



Koersbesluit

Amsterdamse Zorg: Noodzaak Voorop

herinrichting Wmo

Samenvatting

Het koersbesluit 'Amsterdamse Zorg: Noodzaak Voorop' is een uitwerking van de beleidsbrief van mei 2013, met een aanpassing op de spelregels Pgb op 13 juni jl. Dit koersbesluit schetst de kaders voor het nieuwe stelsel van langdurige ondersteuning en zorg voor *volwassen* Amsterdammers. Dit nieuwe stelsel betekent dat Amsterdam doorgaat op de twee jaar geleden ingeslagen nieuwe weg. Met minder budget en een vernieuwende aanpak krijgen Amsterdammers snel, goed en op maat de ondersteuning en zorg die ze nodig hebben.

Vanaf 2015 bieden wijkzorgteams ondersteuning en zorg in Amsterdam aan. De stad wordt in 22 gebieden van ongeveer 40.000 inwoners opgedeeld. In de teams stellen de huisarts, wijkverpleegkundige, verzorgende, woonbegeleider en maatschappelijk werker, in overleg met degene die de zorg nodig heeft, zorg op maat samen. De wijkzorgteams zijn samen met de Ouder- en Kindteams de spil van de toekomstige Amsterdamse zorg.

Om de grote transitie van de herinrichting van de Wmo in goede banen te leiden kiezen we voor een veranderstrategie langs drie sporen.

1 Basisaanbod dat Eigen Kracht ondersteunt

De bezuinigingen betekenen dat er minder professionele zorg- en ondersteuning beschikbaar is in de stad; mensen zullen meer zelf moeten doen. De gemeente heeft de taak de randvoorwaarden te creëren waarmee Amsterdammers dit ook kunnen.

2 Wijkzorgteams

Met het introduceren van wijkzorgteams zorgen we voor afgestemde zorg op het niveau van de wijk. Dit moet leiden tot betere ondersteuning tegen lagere kosten.

3 Doelmatige inkoop in de 2^e lijn

De gemeente gaat in gesprek met zorgaanbieders en professionals over mogelijke vereenvoudigingen en innovaties in de zorg. Onze insteek is om zoveel als mogelijk de kwaliteit van de zorg te borgen en tegelijkertijd te komen tot een kostenbesparing van 25%.

Iedere Amsterdammer met een zorgvraag kan rekenen op eenzelfde aanbod, deskundigheid en benadering die past bij de ondersteuningsvraag, ongeacht de wijk waar je woont. Voor mensen die nu zorg ontvangen via de Wmo of de AWBZ komt een overgangstermijn. Voor de hulp bij het huishouden (Hbh) gaat de verandering in per 1 januari 2015, klanten worden hierover halverwege 2014 geïnformeerd. Bestaande klanten die geen schoonmaakhulp meer krijgen hebben dan een half jaar om iets anders te regelen. De Tweede Kamer stelt de overgangstermijn van de AWBZ-functies vast, deze is nog niet bekend.

De gemeente wil open en actief communiceren over de veranderingen in de langdurige ondersteuning en zorg. De Amsterdammer met een zorgvraag staat hierbij centraal. Communicatie is gericht op het wegnemen van onrust en het informeren over alle concrete stappen binnen het proces van AWBZ naar Wmo. Daarnaast is er een communicatietraject naar de professionals.

Amsterdammers zijn allereerst zelf verantwoordelijk voor een gezonde leefstijl. De overheid kan een handje helpen met voorlichting, de stad goed in te richten en goede sportvoorzieningen. Amsterdam richt de focus op kinderen met overgewicht, hiervoor is voorjaar 2013 het uitvoeringsprogramma “Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht” gestart.

Amsterdam raakt 40% van het budget Hbh kwijt, dit betekent dat we het huidige voorzieningenniveau niet in stand kunnen houden en dat we keuzes moeten maken. De verantwoordelijkheid voor het schoonmaken van de eigen woning ligt bij de inwoners van Amsterdam zelf.

Voor een aantal mensen vinden wij het niet reëel dat zij die omslag nog maken, bijvoorbeeld de mensen die nu 85 jaar of ouder zijn én al Hbh ontvangen.

Een specifieke doelgroep is de OGGZ-doelgroep. Voor deze groep is Hbh een onderdeel van de zorg die wordt aangeboden, de zogenoemde bemoeizorg.

Voor deze groep, de huidige én toekomstige, wordt de hulp bij het huishouden gecontinueerd.

Voor mensen die dat (tijdelijk) niet kunnen omdat ze niemand hebben die ze kan helpen én het ook niet kunnen betalen, blijft de gemeente het regelen of betalen. Dat gaat wel anders dan nu.

