Orthopedagogische Behandelcentra (OBC's) die voor een klein deel begeleiding geven aan jongeren, niet gelijkmatig is verdeeld over het land. Dit geldt ook voor (specialistische) voorzieningen voor multiprobleemgezinnen en vrouwenopvang. Het kan nodig zijn om voor deze specifieke groepen (boven)regionale afspraken te maken (zie hiervoor ook de handreiking van het Transitiebureau over inkoop en opdrachtgeverschap).

Zorgcoördinatie straks

Een belangrijke opgave voor gemeenten is het faciliteren van afstemming tussen de hulpverleners die bij multiproblematiek betrokken zijn. Dit kan door de verantwoordelijkheid voor zorgcoördinatie expliciet bij één coördinator neer te leggen. Dit kan een (generalistische) professional zijn die bij de burger of het gezin betrokken is, maar ook casemanager wordt. Wanneer het totaal aan ondersteuning helder is, kunnen ook vrijwilligers een rol spelen in de zorgcoördinatie. Inmiddels is er in diverse sectoren ervaring opgedaan met dit type generalisten, zoals gezinsmanagers, CJG-coaches, sociaal casemanagers en bemoeizorgwerkers. De taak voor de gemeente is om de behoefte aan deze generalisten over de diverse specifieke groepen en sectoren in te schatten en toe te werken naar een 'bezettingsplan'. Dit kan door in afspraak met de instellingen een 'pool' in te richten van generalisten die liefst breed inzetbaar zijn.

Mensen met multiproblematiek staan vaak niet alleen met hun problematiek binnen hun buurt of wijk. De problemen van verschillende huishoudens kunnen een versterkende werking op elkaar hebben. Juist daarom is het aan te raden het netwerk niet alleen op het niveau van de burger of het gezin afstemmen, maar ook op buurt- of wijkniveau. Via de zorgcoördinatie wordt een verbinding gelegd tussen het individu, de sociale omgeving, de wijk en meer specialistische aanbod. Het bestaande netwerk van partnerorganisaties op al deze niveaus ondersteunt dit. Hierbij kan gestimuleerd worden dat professionals elkaar beter leren kennen. Partijen die nu vaak niet of weinig betrokken zijn (bijvoorbeeld welzijnsinstellingen) kunnen een meer intensieve en (preventieve) rol spelen.

Heleen

Situatie nu

Heleen (38) is zwanger van haar vierde kind. Ze heeft moeite het huishouden met haar huidige drie kinderen te runnen. Haar man Theo komt af en toe binnen vliegen. Het huis is niet meer zo schoon. De kinderen gaan wel nog gewoon naar school, maar twee zijn best wel lastig. De burens vermoeden dat er eventueel sprake is van huiselijk geweld, maar willen zich niet met de familie bemoeien. Dochter Charissa (14) is nu zwanger van haar vriendje. Heleen is laag opgeleid, heeft geen werk en is financieel afhankelijk van haar man Theo. Bij betaling van huur en gemeentebelastingen heeft ze achterstand.

Gealarmeerd door de vele betalingsachterstanden heeft een maatschappelijk werker onderzoek gedaan. Heleen krijgt nu vanuit de gemeente schuldhelpverlening. De school heeft voor de zwangere Charissa Bureau Jeugdzorg ingeschakeld. Bij een bezoek van de gezinsvoogd viel op dat het huis enorm vervuild is. Sindsdien heeft de gemeente Heleen hulp bij het huishouden toegewezen. De gezinsvoogd probeert de verschillende hulpverleningstrajecten voor Heleen en haar gezin te coördineren, maar heeft daar weinig tijd voor. Wel komt hij af en toe bij haar langs om dit met haar te bespreken en te kijken of niet nog aanvullende zorgvragen bestaan. Sindsdien gaat het iets beter met Heleen en haar gezin, zij heeft enige vertrouwen in de gezinsvoogd gekregen.

Situatie straks

Heleen is door verschillende signaleringskanalen al lang in beeld bij het CJG en ontvangt begeleiding. Er lopen meerdere hulpverleningstrajecten maar toch heeft ze te maken met een beperkt aantal hulpverleners, dank zij de door het CJG aangewezen gezinsmanager. Deze heeft veel kennis over het gezin en heeft een goede verstandhouding met Heleen. Hij houdt alle levensdomeinen scherp in de gaten. De maatschappelijk werker en de opvoedingsondersteuner zijn regelmatig in gesprek met de gezinsmanager en Heleen samen om overzicht te houden van de ontwikkelingen in de ondersteuningsvragen van Heleen en haar gezin. De gezinsmanager heeft samen met haar een plan van aanpak gemaakt. Hierbij hebben ze een lijstje gemaakt van de dingen die ze zelf gaat oppakken. De moeder van Heleen woont op een uur reizen, maar ze hebben afgesproken dat de moeder in ieder geval een keer in de twee weken een middag komt helpen.

4. Groepen met beperkte of geen relatie met gemeente

Een deel van de genoemde specifieke groepen die gebruik maakt van extramuraal begeleiding zijn op dit moment beperkt of zeer weinig in contact met de gemeente.

Deze mensen krijgen binnen de AWBZ als het gaat om de begeleiding vaak specifieke zorg die rekening houdt met de kenmerken van de beperking of problematiek. Deze zorg is een belangrijk gegeven in hun bestaan en is vaak ook langdurig. Daarnaast maken deze mensen soms ook gebruik van een dienst van de gemeente, bijvoorbeeld een uitkering of een voorziening uit de huidige Wmo. Langs deze weg zijn deze burgers dus al wel beperkt in beeld.

Het gaat hierbij vooral om mensen uit de volgende specifieke groepen:

- mensen met een zintuiglijke handicap
- mensen met een meervoudig complexe beperking
- mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek
- mensen met complex niet aangeboren hersenletsel (NAH)
- mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA).

Voor de groep mensen met een zintuiglijke beperking, mensen met een meervoudige complexe beperking en mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek is signalering minder een issue, want ze zijn in de meeste gevallen al in beeld vanaf hun geboorte. Extramuraal begeleiding en wellicht andere voorzieningen binnen de Wmo kunnen helpen om deze groep of hun omgeving meer te laten participeren, maar die begeleiding moet dan wel aansluiten op de al geboden zorg. Gezien het brede palet aan de hierbij benodigde ondersteuning is zorgcoördinatie van groot belang.

Mensen met complex niet aangeboren hersenletsel en mensen met een ernstige psychiatrische aandoening hebben vanwege deze problematiek of beperking de neiging zorg te mijden. Signalering is bij deze groepen dus wel issue. Zij zullen uit zichzelf niet zo snel om hulp of ondersteuning vragen. Hiervoor zijn vroegsignalering en daarop aansluitende zorgcoördinatie van groot belang.

4.1 Signalering: nu en straks

Huidige signalering

Wanneer de beperking is aangeboren wordt dit doorgaans direct gesignaleerd door de ouders of het consultatiebureau. Voor mensen met een aangeboren zintuiglijke handicap en mensen met een aangeboren meervoudig complexe beperking wordt vaak vroeg na de geboorte de ondersteuningsbehoefte al duidelijk. Mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek komen ook vroeg in beeld, maar meestal op iets latere leeftijd. Via de ouders of het consultatiebureau belandt het kind bij een aanbieder. Ook de huisarts, de jeugdgezondheidszorg, het CJG, MEE en het onderwijs kunnen een belangrijke signalerende rol spelen. De signalering van veranderende of nieuwe problematiek vindt vaak plaats door de (gespecialiseerde) aanbieder waar de burger begeleiding en/of andere zorg van ontvangt. Wanneer de beperking ontstaat op latere leeftijd door bijvoorbeeld een ongeval of medische oorzaken, meldt de burger zich bij de huisarts of belandt de burger vaak acuut bij een aanbieder, bijvoorbeeld via het ziekenhuis. Vervolgens wordt de burger toegeleid naar een aanbieder.

Het kan echter ook zo zijn dat het netwerk van de burger de ondersteuningsvraag (h)erkent en formuleert. Dit kan het directe netwerk zijn van familie en vrienden maar ook de buurt. Door de complexe aard van bepaalde beperkingen en bijkomend gedrag kan echter meer afstand ontstaan tussen burger en sociaal netwerk, maar toch komt dit netwerk vaak in actie wanneer er zorgen ontstaan. Anderen melden dan de burger aan bij een instelling. Verder komt het ook voor dat een al betrokken professional de (nieuwe) vraag herkent en ondersteunt bij de vraagformulering. Ook welzijnsprofessionals geven tegenwoordig signalen door, pakken een coördinerende rol in het netwerk op, stemmen af met professionals elders of werken samen binnen integrale wijkteams. Op dit moment blijft de voornaamste manier van signaleren een melding vanuit de al lopende zorg, waarbij huidige zorgverlener vaak doorverwijst naar al bekende vormen van begeleiding.

Daarbij zijn er ook verschillende niet-zorgaanbieders die signalen kunnen opvangen, zoals de huishoudelijke hulp, woningbouwcorporatie en de sociale dienst. Deze organisaties komen allemaal aan de deur of zelfs achter de voordeur en hebben nu al een rol in het leven van de burger. Signalen die de medewerkers van deze organisaties opvangen worden echter meestal niet structureel doorgezet. Gezien de relaties tussen de gemeente en deze organisaties kan de gemeente ook afspraken laten maken voor het structureel doorspelen van signalen door en tussen deze andere betrokken organisaties.

Bij mensen met een complex niet aangeboren hersenletsel (NAH) of een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) ontstaat de beperking op latere leeftijd door bijvoorbeeld een ongeval of medische oorzaken. Hier meldt de burger zich bij de huisarts of belandt hij of zij acuut bij een aanbieder, bijvoorbeeld via het ziekenhuis. Vervolgens wordt de burger toe- of doorgeleid naar een aanbieder. Doorgaans leidt dit tot specialistische zorg, die na verloop van tijd minder intensief wordt naar mate de beperking chronisch wordt. De beperkingen zijn soms echter lastig te herkennen en kunnen niet of verkeerd gediagnosticeerd worden. De signalering van de behoefte aan begeleiding vindt nu nog plaats door de zorgaanbieder, maar die is niet of weinig georiënteerd op de (brede) voorzieningen en zal de cliënt daar ook niet makkelijk naar toe kunnen leiden.

Aandachtspunten

Bovenstaande schets van huidige signalering geeft de volgende aandachtspunten voor de toekomst:

A. Signalering moet helpen bij continuïteit

Voor de genoemde specifieke groepen is structuur en continuïteit belangrijk. Dat betekent dat signalering van de behoefte aan begeleiding moet aansluiten op de observaties van zorgverleners. Voor de ontwikkelingen in het kader van begeleiding betekent dat oog voor fasering en geleidelijkheid.

B. Heb oog voor periodieke en continue signalering

Tussentijdse signalering is van belang. Dat betekent dat in het organiseren van signalering enige regelmaat moet zijn. Er bestaat een risico op vereenzaming en maatschappelijk isolement wanneer problematiek of het ontbreken van een netwerk of van zelfredzaamheid niet op tijd wordt gesignaleerd. Nieuwe aandoeningen of ondersteuningsvragen die tussentijds ontstaan kunnen soms niet of verkeerd gesignaleerd worden waardoor de situatie en zelfredzaamheid kan verslechteren.

C. Versterk het eigen sociale systeem van de burger

Het eigen netwerk van de burger is van cruciaal belang. Als dit ontbreekt of zwak is zal de signaleringsfunctie dit moeten aanvullen of opvangen. Het versterken van het eigen netwerk is vooral van belang om meer algemene (niet-specialistische) problemen en behoeften in beeld te krijgen.

D. Benut de reguliere 'vaste partners' van burgers

Meer reguliere dienstverleners zoals de thuiszorg, de woningcorporatie en de sociale dienst komen periodiek bij burgers over de vloer. Het is van belang hen een rol te geven in de signalering.