Bij elke vraag voor dagbesteding wordt eerst gekeken of er perspectief op werk is, al dan niet onder begeleiding. Werk is de norm. Samen met de Dienst Werk en Inkomen is er een continuüm ontwikkeld van dagbesteding naar begeleid werken.

Alleen voor de OGGZ-doelgroep en mensen met zware lichamelijke, psychiatrische of verstandelijke beperkingen zonder perspectief op werk blijven specifieke vormen van dagbesteding bestaan. Voor ouderen die de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt geldt vanzelfsprekend het criterium ‘perspectief op werk’ niet.

In het nieuwe stelsel maakt aanspraak plaats voor noodzaak. Eerst kijken we wat iemand zelf kan of kan regelen. Dat betekent dat veel nadrukkelijker gekeken zal worden naar iemands zelfredzaamheid. De Amsterdamse GGD heeft hiervoor een instrument ontwikkeld dat inmiddels op veel plaatsen in Nederland gemeengoed is geworden: de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM).

Van alle organisaties in 1^e en 2^e lijn verwachten we dat zij vanaf 2015 de ZRM op verantwoorde wijze hanteren als:

- screeningsinstrument om de zelfredzaamheid van de individuele cliënt in kaart te brengen
- instrument om (behandel)doelen te stellen voor de individuele cliënt
- instrument om voortgang en ontwikkeling te monitoren

Mensen met een chronische en grote zorgvraag houden de mogelijkheid om een Pgb aan te vragen als het door de gemeente gecontracteerde aanbod niet voldoet aan hun wensen. Voor de ondersteuning en zorg die door het wijkzorgteam wordt geleverd kan geen Pgb worden aangevraagd. De gemeente zal eisen stellen aan de kwaliteit van de diensten en hulpmiddelen die via een Pgb worden betaald. Als een mantelzorger deze kwaliteit kan leveren dan kan dit met een Pgb worden betaald.

De huidige Amsterdamse regeling Aanvullende tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Atcg) en het gehalveerde rijksbudget van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) worden samengevoegd om vorm te geven aan een nieuwe Amsterdamse maatwerkvoorziening inkomenssteun.

De landelijke discussie over de kwaliteitskaders van de Wmo is nog niet afgerond. Zodra er meer duidelijkheid is over de wettelijke kaders wordt dit thema verder uitgewerkt. Belangrijk hierbij zijn de totstandkoming van de basisnormen en de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

De heringerichte Wmo bestaat uit drie lijnen:

0^e lijn: basisaanbod

In de 0^e lijn worden alle Amsterdammers geholpen om zoveel mogelijk eigen oplossingen te vinden, eventueel met ondersteuning van familie, burens, vrienden, vrijwilligers en mantelzorgers. Hierdoor kunnen problemen worden voorkomen (preventie) of opgelost. De 0^e lijn vormt de basis van het hele zorgstelsel, de zogenoemde algemene voorzieningen. De gemeente heeft de taak om de 0^e lijn te versterken.

Een belangrijke rol bij het organiseren van de 0^e lijn is weggelegd voor de toekomstige bestuurscommissies. Zij zijn verantwoordelijk voor de basisvoorzieningen in de wijken.

Het aanbod in de 0^e lijn is voor alle Amsterdammers toegankelijk.

1^e lijn: wijkzorgteam

Het wijkzorgteam bestaat uit professionals die ondersteuning en zorg leveren aan huis of dicht bij huis: wijkverpleegkundigen, medewerkers van de huisartsenpraktijk, verzorgenden van de thuiszorg en medewerkers maatschappelijke dienstverlening. Voor de doelgroepen verstandelijk gehandicapten en mensen met een psychiatrische aandoening wordt het wijkzorgteam aangevuld met woonbegeleiders. Naargelang de doelgroep werken zij samen in een netwerk in de wijk.

Het wijkteam heeft een breed aanbod aan ondersteuning en zorg:

- cliëntondersteuning
- (woon)begeleiding
- het oefenen van vaardigheden
- praktische ondersteuning
- verzorging en verpleging

De ondersteuning kan kortdurend zijn, de vorm hebben van een steun- en leuncontact of structureel worden ingezet.

Het wijkzorgteam is een netwerkorganisatie van samenwerkende zorgaanbieders en aanbieders van maatschappelijke dienstverlening. De dienstverlening staat open voor alle Amsterdammers, iedereen kan zich melden bij het wijkzorgteam voor professionele ondersteuning. De professionals bepalen of ondersteuning noodzakelijk is.

2^e lijn: flexibel aanbod, specialistisch aanbod en woonvoorzieningen, rolstoelen en vervoersvoorzieningen

De ondersteuning en zorg die geen onderdeel uitmaakt van het ondersteunings- en zorgaanbod van het wijkzorgteam, vormt de gemeentelijke 2^e lijn, in drie delen:

1 Flexibel aanbod

Dit is aanbod dat dicht tegen de 1^e lijn aan ligt. Het wordt echter niet geleverd door de professionals in de wijkzorgteams. Voorbeelden zijn schoonmaakhulp en gespecialiseerde dagbesteding voor mensen die niet terecht kunnen bij het collectieve aanbod in de wijk. De wijkzorgteams krijgen het mandaat om hiernaar door te verwijzen.

2 Specialistisch aanbod

Het specialistische aanbod houdt een vorm van indicatie. Het betreft ondermeer de maatschappelijke opvang, begeleiding en dagbesteding voor mensen met complexe problematiek.

3 Woonvoorzieningen, rolstoelen en vervoersvoorzieningen (WRV)

Het toegangsproces voor deze voorzieningen blijft vooralsnog zoals het nu is. Zo is het proces van aanvragen en toekennen van Aanvullend Openbaar Vervoer (AOV) aangepast waardoor het efficiënt is georganiseerd.

Het volledige sturings- en bekostigingsmodel is veel omvattend en wordt nog ontwikkeld. We zoeken naar een andere aanpak, meer samenwerken in netwerken, een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Dit vraagt om een nieuwe financiering en verantwoordingssystematiek.

Sturing door de gemeente is nodig om onze doelen met de Amsterdamse zorg te bereiken:

- Inhoudelijke wensen zoals het versterken van de online dienstverlening en het basisaanbod, en een omslag naar een wijkgerichte benadering in de 1^e lijn.
- Besparingen in de kosten van ondersteuning en zorg in de 1^e en 2^e lijn.

Een goede analyse van beschikbare gegevens en het ontwerpen van een goed monitoringsysteem is onontbeerlijk om te kunnen sturen. Het is daarbij belangrijk om een monitorsysteem in te richten samen met de domeinen Jeugd en Werk & Inkomen.

Inhoudsopgave

Inleiding	8
1 Veranderstrategie herinrichting Wmo	10
1.1 Basisaanbod dat Eigen Kracht ondersteunt	10
1.2 Wijkzorgteams	10
1.3 Doelmatige inkoop in 2 ^e lijn	10
2 Positie van cliënten en burgers	11
2.1 Verschil in ondersteuningsbehoefte	11
2.2 Invloed cliënten en wijkbewoners	11
2.3 Overgangsrecht	11
2.4 Bezwaar en beroep	11
2.5 Afspraken over escalatie en bijsturing	12
3 Communicatie De Amsterdammer in de hoofdrol	13
4 Preventie en gezond gedrag	15
5 Hulp bij het huishouden	16
5.1 Overgang 2014-2015	16
5.2 Toekomstbeeld: nieuwe marktinitiatieven aanvullend op collectief aanbod	16
5.3 OGGZ	17
6 Herijking dagbesteding	18
7 Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM)	20
8 Persoonsgebonden budget	21
9 Aanvullende tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten	22
10 Kwaliteit	23
11 Aanbod Amsterdamse ondersteuning en zorg	24
11.1 Aanbod 0 ^e lijn: basisaanbod	24
11.2 Aanbod 1 ^e lijn: wijkzorgteam	25
11.3 Aanbod 2 ^e lijn: flexibel aanbod, specialistisch aanbod en woonvoorzieningen, rolstoelen en vervoersvoorzieningen	26
12 Organisatie Amsterdamse ondersteuning en zorg	27
12.1 Organisatie 0 ^e lijn: basisaanbod	27
12.2 Organisatie 1 ^e lijn: wijkzorgteam	28
12.3 Organisatie 2 ^e lijn: flexibel aanbod, specialistisch aanbod en woonvoorzieningen, rolstoelen en vervoersvoorzieningen	28
13 Toegang tot ondersteuning en zorg	29
13.1 Toegang 0 ^e lijn: vrij	29
13.2 Toegang 1 ^e lijn: via wijkzorgteam	29
13.3 Toegang 2 ^e lijn: direct doorverwijzen of indicatiestelling	29

14	Sturing en bekostiging	31
14.1	Sturing en bekostiging 0 ^e lijn: basisaanbod	31
14.2	Sturing en bekostiging 1 ^e lijn: wijkzorgteam.....	32
14.3	Sturing en bekostiging 2 ^e lijn: flexibel aanbod, specialistisch aanbod en woonvoorzieningen, rolstoelen en vervoersvoorzieningen.....	33
14.4	Eigen bijdrage.....	33
14.5	Inkoop en contractering	33
15	Monitoring en data-analyse	35
	Verklarende woordenlijst	37