E. Organiseer voor de NAH- en EPA- groep een vorm van netwerkcommunicatie die signalen bijeen brengt.

Voor de EPA- en NAH-cliëntgroep geldt in het bijzonder dat de breedte van de problematiek nu soms niet gesignaleerd wordt door afwezigheid van passende aanbieders en doordat in de indicatieprocedures informatie verloren kan gaan tussen de instanties. Signalering van zeer specifieke beperkingen vraagt veel expertise van de professionals. De opgave is daarom signalen uit een gevarieerd netwerk van aanbieders (b.v. revalidatie-instelling) en 'nabije' organisaties (b.v. welzijn, of de familie) bij elkaar te brengen.

Signalering straks

Met de decentralisatie begeleiding kan de signalering door het eigen netwerk en professionals dichtbij de burger worden versterkt. Dit vraagt van gemeenten dat ze meer zicht hebben op de aanwezigheid van de specifieke groepen binnen een wijk, het 'persoonlijke' netwerk van familie en bekenden van deze mensen en het 'fysieke' netwerk van burens. Wanneer dit in beeld is, kan worden gestuurd op de inzet van buurtbewoners bij signalering door hen te prikkelen en te informeren over wat ze zelf kunnen doen en waar ze terecht kunnen. De eerste lijn en de informele zorg spelen ook een belangrijke signalerende rol. Vrijwilligers kunnen burgers bijstaan in het formuleren van de ondersteuningsvraag om te signaleren en zorgmijding tegen te gaan.

Daarbij kan de gemeente inzetten op de ontwikkeling van een bepaald type professional. Brede en tijdige signalering vraagt van professionals dat ze verder kijken dan hun eigen domein en de breedte van de individuele problematiek in het vizier hebben. Professionals moeten vervolgens goed op de hoogte zijn van allerlei vormen van begeleiding en andere ondersteuning waar naar kan worden doorverwezen. Als bijvoorbeeld als gevolg van de beperking vereenzaming ontstaat moet de professional ook kennis hebben van het welzijnsaanbod binnen de gemeente, zodat burgers daarnaar kunnen worden doorgeleid. Hierdoor vindt signalering minder gefragmenteerd plaats. Professionals kunnen getraind worden in deze houding en expertise op het gebied van de verschillende cliëntgroepen. Kennismaken met het aanbod en de professionals van andere instellingen is al een eerste belangrijke stap. De gemeente kan dit faciliteren. De inzet op de één loket-gedachte maakt dat Wmo-professionals die in contact komen met de burger ondersteuningsvragen over meer domeinen kunnen signaleren, volgens de uitgangspunten van de Kanteling.

Voor het signaleren van de behoefte aan extramuraal begeleiding bij deze groep moet er een nauwe samenwerking ontstaan tussen de zorgaanbieders en de gemeente, of door de gemeente hiervoor ingeschaalde instellingen zoals het algemeen maatschappelijk werk of vrijwilligersorganisaties. Omdat sommige burgers (m.n. bij NAH en EPA) vaak in isolement of anonimiteit kunnen verkeren is het nodig dat er een algemene bekendheid ontstaat bij burgers dat ook voor deze groepen extramuraal begeleiding mogelijk is. Daarnaast is het nodig dat de gemeente werkafspraken maakt met de (zorg)aanbieders (revalidatie-instellingen, GGZ e.d.), huisartsen en ziekenhuizen, dat ze attent zijn op de behoefte en mogelijkheid van begeleiding buiten en naast het gegeven 'zorgcircuit' waarin het betreffende individu nu verkeert.

4.2 Zorgcoördinatie: nu en straks

Huidige zorgcoördinatie

De organisaties stemmen vaak informeel af of werken al samen. Soms is er een zorgcoördinator aangewezen. Dit is behulpzaam voor de burger en zorgt voor meer samenhang in de ondersteuning. De taak van zorgcoördinatie is op dit moment echter niet altijd expliciet belegd. Soms is hier niet in voorzien en soms blijft die impliciet als een betrokken professional deze rol spontaan op zich neemt. In het eerste geval kan sprake zijn van een gebrek aan afstemming. In het tweede geval mist de coördinator vaak mandaat (en mogelijk financiering voor de extra taken). Het hangt af van de afspraken met de aanbieder van begeleiding of zorgcoördinatie ook binnen het tarief valt. Wanneer er sprake is van zorgcoördinatie ligt dit nu vaak bij de aanbieder die de burger al voorziet van zorg. Ook bestaat de mogelijkheid dat de coördinatie ligt bij de aanbieder die verantwoordelijk is voor de zwaarste problematiek. Bij signalering van nieuwe of veranderende problematiek, zetten professionals dit vaak door binnen de eigen organisatie of organisaties waar de professionals goed bekend mee zijn.

Wanneer de burger recent in beeld is en er vanaf het begin meerdere aanbieders betrokken zijn, geldt doorgaans dat de eerst betrokken aanbieder of de aanbieder die de voornaamste hulp verstrekt de zorgcoördinatie doet. Betrokkenheid van veel aanbieders vanaf een vroege fase kan ook tot gevolg hebben dat er veel en mogelijk overlappende ondersteuning wordt georganiseerd. In de huidige praktijk is vaak al de gewoonte ontwikkeld om bij complexe zorgvragen vanaf het begin (of alleen in de beginfase) casemanagement te beleggen bij een betrokken professional. Maar dit casemanagement blijft soms beperkt tot een deel van het totale aanbod van zorg en ondersteuning. Doorzettingsmacht tussen de betrokken organisaties is niet altijd stevig georganiseerd.

Bij de groepen NAH en EPA geldt specifiek dat de coördinatie van zorg en begeleiding nu voornamelijk plaatsvindt door en binnen de instelling die de – doorgaans specialistische – zorg aanbiedt. Begeleiding is vaak nu een onderdeel van en verweven met de behandeling. De uitdaging wordt om de begeleiding nu te laten bijdragen aan meer participatie en zelfredzaamheid. Dit raakt rechtstreeks het gedrag, het zelfbeeld en de competenties van de betreffende persoon en vereist daarom een nauwe afstemming met o.a. de curatieve en revaliderende zorg. Het ligt voor de hand dat de zorgcoördinatie daarom plaatsvindt door de aanbieder van deze zorg, maar dat moet er wel toe leiden dat de begeleiding ook een brug slaat naar de wereld buiten het zorgaanbod. In feite is er daarom noodzaak tot een gedeelde vorm van zorgcoördinatie, namelijk tussen die van de zorgaanbieder en een verantwoordelijke persoon in het maatschappelijke veld of in het sociale systeem van deze burger (zie ook de casus aan het einde van dit hoofdstuk).

Aandachtspunten

A. Ontwikkel een 'activerende' zorgcoördinatie

De uitdaging is het stimuleren van participatie (en voorkomen van onnodige 'opsluiting' in het circuit van de behandeling) doordat burgers meer tijd buitenshuis doorbrengen en meer aansluiting hebben met andere groepen in de samenleving. Dit vraagt om een activerende vorm van zorgcoördinatie, gericht op het inschakelen van vormen van begeleiding die rekening houden met de beperkingen van deze groepen en toch voldoende aansluiten op de bredere samenleving.

B. Laat zorgcoördinatie het zorgaanbod en de 'eerste lijn' verbinden

Wanneer door de zorgverleners teveel geredeneerd wordt vanuit het eigen domein of de eigen instelling worden hun burgers vaak kwetsbaar in hun zelfredzaamheid en kunnen ze afhankelijk worden van hun aanbieders, ook wat betreft de integraliteit van de zorg en begeleiding. De zorgcoördinatie moet een verbinding leggen tussen het zorgaanbod en de lokale voorzieningen in de eerste lijn zoals het welzijnswerk, de thuiszorg of het maatschappelijk werk. Hierdoor raken burgers minder sterk georiënteerd op het aanbod en meer op hun omgeving.

C. Benut de mogelijkheden van informele ondersteuning

Geredeneerd vanuit zelfredzaamheid kan het coördineren van het eigen netwerk direct bijdragen aan de eigen kracht van burgers. Er kan vaker worden verwezen naar informele ondersteuning. Overbelasting van het eigen netwerk vanwege een te groot beroep op mantelzorgers of de eigen omgeving van de burger kan worden voorkomen door in de zorgcoördinatie een relatie te leggen met bijvoorbeeld dagopvangvoorzieningen.

D. Maak regionaal afspraken

Vanwege het geringe aantal mensen binnen de specifieke groepen en ook vanwege het kleine aantal aanbieders is het gewenst om voor deze cliëntgroep regionale afspraken te maken. Dit geldt vooral voor mensen met een zintuiglijke handicap, mensen met complex niet aangeboren hersenletsel, mensen met een meervoudig complexe beperking en voor mensen met een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek.

Zorgcoördinatie straks

Voor een versterking van de zorgcoördinatie kan de gemeente eerst een prikkel geven aan organisaties om een grotere bekendheid tussen hun professionals te organiseren, hetgeen er vervolgens toe moet leiden dat ze elkaar ook in hun werk gaan opzoeken. Nu doet de wijkverpleegkundige dat bijvoorbeeld al. Voor de

specifieke groepen kan vaker een brede coördinator worden ingezet. Dit kan een professional zijn die als zorgverlener bij de burger zelf betrokken is, maar nu ook de brede taak van zorgcoördinatie op zich gaat nemen. Dit kan gebeuren door een zorgaanbieder, maar ook vanuit de Centra voor Jeugd en Gezin of het sociale wijkteam. Deze zorgcoördinator richt zich ook op het versterken en betrekken van het eigen netwerk van de burger. Dit kan de zwaardere zorg verlichten. Zo kan ook tijdig worden geconstateerd wanneer het eigen netwerk van de burger overbelast dreigt te worden. Ook kan het betrekken van andere aanbieders worden gecoördineerd. Aanbieders op het gebied van maatschappelijk werk en welzijn zijn nu soms niet betrokken en kunnen een grotere (preventieve) rol spelen. Daarbij kan vanaf 2013 aanvullende begeleiding vanuit de Wmo ook op scholen plaatsvinden. Dit vraagt afstemming met de school en het toekomstige samenwerkingsverband Passend Onderwijs. Mensen met ernstige beperkingen vragen veelal om specifieke expertise en kennis, maar de zorgcoördinator kan er naar toe werken dat de 'dichtbijge' professionals of vrijwilligers beschikken over voldoende kennis en ervaring om met de specifieke groep om te gaan. De coördinator kan ook zorgen voor afstemming met AWBZ-zorg als verpleging en verzorging.

Henriëtte

Situatie nu

Henriëtte (28) heeft vanaf haar geboorte een meervoudig complexe beperking. Omdat Henriëtte slecht ziet en gehoorstoornissen heeft, is communicatie voor haar erg moeilijk. Henriëtte woont thuis bij haar ouders in een aangepaste woning, waar zij ook verzorgd wordt. Haar familie coördineert de aanvullende zorg en begeleiding met andere aanbieders. Henriëtte krijgt dagbesteding van een specialistische aanbieder waar vooral haar fysieke gesteldheid gestimuleerd wordt door beweging. Daarnaast krijgt zij groepsactiviteiten aangeboden, die haar dag structureren en die haar zintuigen prikkelen. Verder krijgt zij specialistische begeleiding voor haar zintuiglijke handicap door één van de weinige specialistische instellingen op dit gebied in Nederland. Twee keer per week komt een vrijwilliger een uurtje bij Henriëtte om haar gezelschap te houden. Henriëtte en haar ouders hebben een goed sociaal netwerk.