Inleiding

Amsterdam krijgt te maken met omvangrijke veranderingen in de zorg. De voorstellen van het kabinet leiden tot meer taken voor de gemeente die met minder budget moeten worden vervuld. Twee jaar geleden is Amsterdam al een andere weg ingeslagen met het zorgbeleid. Met 'Van aanspraak naar noodzaak' zijn grote stappen gezet. In april 2010 zette het college de omslag in het Amsterdamse zorgbeleid uiteen in beleidsbrief I "Gedeelde zorg, gedeelde verantwoordelijkheid". In mei 2013 volgde de tweede beleidsbrief met een nadere uitwerking van beleidsbrief I en de kaders voor het nieuwe stelsel van langdurige ondersteuning en zorg voor *volwassen*¹ Amsterdammers. Met minder budget, maar met een vernieuwende aanpak die er voor moet zorgen dat Amsterdammers snel, goed en op maat de nodige ondersteuning en zorg krijgen. De omvang van het nieuwe financiële kader op macroniveau is echter nog niet bekend en daarbij is er nog geen beeld van de uitkomst van het landelijk verdeelmodel voor Amsterdam.

Vanaf 2015 wordt in Amsterdam ondersteuning en zorg via wijkzorgteams aangeboden in 22 gebieden van ongeveer 40.000 inwoners. In deze teams stellen de huisarts, wijkverpleegkundige, verzorgende, woonbegeleider en maatschappelijk werker, in overleg met degene die de zorg nodig heeft, zorg op maat samen. De wijkzorgteams zijn samen met de Ouder- en Kindteams² de spil van de toekomstige Amsterdamse zorg. Amsterdam begint in 2014 al met dit zorgsysteem in zes wijken. Het gebiedsgericht en op maat zorg verlenen is één van de pijlers van de verdere uitwerking van het nieuwe Amsterdamse zorgbeleid. De andere pijlers zijn inzet op preventie & gezond gedrag en het uitgangspunt 'noodzaak voorop'.

Deze transitie zal voelbaar zijn bij Amsterdammers en professionals en zal aanpassingen van de gemeentelijk organisatie vragen. Samenwerking met de decentralisaties Jeugdwet en Participatiewet is nodig om Amsterdammers een logisch en samenhangend ondersteunings- en zorgaanbod te bieden.

In dit koersbesluit staat een nadere uitwerking op een aantal onderwerpen van de beleidsbrief Amsterdamse Zorg: Noodzaak Voorop. Nog niet alle onderwerpen zijn even ver in de voorbereiding. Gezien de tijdsdruk om voor 1 januari 2015 een werkend nieuw zorgstelsel te hebben waar Amsterdammers met hun vragen terecht kunnen is het nodig om nu de koers te bepalen.

De strakke tijdsplanning maakt dat we nu al een aantal besluiten moeten nemen, voordat het wetsvoorstel in de Tweede Kamer wordt behandeld. 2014 hebben we nodig voor de definitieve besluitvorming door de gemeenteraad en het implementatietraject.

Vanzelfsprekend kunnen wijzigingen tijdens het wetgevingstraject dat loopt tot het voorjaar 2014 leiden tot aanpassingen in dit koersbesluit.

¹ Ook het verstrekken van hulpmiddelen zoals rolstoelen aan jeugdigen is en blijft onderdeel van de nieuwe Wmo.

² De Ouder- en Kindteams worden vormgegeven in het programma 'Om het kind' waarin de decentralisatie van de nieuwe Jeugdwet wordt voorbereid.

Betrekken gemeenteraad, tussentijds bijsturen

Bij een transitie van deze omvang is de betrokkenheid van het bestuur van de gemeente Amsterdam, de gemeenteraad, essentieel.

Bij de vormgeving van het nieuwe zorgstelsel voor volwassen Amsterdammers proberen we zo goed mogelijk besluiten te nemen. We zijn echter ook reëel, we overzien niet alles. Het kan nodig zijn om op een later tijdstip eerder genomen besluiten aan te passen.

In overleg met de gemeenteraad worden afspraken gemaakt over hoe de raadsleden geïnformeerd worden over de voortgang, en hoe tussentijds bij te sturen mocht dat nodig zijn.

Van drie ringen naar drie lijnen

In de beleidsbrief Amsterdamse Zorg: Noodzaak Voorop wordt de Amsterdamse zorg vanaf 2015 geschetst aan de hand van drie ringen. In dit koersbesluit hanteren wij de terminologie van de 0^e, 1^e en 2^e lijn van het gemeentelijk ondersteunings- en zorgaanbod. Hiervoor is gekozen om binnen het Sociaal Domein van de gemeente Amsterdam eenzelfde terminologie te gebruiken.