Situatie straks

Via de zorgaanbieders en de ouders is Henriëtte in beeld bij het sociale wijkteam. Vanwege de complexe problematiek en de verschillende partijen die bij Henriëtte betrokken zijn, maakt het maatschappelijk werk vroegtijdig goede afspraken met de aanbieders en de familie. De coördinatie van haar zorg wordt belegd bij de specialistische aanbieder die het meest met Henriëtte te maken heeft. Na samenspraak tussen het sociale wijkteam en de zorgaanbieder wijst de laatste één van de bij Henriëtte betrokken professionals aan als coördinator die afstemt tussen welzijn, verpleging en verzorging uit de AWBZ en de inzet van vrijwilligers. Dit gebeurt op grond van contractuele afspraken tussen gemeente en de zorgaanbieder met het oog op participatie van mensen zoals Henriëtte.

In het geval van NAH en EPA kan de gemeente via de zorgcoördinatie voor deze specifieke groepen een brug (laten) slaan tussen de (soms geïsoleerde) leefsituatie van de burger, het bestaande circuit van zorgaanbod en het (gaan) deelnemen aan activiteiten en voorzieningen in de bredere samenleving. De rol van de gemeente is ervoor te zorgen dat de betreffende organisaties en (vrijwillige) hulpverleners nauwkeurig op elkaar inspelen om een steunend sociaal netwerk rondom de burger te creëren. In essentie zal het er vaak op neerkomen dat met meerdere instellingen en personen wordt afgesproken dat zij blijven inspelen op de zorgcoördinatie. Dit samenspel is de voornaamste verantwoordelijkheid van de gemeente.

Lenie

Situatie nu

Tot haar 47e verjaardag heeft Lenie een relatief normaal leven gehad. Toen ze 47 was, werd zij aangereken door een auto. Bij de opname in het ziekenhuis werd alleen haar gebroken arm behandeld. Terug op haar werk liep het na de aanrijding niet meer zo makkelijk. Zij kwam afspraken niet na en presteerde slecht. Lenie voelde zich niet begrepen door de mensen om haar heen en begon daarom steeds meer te drinken. Toen haar slechte prestaties resulteerde in ontslag kwam ze in financiële problemen. Een nieuwe baan kon ze niet vinden, waardoor ze verder vereenzaamde.

Tijdens een bezoek bij de huisarts herkent de huisarts signalen van depressie en agressief gedrag. Na een moeilijk traject van doorverwijzing naar een psychiater constateert deze dat Lenie aan een depressie lijdt. Omdat Lenie tijdens de behandeling van haar aanrijding vertelt, laat de psychiater een hersenscan doorvoeren. Hierbij wordt duidelijk dat Lenie een complex niet aangeboren hersenletsel (NAH) heeft, die de verandering in haar gedrag en cognitieve vaardigheden heeft veroorzaakt. Lenie krijgt vanaf dan behandeling en begeleiding van verschillende partijen. De verslavingszorg behandelt haar alcoholmisbruik. Voor haar depressie en agressiviteit komt zij bij andere aanbieders terecht. Door medicatie is haar agressiviteit nu onder controle. Ook krijgt zij ondersteuning voor de praktische dingen in haar leven, zoals haar financiële administratie. Lenie krijgt nu dagbesteding om structuur in haar leven te krijgen en mogelijk te begeleiden naar een nieuwe baan. Af en toe gaat Lenie naar een NAH-café, maar kent verder niemand meer uit haar oude netwerk. Het regionale Hersenletselteam is bij de coördinatie van Lenies zorgvraag betrokken.

Situatie straks

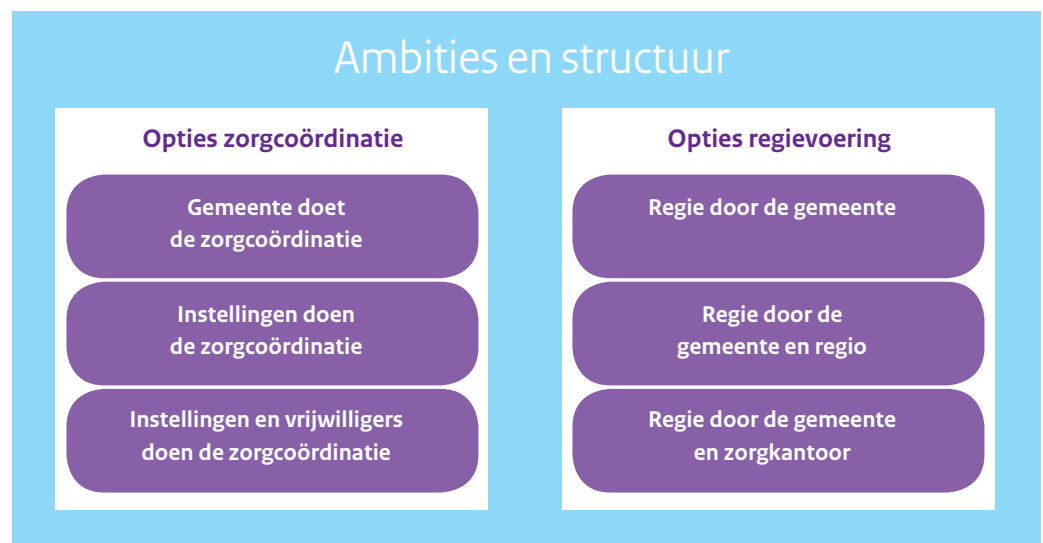
Omdat er per gemeente maar weinig mensen met NAH zijn, heeft de gemeente voor de begeleiding samen met andere gemeenten in de regio afspraken met zorgaanbieders gemaakt en aansluiting gezocht bij het regionale NAH-netwerk. Op grond van deze afspraken heeft de aanbieder voor Lenie één casemanager aangewezen binnen het NAH-netwerk, die haar vraag en het aanbod ook goed kan overzien en coördineert. Daarbij hoort ook het versterken van het netwerk van Lenie. Hiervoor wordt een vrijwilliger ingezet, die goed gebriefd is over Lenie en daardoor ook met haar moeilijke kanten kan omgaan. Ook wordt meer hulp vanuit maatschappelijk werk en welzijn geleverd om waar mogelijk de specialistische begeleiding te ontlasten. In een driemaandelijks gesprek tussen deze hulpverleners en Lenie wordt ook gekeken wat zij nog wél kan. Daarom doet Lenie nu twee keer per week vrijwilligerswerk op een kinderboerderij.¹⁵

¹⁵ Zie de publicatie 'Navigeren naar herstel' van de Hersenstichting Nederland voor meer informatie over signalering en zorgcoördinatie bij de groep NAH.

5. Zorgcoördinatie, samenwerking en regie

Hiervoor zijn de kenmerken van de specifieke groepen beschreven en de manier waarop signalering en zorgcoördinatie verlopen, zowel in de huidige als in de toekomstige situatie. Hoe kan de gemeente dit nu organiseren? In dit hoofdstuk bezien we belangrijke keuzes voor de gemeente bij de inrichting van de zorgcoördinatie en de regie op de samenwerking.

Figuur 4. Onderdelen zorgcoördinatie en regie



5.1 Ambities en structuur

Wanneer de gemeente een verantwoordelijkheid krijgt voor de specifieke groepen van begeleiding en een bijbehorende opzet van signalering en zorgcoördinatie vraagt dit om een visie op langere termijn. Welke maatschappelijke effecten wil de gemeente daarmee bereiken? Die streefsituatie zal verschillen per type cliënt:

- Zelfredzame burgers kunnen vooral praktisch worden ondersteund – ze kunnen veel zelf regelen en de signalering en zorgcoördinatie moeten daar vlot op inspelen.
- Maar als er sprake is van complexe problematiek gaat het er ook om breed te signaleren en daarbij het sociale systeem zoveel mogelijk te mobiliseren en in positie te brengen om te voorkomen dat de burger teveel beheerst blijft door zijn of haar complexe problematiek.
- Bij weinig zelfredzame burgers moet worden nagegaan welke mogelijkheden er zijn voor het construeren van een maatschappelijk steunsysteem.
- Als daarbij ook sprake is van complexe problematiek komt de nadruk te liggen op een sluitende zorgcoördinatie met aandacht voor een goede balans tussen continuïteit van zorg en steun bij de vergroting van zelfredzaamheid op levensgebieden waar dat kan.

Het gaat dus om uiteenlopende, situatiegebonden ambities die de gemeente kaderstellend kan formuleren. Zo kunnen ook de eerder genoemde aandachtspunten bij signalering en zorgcoördinatie worden aangepakt.

Hoe kunnen de ambities nu worden gerealiseerd door een sluitend aanbod? En hoe kan de begeleiding daarin prikkels geven voor zelfredzaamheid? Er is ook behoefte aan een duidelijke *structuur* waarin het aanbod wordt gegeven. Signalering en zorgcoördinatie vinden plaats in een stelsel van samenwerkende partijen die op elkaar inspelen om de gewenste maatschappelijke effecten te bereiken. De gemeente vervult hierin een sleutelrol maar is tegelijkertijd sterk afhankelijk van de andere partijen om deze effecten te bereiken. Tegelijkertijd kan de gemeente met die sleutelrol de partijen ook taken toekennen en zo het samenspel vorm geven. Zelfredzame burgers zullen ondanks hun beperking vaak hun weg wel vinden, maar wanneer het gaat om de beschreven specifieke groepen dan is het nodig de reguliere uitvoeringsstructuur van begeleiding en welzijn gericht in te zetten.

Welke mogelijkheden hebben gemeenten nu bij het inrichten van het netwerk en het bevorderen van samenwerking? De gemeenten staan voor verschillende veranderopgaven:

- Waar en hoe wordt de zorgcoördinatie belegd?
- Hoe verloopt de samenwerking en regievoering?

5.2 Beleggen van zorgcoördinatie

Extramurale begeleiding is meestal één van de elementen in een breder arrangement van zorg en ondersteuning. In de toekomstige opzet kunnen die arrangementen voor de specifieke groepen worden bepaald door een (klein) multidisciplinair adviesteam dat de binnenkomende signalen en aanvragen inhoudelijk beoordeelt, mede gebaseerd op kennis uit diverse vakgebieden. Na de vaststelling van het arrangement wordt de zorgcoördinatie afgesproken. In het eerste hoofdstuk is zorgcoördinatie omschreven als: 'Alle activiteiten die gericht zijn op het activeren van burgers tot zelfredzaamheid door het afstemmen van verschillende vormen van gelijktijdige of opeenvolgende begeleiding en zorg, zodanig dat burgers uit de cliëntgroep een eenduidig en doelmatig ondersteuningsaanbod ontvangen dat aansluit bij hun behoeften en het beoogde resultaat.'¹⁶ Dat wil zeggen dat de zorgcoördinator zorgt voor breedte, continuïteit en samenhang. Een zorgcoördinator heeft hiertoe meerdere kenmerken (zie schema).

¹⁶ NB: Het is verstandig om, als je als ondernemingen gaat samenwerken, de ruimte en de beperkingen die de Mededingingswet aan een samenwerking oplegt, tijdig tot je te nemen (zie Toelichting 4).

Kenmerken van de zorgcoördinator:

- Brede blik, kennis hebben van diverse (specialistische) vakgebieden maar ook voeling houden met de belangrijkste behoeften van de burger
- In gesprek met de burger, dus uit de eerste hand zijn of haar situatie kennen en ook voor de burger keuzes en oplossingen begrijpelijk kunnen maken
- Denken en handelen vanuit vraaggerichtheid, dus bezien wat de burger zelf kan doen en welk aanbod dat vervolgens kan ondersteunen
- Met het gezag om diverse ondersteuners of begeleiders te kunnen inzetten, vanuit een eigen positie in het netwerk van aanbieders en vrijwilligers.

Afhankelijk van de inhoudelijke behoefte aan begeleiding en van de inbreng van gemeente en instellingen kan een zorgcoördinator bij verschillende organisaties worden aangesteld.

De volgende keuzes dienen zich aan:

- gemeente doet de zorgcoördinatie
- instellingen doen de zorgcoördinatie
- instellingen en vrijwilligers doen de zorgcoördinatie.