1 Veranderstrategie herinrichting Wmo

Om de grote transitie in goede banen te leiden kiezen we voor drie samenhangende strategieën.

1.1 Basisaanbod dat Eigen Kracht ondersteunt

De bezuinigingen betekenen dat er minder professionele zorg- en ondersteuning beschikbaar is in de stad; mensen zullen meer zelf moeten doen. De gemeente kan op verschillende manieren een bijdrage leveren aan het zelfregelend vermogen van bewoners. Voorbeelden hiervan zijn: de sociale loketten; websites als wehelpen.nl; vormen van mantelzorgondersteuning en respijtzorg; het stimuleren van bewonersinitiatieven op het gebied van zorg. Ook het bevorderen van nieuw aanbod in de markt, zoals bijvoorbeeld serviceorganisaties voor hulp bij het huishouden en klusjes in en rond het huis. De 0^e lijn moet worden versterkt om te zorgen dat Amsterdammers zelf meer kunnen doen, voor zichzelf en voor hun omgeving.

1.2 Wijkzorgteams

Met het introduceren van wijkzorgteams zorgen we voor afgestemde zorg op het niveau van de wijk. Pilots in Utrecht, Leeuwarden en Zaanstad laten zien dat dit leidt tot betere ondersteuning tegen lagere kosten. Het zorgt ervoor dat er zo min mogelijk mensen over de vloer komen, er samenhang is met het informeel netwerk in de wijk en er meer nadruk komt op preventie. Dit samen voorkomt onnodige zorginzet.

Daarnaast levert het schrappen van de huidige indicatiestelling en het geven van meer mandaat aan professionals kostenbesparing op.

Het wijkzorgteam is een netwerkorganisatie van professionals die zorg en ondersteuning leveren aan huis of dicht bij huis.

Amsterdam heeft een aantal Maatschappelijke Kosten Baten Analyses (MKBA) laten maken over de drie decentralisaties en Samen DOEN. Deze zullen, samen met de MKBA's elders in het land, worden gebruikt voor de verdere kwantificeren van de besparingspotentieel en de betere kwaliteit die verwacht worden van het wijkgericht werken.

In de wijken zijn de wijkzorgteams voor volwassenen met een langdurige zorgvraag én de Ouder- en Kindteams actief voor opvoedingsvraagstukken. Waar nodig werken de professionals uit beide teams met elkaar samen.

1.3 Doelmatige inkoop in de 2^e lijn

Met de decentralisatie van de AWBZ-zorg naar de Wmo bestaat de mogelijkheid om de voorwaarden waaraan de zorg moet voldoen opnieuw te bekijken.

De gemeente zal in gesprek gaan met zorgaanbieders en professionals over vereenvoudigingen en innovaties in de zorg. Onze insteek is om zoveel mogelijk de kwaliteit van de zorg te borgen en tegelijkertijd te komen tot een kostenbesparing van 25%.

Naast de gemeentelijke inkoopexpertise en de deskundigheid van het zorgveld zal van de inkoopervaring van het zorgkantoor en van de ervaringen van de cliënten gebruik worden gemaakt.

2 Positie van cliënten en burgers

2.1 Verschil in ondersteuningsbehoefte

Kerngedachte van de decentralisaties is dat gemeenten dicht bij de inwoners staan. Gemeenten kunnen maatwerk leveren: specifieke situaties vragen om specifieke oplossingen. De nadruk ligt daarbij, meer dan voorheen, op de eigen kracht en zelfregie van inwoners en hun netwerken.

Wat we willen bereiken is voor heel Amsterdam hetzelfde. Echter niet alle wijken in Amsterdam kennen dezelfde bevolkingssamenstelling en voorzieningenniveau. In de ene wijk is meer of een andere inzet van de gemeente nodig dan in de andere. Als individuele Amsterdammers met een zorgvraag kun je echter rekenen op eenzelfde aanbod, deskundigheid en benadering ongeacht de wijk waarin je woont.

2.2 Invloed van cliënten en wijkbewoners

De Amsterdammers, met en zonder zorgvraag, worden een belangrijke actor in het nieuwe zorgstelsel. Het is van belang dat de invloed van cliënten en wijkbewoners -naast de beleidsbeïnvloeding- in de uitvoering wordt vormgegeven, namelijk op:

- het basisaanbod in de wijken
- het functioneren van het wijkzorgteam in de wijk
- de totstandkoming van de individuele ondersteuningsplannen van het wijkzorgteam

Samen met Cliëntenbelang Amsterdam wordt een werkplan opgesteld voor de invloed vanuit cliëntenperspectief.

De bestuurscommissies weten wat er speelt in de wijken, daarmee zijn zij de logische plaats om de invloed van wijkbewoners te beleggen, samen met de belangenorganisaties en Wmo-Adviesraden in de stadsdelen. Over de vormgeving van deze rollen worden nog gesprekken gevoerd.