Gemeente doet de zorgcoördinatie

In of naast het Wmo-loket kunnen generalistische coördinatoren worden aangesteld die een verslag krijgen van het 'keukentafelgesprek' en het afgesproken arrangement (waarin ze eventueel zelf ook een rol hebben gespeeld) en de taak krijgen om de samenhang van begeleiding en zorg te bewaken. Deze keuze wordt door gemeenten soms gemaakt bij mensen die in beeld komen vanwege multiproblematiek, zoals in het geval van gezinscoaches of – managers bij multiprobleemgezinnen. De keuze ligt voor de hand wanneer de maatschappelijke partners wel zorg of begeleiding willen bieden maar de zorgcoördinatie niet kunnen of willen uitvoeren en de gemeente dus zelf die verantwoordelijkheid op zich moet nemen. Bij de partners is sprake van 'niet kunnen' wanneer ze geen traditie hebben van onderlinge samenwerking, wanneer ze teveel op zichzelf gericht zijn en/of niet beschikken over brede professionals die kunnen uitdenken boven de conventionele arrangementen en zorgroutes. Van de gemeente mag worden verwacht dat deze uitstijgt boven de deelbelangen en een goede koppeling kan maken tussen specialistische en reguliere voorzieningen. Dat laatste is lastig en daarom is aan deze keuze ook een risico verbonden: de gemeente heeft doorgaans weinig weet van de meer specialistische problematiek zodat de ambtelijke zorgcoördinator vaak een beroep zal moeten doen op zorgaanbieders om tot een goede behoeftebepaling en arrangement te komen. Belangrijk hierbij is immers voldoende aandacht voor enerzijds de specifieke problematiek en de daarbij behorende zorg maar anderzijds ook voor voldoende prikkels om via de begeleiding zoveel mogelijk zelfredzaam te zijn.

Instellingen doen de zorgcoördinatie

Een andere optie is om een team in te richten waarin gemeente (onder meer Wmo-loket) en instellingen (zoals het maatschappelijk werk/welzijnswerk, jeugdgezondheidszorg, GGZ en MEE) samen de binnenkomende casuïstiek beoordelen en een arrangement afspreken. Vervolgens kan bij één van de instellingen een 'brede specialist' als zorgcoördinator worden aangewezen. Deze keuze wordt doorgaans gemaakt bij burgers die primair in beeld komen vanwege hun enkelvoudige beperkingen of problematiek. Daarvoor is het vaak nodig dat de zorgcoördinatie wordt uitgevoerd door een expert, die de specifieke problematiek beheerst maar ook in staat is een bredere begeleiding te organiseren, zo nodig over meerdere levensgebieden heen.

Casemanagement dementie: Draagnet DOC-team Zuid Kennemerland

Het project Draagnet is een ondersteuningsnetwerk in Zuid Kennemerland voor thuiswonende mensen met dementie en voor hun mantelzorgers. Door een multidisciplinair team worden mensen met dementie door het hele traject integraal vanaf de diagnose gevolgd en begeleid. Een casemanager uit één van de deelnemende instellingen heeft in het Draagnet DOC-team een sterke rol als initiator van het aanbod en voor de verdere coördinatie en eventuele aanpassing van de zorgvraag. Vaak is hij al bij de diagnose betrokken. Samen met de burger en de naastbetrokkenen bespreekt de casemanager de uitslag van het dementieonderzoek en wat dit betekent voor het dagelijkse leven van zowel de burger met dementie als zijn naasten. De casemanager stelt vervolgens een behandelplan op. Hiertoe brengt de casemanager in overleg met de burger en zijn naasten de problemen in kaart en definieert de doelen die bereikt kunnen worden. Voor het halen van de doelen worden naast de burger en zijn naasten ook hulpverleners uit bijvoorbeeld thuiszorg, dagbehandeling en vrijwilligers ingeschakeld. Op basis van de problemen en te bereiken doelen stelt de casemanager een behandelplan op en bespreekt dit met het multidisciplinair overleg van het DOC-team. Het plan wordt voor akkoord teruggelegd bij de burger en zijn naasten. Gedurende het ziekteproces blijft de casemanager dicht betrokken en biedt actieve steun en begeleiding, zowel voor de burger met dementie als voor zijn naasten. Bij een veranderende hulpvraag kan de casemanager aanvullend onderzoek en een gewijzigd zorgaanbod aanvragen.

Bij zorgcoördinatie door een instelling ziet de gemeente toe op toepassing van het compensatiebeginsel (en andere principes van de Kanteling) en de balans tussen de deelnemers. Dat 'toezien' kan gebeuren door instellingen te contracteren om een team op te zetten of een team soms (bij de start) zelf voor te zetten.

Eventueel wint het team eerst advies in van een specialistische aanbieder, zo nodig met behulp van een screening of observatie. In sommige gemeenten wordt deze oplossing gekozen omdat die de flexibiliteit biedt om per geval de juiste partners bij elkaar te zetten. Ook hier is een risico: als het eerder genoemde team en de zorgcoördinator conventioneel denken zullen de gekozen arrangementen en de keuzes in de zorgcoördinatie teveel worden bepaald door de betrokken partners en uiteindelijk toch worden versmald naar hun eigen aanbod.

Instellingen en vrijwilligers doen de zorgcoördinatie

Een derde – meer vernieuwende – keuze is om ook burgers een invloedrol te geven bij het kiezen van de arrangementen en het uitvoeren van de zorgcoördinatie. Vrijwilligers (bijvoorbeeld ouderen-consulenten in wijken of dorpen) kunnen vanuit hun dagelijkse praktijk als begeleider relevante inzichten aandragen over mogelijkheden om mantelzorg of buurtvoorzieningen op te nemen in het arrangement. Deze oplossing is geschikt voor burgers met een redelijke zelfredzaamheid, die sterk kunnen profiteren van steun en voorzieningen in de buurt of sociale omgeving. Als er bij voorbeeld lokaal dagopvangvoorzieningen zijn opgebouwd kunnen de vrijwilligers aldaar ook een coördinerende taak op zich nemen om een nieuwe burger wegwijs te maken in de diverse activiteiten en tegelijkertijd – op dit onderdeel – nagaan welke bij de (nieuwe) burger passen en daarover adviseren. Deze vorm van zorgcoördinatie is vaak aanvullend op die van een instelling. Het vereist wel kenmerken van een zorgcoördinator (zie schema in het begin van dit hoofdstuk) die doorgaans alleen bij zeer ervaren vrijwilligers voorkomen.

Wie doet de zorgcoördinatie? Drie mogelijkheden en hun pro's en contra's

De gemeente

- Pro: bij vooral multiproblematiek (op meerdere leefgebieden) en wanneer instellingen die de zorgcoördinatie niet willen of kunnen doen
- Contra: bij specialistische problematiek met voor een gemeente niet te taxeren risico's.

Een instelling

- Pro: bij vooral specialistische problematiek en een instelling die een 'brede specialist' als zorgcoördinator kan inzetten
- Contra: als instellingen en zorgcoördinator te conventioneel denken en te weinig opereren vanuit de principes van de Kanteling.

Instelling en vrijwilligers

- Pro: bij burgers met redelijke zelfredzaamheid en vrijwilligers die voldoende 'aanwezig' zijn in hun omgeving
- Contra: als vrijwilligers te weinig ervaring en 'breedte' hebben.

Het zal duidelijk zijn dat de bovengenoemde keuzes elkaar niet uitsluiten en ook per cliëntgroep kunnen worden gemaakt. Op langere termijn kunnen ze in elkaar overgaan of op elkaar voortbouwen. Zo kunnen ze in een 'groeimodel' in de tijd achter elkaar worden ontwikkeld. De mogelijkheid van brede zorgarrangement en een dito zorgcoördinatie staat of valt echter met een robuust inhoudelijk en praktisch samenspel tussen de instellingen. Het geleidelijk breder inrichten van zorgarrangementen en de zorgcoördinatie is daarom afhankelijk van het tempo waarin niet alleen per burger maar ook tussen aanbieders in het algemeen een samenhang in het aanbod kan worden bereikt. Stemmen zij hun methodiek en logistiek op elkaar af? Hoe moet er worden gestuurd op deze netwerksamenwerking?

5.3 Samenwerking als opgave

Essentieel voor een goede werking van de zorgcoördinatie is medewerking van alle betrokken aanbieders. De bereidheid om hun aanbod mede te laten sturen door de aanwijzingen van de zorgcoördinator moet aanwezig zijn. Dit aanbod ligt op meerdere schaalniveaus: de buurt, de hele gemeente, de regio en soms

ook landelijk. In de komende jaren verschuift het accent (en een deel van de middelen) naar de buurt en de gemeente. Het meer specialistische aanbod zal voornamelijk op het bovengemeentelijke niveau georganiseerd blijven, maar nu meer in aansluiting op de lokale begeleiding.

Hoe is die samenwerking te bereiken?

Benaderd vanuit de decentralisatie en de transitie is het logisch dat de gemeente een sterk sturende rol neemt bij het afstemmen van het aanbod van welzijn en zorg. Veel gemeenten stellen een projectleider aan, ambtelijk en/of extern, die gesprekken organiseert met en tussen zorgaanbieders, welzijnsinstellingen en zo mogelijk ook vrijwilligers(organisaties). De inzet is om via meer samenwerking te komen tot meer afstemming tussen welzijn en zorg. In de meeste gemeenten wordt daarom ingezet op 'co-creatie': het gezamenlijk ontwerpen van nieuwe gezamenlijke werkprocessen door instellingen in opdracht van de gemeente. Vaak wordt dit vormgegeven in een samenwerkingsorgaan. Hiervoor bestaan al voorbeelden, zoals het wijk- of dorpsgerichte OGGZ-overleg, de sociale wijkteams of een gemeentebreed overleg over risicojongeren. Voorbeelden in een verder geformaliseerd stadium zijn de Centra voor Jeugd en Gezin en de Veiligheidshuizen. De cliëntgroep met multiproblemen wordt op deze manier al gedeeltelijk 'afgedekt' in de meeste gemeenten. Maar dit is niet of minder het geval voor de cliëntgroep van mensen die nog weinig in beeld zijn bij de gemeente. Weliswaar bestaat er tussen de instellingen vaak al wel samenwerking (bijvoorbeeld ketenzorg dementie of hersenletselteam/platform NAH), maar vanuit de gemeente is hiermee tot dusverre minder ervaring opgedaan. De uitdaging is om afstemming te bereiken tussen reguliere, lokale voorzieningen met specialistisch aanbod op regionaal niveau. Afhankelijk van de omvang en problematiek van de gemeente kunnen hiervoor (regionale) platforms worden gecreëerd, per cluster of per cliëntgroep. Zowel welzijnsinstellingen als zorgaanbieders nemen hieraan deel, en zo mogelijk ook vrijwilligers(organisaties). De gemeente contracteert dan de deelnemende organisaties in één opdracht, waarin ook wordt geregeld welke (gekwantificeerde) prestaties zullen worden geleverd, hoeveel capaciteit er vanuit de organisaties zal worden ingezet en hoe de zorgcoördinatie hierin past. Deze constructie laat de 'logistieke' verantwoordelijkheid duidelijk bij de organisaties maar geeft tegelijkertijd ook een duidelijk aanspreekpunt en afrekenmoment tussen gemeente en partners. Er is ook een nadeel: een min of meer geformaliseerd samenwerkingsorgaan kan na verloop van tijd een eigen protocol gaan ontwikkelen met de mogelijkheid van een nieuwe 'bureaucratie' en irritaties daarover bij de partners. Het is de kunst om de samenwerking soepel en open te houden, zodat de deelnemende organisaties steeds worden uitgedaagd daaraan bij te dragen.

Samenwerking in de bemoeizorg in de gemeente 's Hertogenbosch

Binnen de gemeente 's-Hertogenbosch bestaat al enige jaren het Centrum voor Trajecten en Bemoeizorg (CvTB), gericht op de 'bijzondere groepen' waarvoor ondersteuning en zorg nodig is maar die ook veel overlastgevend en zorgmijdend gedrag vertonen. Het CvTB bestaat uit een team van hulpverleners uit de verslavingszorg, de GGZ, het maatschappelijk werk en de maatschappelijke opvang. Dit team functioneert krachtig vanuit een eigen drive, werkwijze en locatie, en heeft zo ook een eigen identiteit opgebouwd. De gemeente heeft de maatschappelijke doelen geformuleerd en vanuit hieruit de vier partnerorganisaties in één kader gecontracteerd, waarbij de projectleiding is opgedragen aan één van de partners. Jaarlijks worden prestaties geëvalueerd en opnieuw afgesproken. De bestuurders c.q. managers van de vier partnerorganisaties vormen samen het 'Ondernemingsteam' (OT), dat zich inzet voor de doorontwikkeling van het CvTB. De vergaderingen van het OT zijn de ene keer met gemeente en de andere keer zonder gemeente. Dit om ervoor te zorgen dat de aansluiting met het gemeentelijke beleid en de opdracht gewaarborgd blijft. De instellingen zorgen voor voldoende samenhang en kwaliteit in de dienstverlening. Zo werd na een externe evaluatie in opdracht van het Ondernemingsteam besloten tot een versterking van het specifieke casemanagement voor deze burgers bij de deelnemende organisaties om het 'gat' tussen het bemoeizorgteam en de specialistische opvang, begeleiding of behandeling te dichten. De gemeente keek mee en dacht mee tijdens de evaluatie, liet de inhoudelijke keuzes over aan de organisaties, maar toetste wel of de beleidsinhoudelijke keuzes pasten binnen haar beleid.

5.4 Regievoering

Samenwerking vraagt om regie. Deze is nodig om het netwerk te ontwikkelen en de diverse instellingen daarin te positioneren. Het gaat dus niet om de inhoudelijke samenwerking op het niveau van werkprocessen, maar om het functioneren van het netwerk en de bijdrage van de instellingen daaraan.

In de praktijk manifesteert deze regie zich vooral door:

- neerleggen van een toekomstbeeld, de gewenste maatschappelijke effecten
- ondersteunen van de samenwerking, bijvoorbeeld door het subsidiëren van een projectleider of van faciliteiten (ICT, accommodatie e.d.)
- opdrachtverlening aan het samenwerkingsorgaan en de instellingen
- toetsen of keuzes en prestaties in overeenstemming zijn met het gemeentelijke beleid.

Door wie wordt deze regie nu uitgeoefend? In de praktijk dienen zich de volgende mogelijkheden aan:

- regie door de gemeente
- regie door gemeente en regio
- regie door gemeente en zorgkantoor.

Regie door de gemeente

Het ligt voor de hand dat de gemeente als verstrekker van subsidies c.q. inkoper en daarmee als opdrachtgever de regierol vervult. Dit is makkelijker gezegd dan gedaan. Regie veronderstelt een breed zicht op de specifieke groepen en de voorzieningen, een strategie om deze in een lokaal 'stelsel' te ontwikkelen en bij de gemeente ook de interne eenheid en kracht om naar de organisaties toe richtinggevend op te treden zonder daarin al te directief te worden. In het volgende hoofdstuk worden de stappen uitgewerkt die bij regievoering van belang zijn. De kracht van een gemeentelijke regie zit in een directe koppeling met het beleid, het overzicht over het hele veld van zorg, welzijn en vrijwilligers(organisaties), en vaak ook de mogelijkheid om voldoende capaciteit in te zetten. Er blijven echter structurele beperkingen kleven aan de regievoering door de gemeente: voor deze specifieke groepen heeft zij vaak maar een deel van de middelen in de hand om de regie te effectueren. De meer specialistische voorzieningen zijn regionaal georganiseerd en de leden van de specifieke groepen met complexe problemen gebruiken vaak een breed palet van zorgvormen (vaak uit de ZvW en AWBZ) waarvan de functie begeleiding maar één van de elementen is. Het is dan lastig voor de gemeente om regie te voeren op maar een deel van het totale speelveld. Ook anderen voeren regie. Het is daarom nodig de regie daarmee te delen en hierover duidelijke afspraken te maken.

Regie door gemeente en regio

Mensen met ernstige problematiek of beperkingen hebben vaak specifieke zorg nodig, die bovengemeentelijk of zelfs regionaal is georganiseerd, waarvoor regionale samenwerking in veel gevallen belangrijk kan zijn. Door de gemeenten wordt doorgaans een stuurgroep opgericht die gezamenlijke afspraken maakt met de specialistische aanbieders. Bij de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang kan de centrumgemeente daarbij optreden als 'contractgemeente' (zie ook vorige paragraaf). Zo houden gemeenten (samen) greep op het totale aanbod en de aansluiting van de begeleiding op de zorgketen. Het vereist wel dat de gemeenten goed ingespeeld raken op het ingewikkelde veld van de diverse zorgaanbieders. Als dat laatste te weinig lukt ontstaat het risico dat langs deze weg het aanbod teveel blijft georganiseerd in een eigen 'circuit' dat te weinig aansluit op de lokale voorzieningen. Daarom blijft het nodig dat de afzonderlijke gemeenten ervoor zorgen dat de beslissingen over zorgarrangementen en zorgcoördinatie zoveel mogelijk inspelen op de lokale situatie en voorzieningen (zie hierboven). Daartoe moeten de opdrachten en contracten aan de aanbieders op regionaal en lokaal niveau op elkaar aansluiten en naar elkaar verwijzen. De gemeente kan hierbij het overzicht bewaken. Daarbij dienen aanbieders rekening te houden met de Mededingingswet (zie Toelichting 4).

Regie door gemeente en zorgkantoor/zorgverzekeraar

Zeker bij specifieke groepen waar een belangrijk deel van de zorg en voorzieningen naast de Wmo o.a. ook nog vanuit de AWBZ geleverd zal worden is het wenselijk dat gemeente en zorgkantoor (of de regionaal belangrijkste zorgverzekeraar) samen optrekken. In een gezamenlijke regie kunnen ze toewerken naar een

situatie waarin ZvW-, AWBZ- en Wmo- voorzieningen als één samenhangend pakket functioneren voor de cliëntgroepen. Deze vorm van gezamenlijke regie is relevant voor verschillende specifieke groepen, waaronder mensen met een zintuiglijke handicap, mensen met meervoudige complexe handicaps, mensen met een ernstig psychiatrische aandoening, maar ook bijvoorbeeld de verslavingszorg. Vanwege het verschil in taken tussen gemeente en zorgkantoor/zorgverzekeraar vraagt deze samenwerking van beide kanten een grondige kennismaking. Van een zorgverzekeraar vraagt het de bereidheid om zich meer te gaan oriënteren op regionale en lokale situaties. Daarom heeft dit type gezamenlijke regievoering tijd nodig om tot wasdom te komen.

Wie doet de regie? Drie mogelijkheden en hun pro's en contra's

De gemeente

- Pro: als directe koppeling met beleid nodig is, de gemeente overzicht heeft over welzijn en zorg en (veel) capaciteit kan inzetten
- Contra: bij specialistische problematiek met veel zorgaanbod uit ZvW en AWBZ, en bij bovenlokaal opererende instellingen.

Gemeente en regio

- Pro: als gemeente(n) zicht en greep hebben op het hele veld van zorg, welzijn en vrijwilligers(organisaties)
- Contra: als dat ontbreekt en het risico te groot wordt dat het specialistische zorgaanbod teveel een eigen circuit blijft, los van welzijn en vrijwilligers

Gemeente en zorgkantoor/zorgverzekeraar

- Pro: als er een grote noodzaak is om voorzieningen en aanbod vanuit Wmo, ZvW en AWBZ stevig op elkaar af te stemmen en de gemeente daar weinig zicht op heeft
- Contra: als zorgkantoor/zorgverzekeraar geen regionale/lokale oriëntatie heeft of wil opbrengen (kost vaak tijd).

6. Hoe gaan we dat doen? Zes opgaven

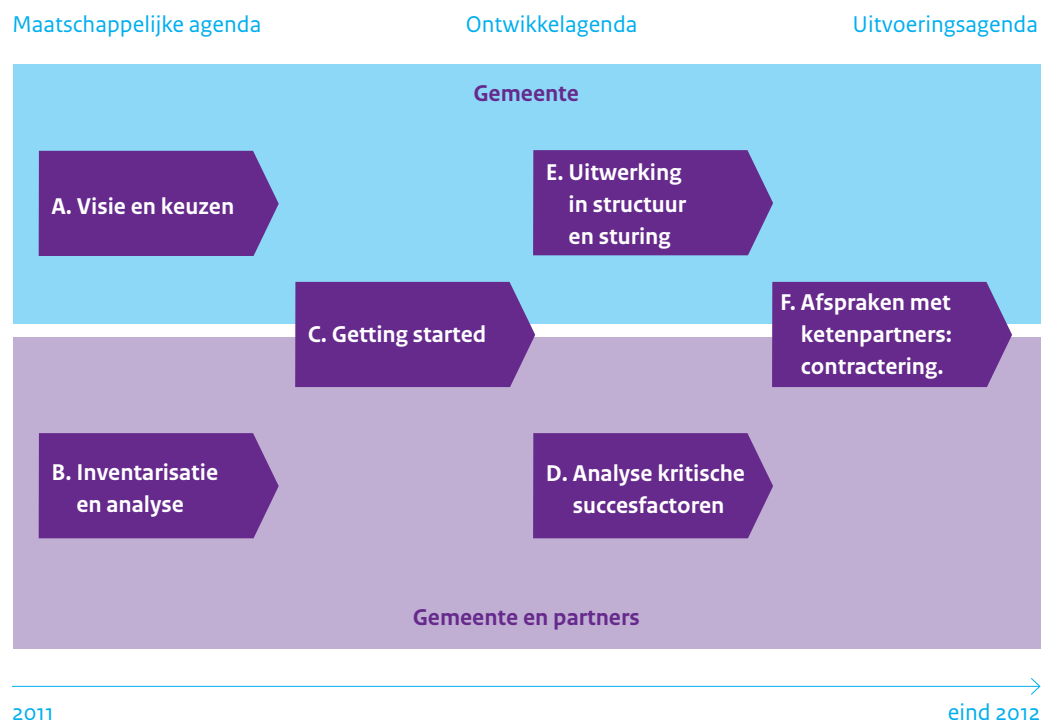
Veel gemeenten zijn al enige tijd geleden begonnen met voorbereidingen op het zelf organiseren van de extramurale begeleiding. Daarbij is ook aandacht voor de specifieke groepen. Voor die gemeenten is deze handreiking bedoeld als een bezinning op de lopende aanpak, voor de overige gemeenten als een wegwijzer. De invulling van de gemeentelijke aanpak hangt samen met de lokale samenstelling van de specifieke groepen van de begeleiding, het aanbod van voorzieningen en de al op gang gekomen samenwerking. Zoals beschreven in het vorige hoofdstuk heeft de gemeente vaak al een rol gekozen en heeft zij al stappen gezet. Dit hoofdstuk geeft een stappenschema waarmee de gemeente zijn eigen aanpak kan toetsen en verder invullen. Dit stappenschema is een verdieping van het stappenplan dat het Transitiebureau heeft uitgebracht ter voorbereiding op de decentralisatie van de begeleiding.¹⁷

¹⁷ Zie voor de bredere stappen binnen de decentralisatie begeleiding Toelichting 1 na de hoofdstekst en op www.invoeringwmo.nl.

In beginsel zijn er voor de gemeenten zes (parallele) opgaven:

- A. Visie en keuzen
- B. Inventarisatie en analyse
- C. Getting started
- D. Analyse kritische succesfactoren
- E. Uitwerking in structuur en sturing
- F. Afspraken met ketenpartners: contractering.