2.3 Overgangsrecht

In het overgangsrecht dat naar verwachting onderdeel van de nieuwe wet zal zijn, zullen de huidige AWBZ-cliënten nog een periode, mogelijk een jaar, recht houden op hun huidige aanspraken op zorg. Aandachtspunt is de zorgvuldige overgang naar het nieuwe stelsel en de positie van de zorgaanbieders die het bestaande aanbod nog moeten uitvoeren in de overgangperiode. Een spanningsveld is het belang van individuele Amsterdammers aan de ene kant, en aan de andere kant het belang van de gemeente om de oude situatie organisatorisch en financieel zo snel mogelijk af te bouwen.

2.4 Bezwaar en beroep

In de huidige Wmo heeft de rechtspraak over aanspraken van burgers op ondersteuning veel invloed gehad op de invulling van de verplichtingen van de gemeente, waarbij de nadruk is komen te liggen op individuele rechten. De nieuwe wet legt meer nadruk op eigen kracht (zelfredzaamheid) en op vormen van collectieve ondersteuning. Toegang tot algemene, vrij toegankelijke voorzieningen en collectieve voorzieningen zal in wordt beginsel niet in een beschikking vastgelegd. Als er gespecialiseerd of geïndividualiseerd aanbod nodig is, komt er in beginsel wel een beschikking, waartegen bezwaar en beroep mogelijk is. In de aanloop naar het nieuwe stelsel en de beginperiode wordt een stijging van het aantal bezwaar- en beroepszaken verwacht.

2.5 Afspraken over escalatie en bijsturing

Er gaat vanaf 1 januari 2015 veel veranderen in Amsterdam. Met alle goede voorbereiding en inzet kan niet voorkomen worden dat soms dingen mis gaan.

Belangrijk is om een proces in te richten waarbij:

- signalen snel op de goede plek terecht komen
- waar mensen zitten die een oplossing kunnen bedenken
- met het mandaat om op casuïstiekniveau te beslissen
- en dit -als er een structureel aspect aan zit- beleidsmatig kunnen laten oppakken

Hiervoor zouden 'gezond verstand' tafels ingericht kunnen worden. Dit proces zal in samenwerking met Cliëntenbelang Amsterdam verder worden uitgewerkt. De Wmo-Adviesraad wordt hierbij betrokken. De hoop is dat met een escalatie-tafel juridisering vermeden wordt, maar vooral dat er snel en adequaat oplossingen komen voor Amsterdammers die te maken krijgen met de gebreken van het zorgstelsel in opbouw.

3 Communicatie De Amsterdammer in de hoofdrol

Een nieuw stelsel voor langdurige ondersteuning en zorg voor volwassen Amsterdammers. Dat is waarvoor wij het doen. Amsterdammers aanspreken op hun eigen kracht. Dat is hoe we het gaan doen.

De gemeente wil open en actief communiceren over de veranderingen in de langdurige ondersteuning en zorg. De Amsterdammer met een zorgvraag staat hierbij centraal. Communicatie is gericht op het wegnemen van onrust en het informeren over alle concrete stappen binnen de transitie van AWBZ naar Wmo.

Uitgangspunten

De uitgangspunten van eigen kracht, integrale toegang en integrale aanpak vragen om samenwerking van de gemeente met alle betrokken partijen - maatschappelijke en zorgorganisaties en bewoners(organisaties) - en om samenwerking van partijen onderling. De gemeente en maatschappelijke en zorginstellingen hebben elkaar nodig om de integrale ondersteuning zo goed mogelijk vorm te geven met de beschikbare middelen. De kennis en kunde van uitvoerende organisaties zijn onmisbaar bij ontwikkeling en uitvoering van het nieuwe beleid. Ook de inbreng van cliënten als direct belanghebbenden en ervaringsdeskundigen is belangrijk. De samenwerking van alle betrokken partijen gaat verder dan inspraak; voor een deel is sprake van co-creatie.

Fases

Het project is in te delen in een aantal fases. Afhankelijk van de fase wordt de communicatie ingericht en afgestemd. De communicatiestrategie is dat de communicatiedoelen en -middelen per fase verschillen. Voor het hele traject zijn de uitgangspunten:

- informeren
- partijen betrekken bij beleidsvorming
- gericht op gedragsbeïnvloeding
- begrip tonen voor emoties

Totdat de Eerste en Tweede Kamer akkoord zijn met het voorgestelde beleid, communiceren we met name over het proces, de verwachte wijzigingen en de Amsterdamse besluiten. In het uitvoeringsplan dat volgt na het koersbesluit, wordt nog concreter beschreven wat de gevolgen zijn van het nieuwe zorgstelsel voor de Amsterdammers. Hiervoor komen communicatiedeelplannen.

In de eerste fase kiezen we voor verschillende middelen voor verschillende doelgroepen.

▪ **Amsterdammers**

Op de website www.amsterdam.nl/vanawbznaarwmo staat de meest actuele informatie. Door de acties uit het koersbesluit in beeld en geluid aan te bieden beschikt iedere Amsterdammer binnenkort over de laatste informatie rond de decentralisatie van de AWBZ. Om ervoor te zorgen dat cliënten heldere en bondige informatie krijgen, worden vraag en antwoord bijeen gebracht in de Wmo kennisbank en op de website.

- **Cliënten**

Ook voor cliënten is de website www.amsterdam.nl/vanawbznaarwmo toegankelijk. Daarnaast willen we zoveel mogelijk aansluiten bij communicatiemiddelen van de verschillende organisaties. Op 1 juli 2012 organiseerde de gemeente in samenwerking met Cliëntenbelang Amsterdam en het Ministerie van VWS een mini-conferentie vanuit het persoonlijke verhaal van een aantal cliënten. Ook komen er informatiebijeenkomsten in samenwerking met Cliëntenbelang Amsterdam en cliëntenraden.

- **Professionals**

De website www.amsterdam.nl/vanawbznaarwmo is ook toegankelijk voor professionals. Binnenkort komt er een e-magazine met informatie. In het najaar organiseren we drie klankbordbijeenkomsten en een werkconferentie. Bovendien ontvangen professionals een digitale nieuwsbrief. Gedurende de uitwerking en implementatie van de herinrichting van de Wmo benaderen we zoveel mogelijk groepen in de stad die met de veranderingen van de decentralisatie te maken krijgen. Hierin trekken we samen op met de communicatieadviseurs uit de verschillende stadsdelen. In 2014 volgt ook inspraak op de nieuwe Wmo-verordening. Hier komt een apart communicatieplan voor.

4 Preventie en gezond gedrag

Door gezondheidsproblemen te voorkomen is later minder zorg nodig. Vaak is gezond leven al genoeg. Niet roken, voldoende bewegen en verstandig eten en drinken verbeteren de gezondheid en kunnen klachten voorkomen. Amsterdammers zijn allereerst zelf verantwoordelijk voor een gezonde leefstijl. De overheid kan een handje helpen met voorlichting, goede sportvoorzieningen en de stad goed in te richten.

Mensen zelf hebben belang bij hun eigen gezondheid. Daarnaast zijn ook familie, de directe leef- en werkomgeving, de overheid, zorgverzekeraars en de zorgsector belangrijk bij de gezondheid van individuen en van de samenleving als geheel. De belangen en verantwoordelijkheden van deze partijen ten aanzien van gezondheid én juist ook op andere terreinen, zijn met elkaar verstrengeld. Amsterdam zoekt actief op waar de belangen van die partners parallel lopen en elkaar versterken, om zo met vereende kracht te werken aan de bijdrage die de zorgsector aan de samenleving kan leveren.

Aanpak Gezond Gewicht

Amsterdam heeft gekozen voor een focus op kinderen met overgewicht. Meer dan 30.000 kinderen en jongeren hebben overgewicht. Dat is één op de vijf. Dit heeft ernstige gevolgen voor hun gezondheid op de korte en langere termijn. Ieder kind heeft recht op een gezonde toekomst. Daarom zet de gemeente Amsterdam onder het motto 'GA! Voor gezond gewicht' vol in op de aanpak van overgewicht. Met als harde ambitie: in 2033 alle Amsterdamse kinderen op een gezond gewicht. Dat staat in het uitvoeringsprogramma "Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht" dat het college van B&W op 14 mei 2013 heeft vastgesteld.

De problematiek van te zware kinderen wordt al langer onderkend en aangepakt: in de zorg, op scholen, in sportclubs en bij de gemeente. Maar ondanks alle inspanningen is het probleem niet opgelost. Daarom pakt de gemeente Amsterdam de regie door ouders, kinderen en professionals actief te ondersteunen en aan te spreken. De norm is gezond gedrag, gezonde voeding en gezond bewegen. Dat betekent dat de aanpak niet vrijblijvend is. Ouders worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid.

De aanpak concentreert zich in de vijf 'zwaarste' buurten: Slotermeer, Nieuwendam-Noord, Bullewijk/Bijlmer Centrum, Indische buurt en Kolenkit. Deze buurten krijgen voorrang in de scholenaanpak en verbetering van de zorgketen.