Figuur 5. Overzicht stappenplan



In dit hoofdstuk wordt per opgave geschetst hoe de gemeente het veranderingsprogramma kan doorlopen. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt tussen twee typen opgaven:

- waar de gemeente initiator en facilitator is
- waarbij gemeenten en partners samen aan de slag gaan, en waarbij de gemeente onderdelen van stappen kan beleggen bij het netwerk.

6.1 Visie en keuzen

Een eerste opgave voor de gemeente is om de complexiteit van de verandering in beeld te krijgen en daarin een lijn te kiezen. Dit vraagt een visie op de gewenste maatschappelijke effecten, een notie van de specifieke groepen van de extramurale begeleiding en zicht op de manier waarop de beoogde verandering tot stand moet worden gebracht. Dit moet de gemeente als verantwoordelijke overheid eerst voor zichzelf bepalen.

Er moeten keuzes worden gemaakt aan de hand van de volgende vragen:

- 1 Welke specifieke groepen gaan we zelf actief signaleren, welke via de gespecialiseerde instellingen (althans voorlopig)? Met een onderscheid tussen bestaande en nieuwe gevallen?
- 2 Zijn er over de afstemming tussen de extramurale begeleiding en een breder zorgpakket en de rol van zorgcoördinatie afspraken mogelijk met het zorgkantoor en de zorgverzekeraar? Voor welke cliëntgroepen?
- 3 Welke rol heeft de regionale gemeentelijke samenwerking voor de zorgcoördinatie?
- 4 Welke netwerken laat de gemeente onveranderd (bijvoorbeeld dementieketen) en bij welke specifieke groepen moeten de lokale netwerken (b.v. sociale wijkteams) een zwaardere rol krijgen bij signalering en zorgcoördinatie? En welk onderscheid bestaande/nieuwe gevallen?
- 5 Hoe zijn de bovenstaande punten in een stappenplan neer te leggen? Op welke momenten worden de instellingen daarbij betrokken? Welke rol ligt hierbij voor bestuurders? Hoe dit binnen de gemeente te organiseren?

Bepalen van de veranderingsstrategie in de gemeente Eindhoven

De gemeente Eindhoven heeft met het 'Stedelijk Kompas' een goede ervaring opgedaan met het ontwikkelen van een aanpak voor zorgmijders en de vrouwenopvang. Hierbij is geleerd dat het goed werkt als de gemeente de verantwoordelijkheid voor de behandelplannen bij de instellingen laat en zelf aandacht besteedt aan het stimuleren van het proces van samenwerking én aan de ondersteunende logistiek (één systeem voor compacte informatie-uitwisseling; opzetten van gezamenlijk kwaliteits-/productenboek; toewerken naar een helder werkproces voor de zorgketen, later zo mogelijk ook voor vrijwilligers). Via deze prikkels blijken instellingen hun zorgcoördinatie boven hun eigen organisatie(belang) te gaan uitoefenen, waarmee de burger meer centraal komt te staan en zijn of haar gedrag ook meer verandert.

Dit principe van 'co-creatie' wordt nu ook weer toegepast op het ontwikkelen van een gezamenlijke 'taal' tussen instellingen voor de overige specifieke groepen voor de functie begeleiding. Er is bij de instellingen gepeild in hoeverre zij geïnteresseerd en bereid zijn om aan deze samenwerking deel te nemen. Tegelijkertijd zoekt de gemeente naar mogelijkheden voor afstemming op de andere financieringsstromen (AWBZ en ZvW) en samenwerking met de zorgverzekeraars en het CIZ. De gemeente werkt zo toe naar een kaderstelling: 'de muren van het huis moeten staan, maar de partners moeten het invullen'. Belangrijk daarbij is aan te geven wat de gemeente wel en niet doet, zodat het voor de partners duidelijk is wat de kaders zijn voor hun activiteiten en initiatieven.

6.2 Inventarisatie en analyse

Een goed ontwerp en sluitende afspraken moeten gebaseerd zijn op inzicht in de feitelijke situatie van de specifieke groepen en hun behoeften, en van de voorzieningen en het gebruik daarvan. Om dit te doen kan een werkgroep worden ingericht met vertegenwoordigers van de gemeente en instellingen. Dit kan onderdeel zijn van een bredere analyse die de gemeente maakt met het oog op de decentralisatie begeleiding, waarbij signalering en zorgcoördinatie wordt meegenomen¹⁸.

¹⁸ Zie toelichting 3 aan het eind van deze handreiking voor een overzicht van inventarisatie- en analysestappen

Inventarisatie en analyse in de regio Haaglanden

De gemeente Den Haag heeft samen met de omliggende gemeenten een inventarisatie gemaakt van de specifieke groepen die nu (extramurale) begeleiding ontvangen uit de AWBZ. Dit betrof de aard en omvang van zowel de cliëntgroep(en) als het aanbod in Den Haag. Ook werd nagegaan hoe de processen verlopen, van vraag tot aanbod en hoe het aanbod wordt georganiseerd, onder andere de coördinatie en/of het casemanagement. Op basis van die informatie is de gemeente in gesprek gegaan met aanbieders en cliëntvertegenwoordigers over hoe de transformatie naar de Wmo-visie van de gemeente te realiseren. Tegen deze algemene achtergrond en gesprekken gaat de gemeente ook voor de korte termijn na welke concrete verbeteringen mogelijk zijn aangaande zaken als vervoer, inkoop en ICT. Dit vanuit het uitgangspunt dat een volledige transformatie nog niet kan maar dat wel de continuïteit van de zorg geborgd moet worden.

De gegevens waar de werkgroep zich over moet buigen zijn als volgt:

- Specifieke groepen binnen de gemeente analyseren naar problematiek, omvang en zorgzwaarte, om op deze manier de risico's in beeld te krijgen binnen een dekkend overzicht. Daarbij worden de huidige gevallen en de instroom onderscheiden
- De bestaande voorzieningen m.b.t. de functie begeleiding in kaart brengen
- De huidige inrichting van signalering en zorgcoördinatie (met name door instellingen) in de vorm van (logistieke) werkprocessen
 - Mogelijkheden voor bundeling daarvan en de rol van informatiesystemen onderzoeken
 - Mogelijkheden voor verbetering van effectiviteit en efficiency bij signalering identificeren.

De verschillen tussen gemeenten zijn aanzienlijk en daarmee ook de uitkomst van de gegevensverzameling en probleemanalyse. Deze specifieke situaties van gemeenten kunnen bepalend zijn voor de aanpak en de gemeentelijke samenwerking (zie tekstkader).

Behoeftte en aanbod van voorzieningen binnen de gemeentegrenzen.

Stad en platteland

In stedelijke gemeentes zijn er doorgaans meer voorzieningen en kan de (doorgaans grotere) gemeente meer direct 'zaken doen' met de maatschappelijke partners en aanbieders als GGZ, MEE of RIBW. Tegelijkertijd is het aanbod van vrijwilligers vaak minder dan in landelijke gebieden en gaat het er primair om een goede relatie te creëren tussen voorzieningen en vrijwilligers. Zijn bijvoorbeeld winkeliers bereid om apart aan te leveren aan een buurthuis of een verzorgingstehuis en daarbij ook vrijwilligers uit de specifieke groepen in te schakelen ('voor wat hoort wat')? In plattelandsgemeenten speelt veel meer het ontbreken van voorzieningen in de (kleinere) dorpen en de uitdaging om via bewoners en vrijwilligers deze toch nog in stand te houden, zoals in een kleine supermarkt waarin licht verstandelijk gehandicapten meewerken.

Ongelijke verdeling van voorzieningen

Vanwege de historische situatie kunnen op het grondgebied van een (centrum)gemeente veel regionale of zelfs bovenregionale voorzieningen zijn gevestigd. Het kan gaan om specialistisch aanbod (bijvoorbeeld GGZ-locatie) maar ook om dagopvangvoorzieningen (bijvoorbeeld zorgboerderij). Buurtgemeenten zijn afhankelijk van dit bovenlokale aanbod van de (centrum)gemeente. Andersom kan een gemeente op haar grondgebied juist ook heel weinig voorzieningen hebben en dus afhankelijk zijn van het aanbod elders. In deze situaties is het nodig om op regionaal niveau het netwerk van partners zodanig in te richten dat deze bestaande voorzieningen worden gedeeld en zoveel mogelijk worden 'aangesloten' op de algemene, reguliere structuur van de (vaak) gemeente specifieke welzijns- en dagopvangvoorzieningen.

6.3 Getting started: samen werkvisie en plan maken

De gemeente is afhankelijk van instellingen en vrijwilligers om haar doelen te bereiken. De eerste gezamenlijke stap is daarom om een samen gedragen werkvisie te ontwikkelen, een kijk op de toekomstige manier van werken. De gemeente kan dit in samenhang oppakken met (al bestaande of nieuwe) Wmo-nota's en overkoepelende plannen op het gebied van de huidige decentralisaties. Dit vraagt één of meerdere startbijeenkomsten in workshopvorm met de instellingen om samen plannen op te stellen. Ook het maatschappelijk middenveld en burgers worden hierbij betrokken: wat zijn hun ervaringen en opvattingen, hoe zien zij de toekomstige manier van werken?

De genoemde werkvisie kan worden ontwikkeld aan de hand van de volgende vragen:

Ten aanzien van specifieke groepen:

- Aan welke ondersteuningsvragen van deze groepen moet beter tegemoet worden gekomen?
- Welk ondersteuningsaanbod moeten we behouden en welk aanbod verbeteren?
- Hoe borgen we een goede informatievoorziening en het verzamelen van kennis over specifieke groepen?
- Hoe leggen we per groep de aansluiting tussen specialistische zorg en brede begeleiding?
- Hoe zien signalering en zorgcoördinatie er dan idealiter uit?

Ten aanzien van de effecten van betere signalering:

- Hoe organiseren we de principes van eigen kracht, vermaatschappelijking, maar ook de preventieve effecten en de winst van 'op tijd erbij zijn'.
- Hoe bereiken we bewustwording en betere waarneming van de behoefte aan begeleiding bij (m.n. specialistische) professionals (het objectiveren van 'niet pluis'-gevoelens).
- Wat is de zorgvraag bij de diverse groepen (kwantiteit en kwaliteit), hoe past begeleiding daarbij en hoe manifesteert die vraag zich in de huidige en toekomstige signalering?

Welke effecten willen we bereiken door een betere zorgcoördinatie?

- koppeling van (generiek) welzijn en (specialistische) zorg
- versnelling van doorlooptijden, terugdringen van wachttijden
- één aanpak bij complexe casuïstiek, beslissen over een samenhangend traject
- trajectbewaking, m.n. op kritische momenten (b.v. bij terugval)
- verminderen van administratieve lasten en overhead.

Deze bijeenkomst eindigt met het samen uitstippelen van een route voor de te zetten stappen in de tijd. Daarbij kan de bijeenkomst worden benut voor feedback naar bestuur en management. De gemeente kan ervoor kiezen om meerdere bijeenkomsten te organiseren met verschillende gremia en over verschillende onderwerpen, om geleidelijk in dialoog de visie en route uit te werken.

Bepalen van de gezamenlijke visie in de gemeente Peel en Maas

In het verlengde van een jarenlange samenwerking met alle bij de functie begeleiding betrokken partijen heeft de gemeente Peel en Maas samen met deze partijen en het zorgkantoor een toekomstvisie opgesteld. Deze heeft gevolgen voor signalering en zorgcoördinatie. De gemeente heeft er voor gekozen om aan te sluiten bij bestaande kanalen en om bestaande infrastructuur verder te ontwikkelen. Er wordt al jarenlang toegewerkt naar een 'ombouw' van het welzijnswerk en aansluitende voorzieningen naar een systeem van dagopvangvoorzieningen op drie niveaus: binnen de dorpen (opgezet en 'gerund' door de lokale gemeenschap), opgezet door maatschappelijk ondernemers (bijvoorbeeld zorgboerderijen) en binnen de AWBZ (voor bewoners met een zwaardere zorgvraag). Op langere termijn moeten deze dagvoorzieningen als collectief aanbod een belangrijk deel van de individuele ondersteuningsvragen dekken en daarmee ook een efficiëntere inzet van de financiën mogelijk maken. Uitgaande van deze strategie raadpleegt de gemeente (en het zorgkantoor als partner) periodiek de partners – inclusief de bewoners en de vrijwilligers in de dorpen als cruciale 'dragende partij' van de lokale dagvoorzieningen.

Maar hoe zorg je dat individuele behoeften van burgers ook aansluiting krijgen bij de dagvoorzieningen? Mensen in een kwetsbare positie krijgen in Peel en Maas een individueel arrangement. Dagvoorzieningen kunnen daarbij worden ingezet als collectieve voorzieningen. De individuele begeleiding is als onderdeel van het arrangement gericht op het versterken van de eigen regie en kracht op basis van de mogelijkheden en de talenten. Dit wordt nu door een extern bureau in beeld gebracht door een grondige analyse van het verloop van vier complexe 'huidige AWBZ-casussen' om na te kunnen gaan hoe het nu gaat en anders zou kunnen verlopen. De inzet is om het aantal overdrachten van burgers tussen aanbieders terug te dringen en zoveel mogelijk de dagvoorzieningen als stabiele basis te gebruiken.

6.4 Vaststelling van de beoogde effecten

Om de gewenste maatschappelijke effecten te realiseren, moet de beoogde effecten van signalering en zorgcoördinatie bij extramuraal begeleiding worden bereikt. De werkvisie moet hieraan worden getoetst. Dit kan als opdracht worden belegd bij dezelfde werkgroep van gemeente en partners of bij een aanvullende werkgroep. Deze maakt aan de hand van de beoogde effecten een haalbaarheidsstudie. De beoogde effecten zijn per cliëntgroep, maar ook algemeen aan te geven.

Beoogde effecten van signalering kunnen zijn:

- een effectieve benutting van specialistische kennis 'vooraan', bij de eerste signalering
- het inzetten of oprichten van netwerken van vindplaatsen (in plaats van het kiezen voor alleen één loket of aanspreekpunt)
- vanuit de gemeente een relatie leggen met ketenpartners op aanpalende terreinen (zoals schuldhulpverlening, wonen et cetera) om signalering 'zo normaal mogelijk' te laten plaatsvinden
- in het signaleringsinstrumentarium een balans borgen tussen breed-generiek en specialistisch-specifiek
- goed benutten van de signaleringsfase om een adequaat begeleidingsaanbod te formuleren (onder andere het helder houden van verwachtingen, gebruik van eigen kracht, et cetera)
- inrichting en ophanging signalering als functie in het grotere verband van de Wmo.

Beoogde effecten van zorgcoördinatie kunnen zijn:

- een goed samenspel tussen signalering, toegang/toeleiding, inkoop en zorgcoördinatie
- een heldere afbakening van verantwoordelijkheden tussen gemeente en aanbieders (overdracht, kwaliteitsborging, aansprakelijkheid, monitoring)
- het inbouwen van een prikkel voor doelmatigheidsverbetering in de zorgcoördinatie (ofwel vermijden van negatieve effecten van open eind-financiering) door de uitgaven periodiek te monitoren op basis van het aantal toegekende arrangementen

- het ontwikkelen en aansturen van voldoende brede casemanagers (binnen of buiten de gemeente), die in staat zijn (en worden gesteld) om over de grenzen van verschillende specifieke groepen heen daadwerkelijk coördinatie tot stand te brengen.

6.5 Uitwerking in structuur en sturing

Het ontwerp van de uiteindelijke nieuwe structuur en de beoogde sturing door de gemeente, hangt samen met verschillende factoren:

- de gemeentelijke visie op de gewenste maatschappelijke effecten
- de samenstelling en prioritering van specifieke cliëntgroepen
- samenstelling van een wijk en activiteiten van bewonersorganisaties
- in relatie tot compensatieplicht
- samenhang (gemeentelijke) domeinen en inzet op integrale zorg (zorg-leefplannen)
- horizontale verantwoording over wat gemeenten inkopen voor hun burgers.

Voor het ontwerp van de nieuwe structuur brengt de gemeente alle analyses bijeen en benoemt wat wordt voortgezet en wat anders wordt ingericht. In deze stap wordt een gefaseerde aanpak over de komende jaren uitgewerkt. In het vorige hoofdstuk zijn de relevante onderdelen van de structuur en sturing beschreven. De zorgcoördinatie kan worden belegd bij de gemeente, de instellingen of de instellingen en vrijwilligers (paragraaf 5.2). De regievoering berust bij de gemeente, de gemeente en de regio, of de gemeente en het zorgkantoor/de zorgverzekeraar (paragraaf 5.3).

Belangrijk is om flexibel en oplossingsgericht om te gaan met de genoemde keuzes. In de loop van de tijd kunnen die ook veranderen. Als bijvoorbeeld de instellingen niet erg samenwerkingsgericht zijn en het laten afweten bij het realiseren van logistieke integratie en zorgcoördinatie kan de gemeente er voor kiezen om eerst zelf het voortouw te nemen. Dit kan door een 'kwartiermaker' aan te stellen die de zorgcoördinatoren (desnoods ook door de gemeente aangesteld) gaat aansturen. Na verloop van tijd kunnen deze taken (en functies) worden overgedragen aan de partnerorganisaties als hun samenwerking meer van de grond is gekomen.

Uitwerking in structuur en sturing in de gemeente Boxtel

De gemeente Boxtel heeft er voor gekozen om regie en sturing stevig in eigen hand te houden en ook in het primaire proces een sterke rol te nemen. Voor de 'keukentafel'-gesprekken en in het Wmo-loket zijn volgens de gemeente professionals nodig op Hbo-niveau, dus brede generalisten. Omdat die breedte bij de aanbieders niet aanwezig is kiest de gemeente er voor om de generalisten zelf in dienst te nemen. Deze hebben dan ook de taak om voeling te houden met de buurtverenigingen, die op langere termijn ook als signaleringskanalen kunnen gaan functioneren. Deze kunnen ook taken van een sociaal netwerk op zich gaan nemen, bij voorbeeld het regelen van vervoer naar een ziekenhuis of ziekenbezoek. De gemeente wil deze relatie kunnen leggen en daarom heeft ze ook de voorkeur voor het (zelf aanstellen van) generalisten die ook vanuit de buurten kunnen denken en werken. Juist in een dorp of kleinere stad is bij deze verbinding veel winst te behalen.

6.6 Afspraken met ketenpartners en contractering

De lokale invulling van de rol van opdrachtgever (subsidieverstrekking of inkoop) die de gemeente kiest, hangt af van keuzes die in de hierboven genoemde stappen zijn gemaakt.

De invulling van deze stap wordt in deze handreiking niet verder uitgewerkt maar kan mede plaatsvinden met behulp van de handreiking opdrachtgeverschap (februari 2012).

Convenant met zorgverzekeraar Menzis in gemeente Arnhem

In december 2011 hebben gemeente Arnhem en zorgverzekeraar Menzis een convenant getekend waarbij een samenwerkingsverband is overeengekomen op het gebied van gezondheid en ondersteuning. De gezamenlijke missie is om bewoners van Arnhem te faciliteren bij de beweging naar zelfredzaamheid, gezondheid en maatschappelijke participatie met een zo effectief mogelijke inzet van middelen. Onderdeel van het programma is onder meer één loket voor alle voorzieningen uit WWB, Wmo, AWBZ en Zvw. Daarnaast wordt een lokaal gezondheidsbeleid opgezet en wordt de samenwerking gezocht op het gebied van de GGZ en verslavingszorg. De intentie van de samenwerking tussen Arnhem en Menzis is het inspelen op de toenemende zorgvragen. De burger kan zelf bepalen waar hij of zij voor het eerst aanlandt. Bij die instantie moet zo nodig direct het vervolg worden georganiseerd door het inzetten van een 'sociale huisarts'. Deze sociale huisarts moet alle levensdomeinen in samenhang bezien en zo de afzonderlijke hulp- en zorgvragen terugdringen.

Toelichting 1: Decentralisatie begeleiding

Uitbreiding Wmo-compensatieplicht

De decentralisatie van de begeleiding heeft als doelstelling dat burgers meer eigen verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen situatie en dat er meer maatwerk geleverd gaat worden. Dit betekent dat de Wmo-compensatieplicht wordt uitgebreid.

Sinds de invoering van de Wmo was de gemeente al verantwoordelijk voor het bieden van ondersteuning, zodanig dat:

- De burger een huishouden kan voeren
 - door hulp bij het huishouden.
- De burger zich in en om de woning kan verplaatsen
 - in een rolstoel
 - door middel van aanpassing in de woning, zoals een traplift.
- De burger zich lokaal kan verplaatsen
 - Met een vervoersmiddel in de regio, zoals een taxibus of scootmobiel.
- De burger kan deelnemen aan het maatschappelijk verkeer en sociale verbanden aangaan
 - door welzijnsactiviteiten
 - door maaltijdverzorging
 - door gemeenschappelijke dagbesteding.

Per 1 januari 2013 wordt de compensatieplicht uitgebreid, opdat de gemeente de burger ondersteuning biedt zodat:

- De burger dagelijkse levensverrichtingen kan uitvoeren en het persoonlijk leven structureert en daarover regie voert met behulp van begeleiding.

De functie begeleiding

Het doel van de functie begeleiding is het bevorderen, het behoud of het compenseren van zelfredzaamheid van burgers met een beperking. Begeleiding kan extramuraal en intramuraal verstrekt worden. Alleen de extramurale begeleiding gaat over naar de gemeenten. Begeleiding die wordt gegeven aan mensen die intramuraal in een instelling verblijven blijft in de AWBZ. Dit geldt ook voor de begeleiding die wordt gegeven aan zogeheten verblijfsgeïndiceerden die extramuraal wonen. Bij extramurale begeleiding gaat het o.a. ook om palliatieve zorg en aanvullende begeleiding in het onderwijs. Naast de extramurale begeleiding gaat ook kortdurend verblijf en vervoer van en naar de dagbesteding over naar gemeenten.

Activiteiten functie begeleiding AWBZ

Binnen de functie extramurale begeleiding wordt onderscheid gemaakt tussen individuele begeleiding en begeleiding in groepsverband. Onder de functie extramurale begeleiding vallen straks binnen de Wmo de volgende activiteiten:

Individuele begeleiding

- Compenseren van het regelvermogen door:
 - Het helpen plannen van activiteiten
 - Regelen van dagelijkse zaken
 - Structureren van de dag
 - Nemen van besluiten
 - Stimuleren en voorbereiden van gesprekken met instanties
- Praktische hulp bij handelingen zelfredzaamheid
 - Oefenen met de administratie
 - Beheren van geld
 - Oefenen met het openbaar vervoer
 - Oefenen met vaardigheden
 - Oprapen van dagelijkse zaken
 - Hulp bij contact in sociale omgeving
 - Hulp bij communicatie.
- Overnemen van toezicht
 - Aansturen van gedrag thuis of elders
 - Toezicht gericht op het bieden van fysieke zorg, zodat tijdig kan worden ingegrepen bij bijvoorbeeld valgevaar
- Het helpen van de mantelzorger bij het omgaan met de beperking.
 - Oefenen met vaardigheden zoals bijvoorbeeld het stimuleren van wenselijk gedrag of inslijpen van gedrag

Begeleiding in groepsverband

- Dagprogramma dat school en/of werk vervangt
- Dagopvang om vaardigheden te behouden en gedragsproblematiek te reguleren.

In Toelichting 2 worden partijen genoemd die nu in de functie begeleiding betrokken zijn.

Decentralisatie begeleiding

De functie extramurale begeleiding gaat over van de AWBZ naar de Wmo. Dit betekent dat gemeenten vanaf 2013 verantwoordelijk worden voor de nieuwe aanvragers en vanaf 2014 worden gemeenten verantwoordelijk voor alle burgers die op dit moment extramurale begeleiding ontvangen in de AWBZ. De decentralisatie van extramurale begeleiding geldt ook voor het vervoer en voor de groep licht verstandelijk gehandicapten (LVG) jongeren en voor kinderen met Jeugd-GGZ-zorg (vanaf 2013). Als er sprake is van een verblijfsindicatie (ZZP of VPT) dan blijft de begeleiding vanuit de AWBZ geregeld.

De decentralisatie van begeleiding naar de Wmo biedt kansen om op lokaal niveau deze ondersteuning bij zelfredzaamheid en participatie dichterbij de burger te organiseren. Gemeenten zijn in staat de eigen kracht en mogelijkheden van burgers en hun sociale netwerk aan te spreken en maatwerk in de directe omgeving te realiseren. Ook kunnen zij verbindingen leggen met andere Wmo-voorzieningen en andere gemeentelijke domeinen, zoals re-integratie, de bijstand of het woonbeleid. Zo wordt de begeleiding meer doelmatig en meer effectief georganiseerd.

Relatie tot zorgcoördinatie en signalering

Om begeleiding meer doelmatig en effectief te organiseren, vraagt dit meer van zorgcoördinatie en signalering:

- De gemeente staat dichterbij de burger en kan problematiek eerder signaleren en daardoor sneller (preventief) handelen. Vroegtijdige signalering van problematiek is vereist om eigen kracht te kunnen versterken en te voorkomen dat de eigen kracht afneemt.
- Door de huidige decentralisaties is de gemeente in staat een meer integraal beleid te voeren ten aanzien van de specifieke groepen van begeleiding, die vaak met problematiek op meerdere levensdomeinen kampen. Door zorg te coördineren kan samenhang rondom de burger op lokaal niveau of in de wijk worden geborgd.

Beknopt schema decentralisatie extramurale begeleiding

Wettelijk tijdpad	Korte omschrijving decentralisatie van AWBZ naar Wmo	De Wmo geeft de gemeente de regie
Vanaf 1 januari 2013	Nieuwe burgers met een extramurale begeleidingsbehoefte kunnen een beroep doen op de Wmo.	Voor inwoners die voor het eerst extramurale begeleiding nodig hebben geldt de Wmo. Aanbieders die aan deze burgers extramurale begeleidings-(activiteiten) willen bieden, dienen contractafspraken te hebben met gemeenten voor de financiering daarvan. De voorwaarden en de bepalingen van het lokale Wmo-beleid zijn van kracht.
In het jaar 2013	Huidige burgers waarvan de bestaande AWBZ-extramurale begeleiding in 2013 wijzigt kunnen een beroep doen op de Wmo.	Inwoners waarvan de extramurale begeleiding op grond van de AWBZ in 2013 afloopt/verandert, kunnen eveneens een beroep doen op de Wmo. Aanbieders die hen extramurale begeleidings-(activiteiten) boden en dat willen blijven doen, dienen contractafspraken te hebben met gemeenten voor de financiering daarvan. Het gaat om de gemeenten waar deze burgers woonachtig zijn. De voorwaarden en de bepalingen van het lokale Wmo-beleid zijn van kracht.
Vanaf 1 januari 2014	Huidige burgers waarvan de bestaande AWBZ-extramurale begeleiding in 2014 en verder doorloopt kunnen een beroep doen op de Wmo.	Voor alle inwoners die extramurale begeleiding ontvangen op grond van de AWBZ, geldt dat vanaf 2014 een beroep gedaan kan worden op de Wmo. De aanbieders die deze extramurale begeleidings(activiteiten) boden en dat willen blijven doen, dienen contractafspraken te hebben met gemeenten voor de financiering daarvan. Het gaat om de gemeenten waar de burgers woonachtig zijn. De voorwaarden en de bepalingen van het lokale Wmo-beleid worden dan van kracht.

Zie voor het uitgebreide stappenplan www.invoeringwmo.nl/begeleiding.

Handreikingen

De overige handreikingen zijn te vinden op www.invoeringwmo.nl/begeleiding/handreikingen

Toelichting 2: Huidige cliëntgroepen en spelers

19 Een beperking wordt hierbij gedefinieerd volgens de International Classification of Functioning Disability and Health (ICFDH) als iedere vermindering of afwezigheid van de mogelijkheid een voor de mens normale activiteit zowel wat betreft de wijze als de reikwijdte van de uitvoering – ofwel het onvermogen om een activiteit normaal te verrichten. Bij een lichamelijke functiebeperking volgt dit uit een lichamelijke aandoening. Bij een verstandelijke functiebeperking volgt dit uit een verstandelijke aandoening. Bij een somatische beperking is geen lichamelijke oorzaak voor de beperking achterhaald. Beperkingen kunnen zowel aangeboren zijn, als voortkomen uit een ontwikkelingsachterstand als niet aangeboren (op latere leeftijd opgetreden door lichamelijke letsel of hersenletsel).

20 Voor een gedetailleerd overzicht van cliëntgroepen, zie de handreiking 'Cliëntgroepen extramurale AWBZ-begeleiding'

21 Deze opsomming is niet uitputtend, mogelijk zijn er ook nog andere (typen) organisaties betrokken bij begeleiding.

Groepen functie begeleiding

De aard van beperking¹⁹ van mensen die nu gebruik maken van de functie begeleiding in de AWBZ lopen sterk uiteen, met verschillende kenmerken en ondersteuningsvragen.

De volgende cliëntgroepen²⁰ maken op dit moment gebruik van de functie begeleiding:

- 1 Ouderen met somatische of psychogeriatrische problematiek
- 2 Volwassenen met psychiatrische problematiek
- 3 Kinderen en volwassenen met een verstandelijke beperking
- 4 Kinderen en volwassenen met een auditieve of visuele beperking
- 5 Kinderen en volwassenen met een lichamelijke beperking of chronische ziekte
- 6 Jongeren met psychiatrische problematiek in combinatie met opvoeden en opgroei problemen
- 7 Palliatief terminale zorg
- 8 Multiprobleemgezinnen.

Spelers functie begeleiding

Bij de functie begeleiding zijn nu onder andere²¹ de volgende spelers betrokken:

Gespecialiseerde aanbieders van de functie begeleiding

- Thuiszorgorganisaties (onderdeel thuisbegeleiding)
- Regionale Instellingen voor begeleid wonen (RIBW)
- Instellingen voor begeleid zelfstandig wonen
- Woonbegeleiding
- Instellingen voor dagbesteding (Dagcentra (DC)) en dagactiviteitencentra (DAC)
- Dagactiviteiten en inloop voor GGZ (DAC) bij GGZ-instellingen
- Activerende psychiatrische thuiszorg
- Fokus-woonprojecten (Fokus woningen met ADL-assistentie)
- Praktische pedagogische huishulp en gezinsondersteuning (PPG)
- Buitenschoolse opvang voor kinderen met een beperking
- Zaterdagopvang voor kinderen met een beperking
- Medische kinderdagverblijven en kinderdagcentra (KDC)
- Orthopedagogische expertise en Orthopedagogische behandelcentra (OBC's)
- Verslavingszorg en begeleiding bij rehabilitatietrajecten verslaafden
- Begeleiding tijdens speciaal onderwijs
- Thuisbegeleiding
- Sport voor verstandelijk beperkten
- Vakantieactiviteiten voor verstandelijk beperkten
- Belevens- en uitgaanscentrum
- Zorgboerderijen
- Logeerhuizen
- Inloophuizen
- Ontmoetingsgroepen
- Centra voor palliatieve zorg en hospices, palliatieve thuiszorg.

Betrokken partijen bij de begeleiding

- CIZ-zorgkantoren
- Bureau Jeugdzorg
- Zorgverzekeraars
- CJG
- GGD
- MEE
- Welzijnsinstellingen
- Vrijwilligersorganisaties
- Mantelzorg
- PGO-organisaties, belangenverenigingen, ouderverenigingen, lotgenotenorganisaties
- Huisarts
- Ziekenhuizen
- Revalidatiezorg
- Vervoerders
- Landelijke programma's zoals het Nationaal programma ouderenzorg (NPO) en het Landelijk dementie programma (LDP).

Partijen actief op aanpalende terreinen met verbindingen met de functie begeleiding

Verbindingen met het oog op integrale zorg en ondersteuning

- Intramurale zorg
- Re-integratie
- Bijstand
- SW-bedrijven
- Wonen
- Woningbouwcorporaties
- Onderwijs
- Speciaal onderwijs instellingen
- Scholen voor voortgezet speciaal onderwijs
- Scholen voor speciaal basisonderwijs
- Schuldhulpverlening
- Vluchtelingenwerk
- Politie
- Brancheorganisaties
- Stichtingen
- Maatschappelijke organisaties.

Toelichting 3: Inventarisatie en analyse

Om tot een eigen visie en ambitie te komen kan de gemeente vroegtijdig informatie verzamelen over de specifieke doelgroepen van de functie begeleiding en de voorzieningen.

Wat betreft de specifieke groepen kan het volgende overzicht worden gecreëerd:

- 1 Aantal burgers per cliëntgroep in de gemeente (en regio)
- 2 Kenmerken van de cliëntgroep en eventuele lokale specifieke kenmerken
- 3 Zicht op ontwikkelingen van cliëntgroep:
 - a) Verwachte groei of aanwas
 - b) Beïnvloedbaarheid daarvan
- 4 Belasting van gemeente en partners
 - a) Omvang van complexiteit problematiek binnen de gemeente
 - b) Zichtbaarheid of overlast in de gemeente.

Wat betreft de bestaande voorzieningen is een inventarisatie nodig van:

- 1 Overzicht van het huidige totale aanbod van voorzieningen voor de cliëntgroepen, inclusief AWBZ/ZvW-gefinancierd om een sluitend beeld te krijgen
- 2 Registratie van de capaciteit van deze voorzieningen, ook naar de mate waarin ze feitelijk gebruikt worden: is er gebrek aan capaciteit of juist onderbenutting, wellicht mede vanwege een overlappend aanbod?
- 3 Verhouding tussen aanbod en gebruik van voorzieningen op gemeentelijk en op regionaal niveau, om te bepalen in hoeverre er sprake is van (eventueel financieel te compenseren) 'grensverkeer' tussen gemeenten.

Toelichting 4: Mededingingswet

De Mededingingswet (Mw) is van toepassing op markten waarin sprake is van concurrentie en is van belang als je als (zorg)ondernemingen wilt gaan samenwerken. Veel vormen van samenwerking zijn binnen het kader van de Mw mogelijk. Belangrijk hierbij is dat de voordelen van de samenwerking ten gunste komen van de cliënt/burger. De Mw beschermt dan ook de keuze van de cliënt, waardoor zaken als prijs- en marktverdelingsafspraken niet zijn toegestaan. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) ziet hierop toe.

Het is verstandig om, als je als ondernemingen gaat samenwerken, de ruimte en de beperkingen die de Mw aan een samenwerking oplegt, tijdig tot je te nemen. Zie voor meer informatie de site van de NMa en invoeringwmo.nl.

Dit project kwam tot stand door een samenwerking tussen:



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Vereniging van
Nederlandse Gemeenten

Invoering WMO

www.invoeringWMO.nl | helpdesk@invoeringwmo.nl

Twitter @TransitieBureau

Rijksoverheid

Postbus 00000 | 2500 aa Den Haag

t 0800 646 39 51 (ma t/m vrij 9.00 – 21.00 uur)

© Rijksoverheid | April 2012