5 Hulp bij het huishouden (Hbh)

Amsterdam raakt 40% van het budget Hbh kwijt. Dit betekent dat we het voorzieningenniveau Hbh niet in stand kunnen houden, en dat we keuzes moeten maken. De verantwoordelijkheid voor het schoonmaken van de eigen woning ligt bij de Amsterdammers zelf.

Voor mensen die dat (tijdelijk) niet kunnen omdat ze niemand hebben die ze kan helpen én het ook niet kunnen betalen, blijft de gemeente het regelen of betalen. Dat gaat wel anders dan nu. Je meldt je bij het wijkzorgteam in je buurt, de professionals bekijken of schoonmaakhulp nodig is. Zij kunnen dat dan meteen regelen via direct doorverwijzen; het maakt deel uit van het flexibel aanbod waarvan het wijkzorgteam de toegang bepaalt.

5.1 Overgang 2014-2015

We gaan ervan uit dat mensen die eind 2014 hulp bij het huishouden hebben die hulp ook nodig hebben begin 2015. De hulpvraag van mensen verandert niet van de ene op de andere dag. Een belangrijk deel van de mensen die nu hun Hbh krijgt via de gemeente zal het echter zelf moeten gaan regelen.

Voor een aantal mensen die nu al Hbh ontvangen vinden wij het niet reëel dat zij die omslag nog maken, bijvoorbeeld de mensen die nu 85 jaar of ouder zijn én al Hbh ontvangen. In de beleidsbrief staat dat we deze groep garanderen hun Hbh te behouden.

Er zijn drie groepen cliënten te onderscheiden:

- 1 Voor cliënten geboren (op of) na 1 januari 1930 zal de Hbh (zowel ZIN als Pgb) als individuele voorziening vervallen per 1 januari 2015. Zij ontvangen halverwege 2014 een brief met informatie. Er zijn twee subgroepen:
 - De groep die nu 6 uur of meer Hbh heeft. Dit zijn mensen met bijvoorbeeld ernstige lichamelijke beperkingen. Deze groep ontvangt naast de Hbh in de regel ook veel andere zorg (professionele zorg en mantelzorg). De gemeente neemt 2014, begin 2015 contact op om een nieuw ondersteuningsplan op te stellen. Dit betekent niet dat er niets verandert, er zal met de nieuwe blik gekeken worden wat nodig is aan ondersteuning en zorg.
 - De cliënten met minder dan 6 uur Hbh per week krijgen een brief met de vraag om zelf te komen met een oplossing na 1 januari 2015. Mocht dit niet lukken dan kunnen zij zich richten tot het wijkzorgteam.
- 2 Cliënten geboren voor 1 januari 1930 behouden hun Hbh. Het gaat om de groep cliënten die op 1 januari 2015 een lopende beschikking heeft. Dit betreft zowel ZIN als Pgb. Dit betekent dat het beschikte aantal uren in stand blijft. Deze groep wordt steeds kleiner door natuurlijk verloop.
- 3 Nieuwe cliënten moeten vanaf 1-1-2015 eerst zelf een oplossing vinden in hun omgeving of als dat niet lukt zich richten tot het wijkzorgteam.

5.2 Toekomstbeeld: nieuwe marktinitiatieven aanvullend op collectief aanbod

Door het verdwijnen van een groot deel van de collectief gefinancierde Hbh zal er een nieuwe markt ontstaan van serviceorganisaties die voor particulieren de schoonmaakhulp gaan regelen (naast andere services zoals klussen in huis). Er zijn al partijen die een dergelijk marktaanbod willen ontwikkelen.

De behoefte is er nu al en zal alleen maar groeien. Mensen die nu zelf Hbh willen regelen zijn aangewezen op het informele circuit van hulpen in het huishouden. Serviceorganisaties waar mensen terecht kunnen voor schoonmaakhulp kunnen een oplossing zijn.

Deze serviceorganisaties bieden wellicht ook kansen voor de hulpen die nu werkzaam zijn in de thuiszorg en hun baan dreigen te verliezen. Het wijkzorgteam kan direct doorverwijzen naar deze nieuwe serviceorganisaties als het nodig is om huishoudelijk hulp in te zetten.

Onderzocht wordt welke rol de gemeente Amsterdam neemt bij het stimuleren dat er serviceorganisaties ontstaan in de stad. Voor de gemeente is het belangrijk dat er een betrouwbaar aanbod beschikbaar is in de stad, ook al is het niet meer gemeentelijk gefinancierd.

5.3 OGGZ

Een specifieke doelgroep is de OGGZ-doelgroep. Voor deze groep is Hbh een onderdeel van de zorg die wordt aangeboden, de zogenoemde bemoeizorg. Voor deze groep wordt nu én in de toekomst de Hbh gecontinueerd in de 2^e lijn.

6 Herijking dagbesteding

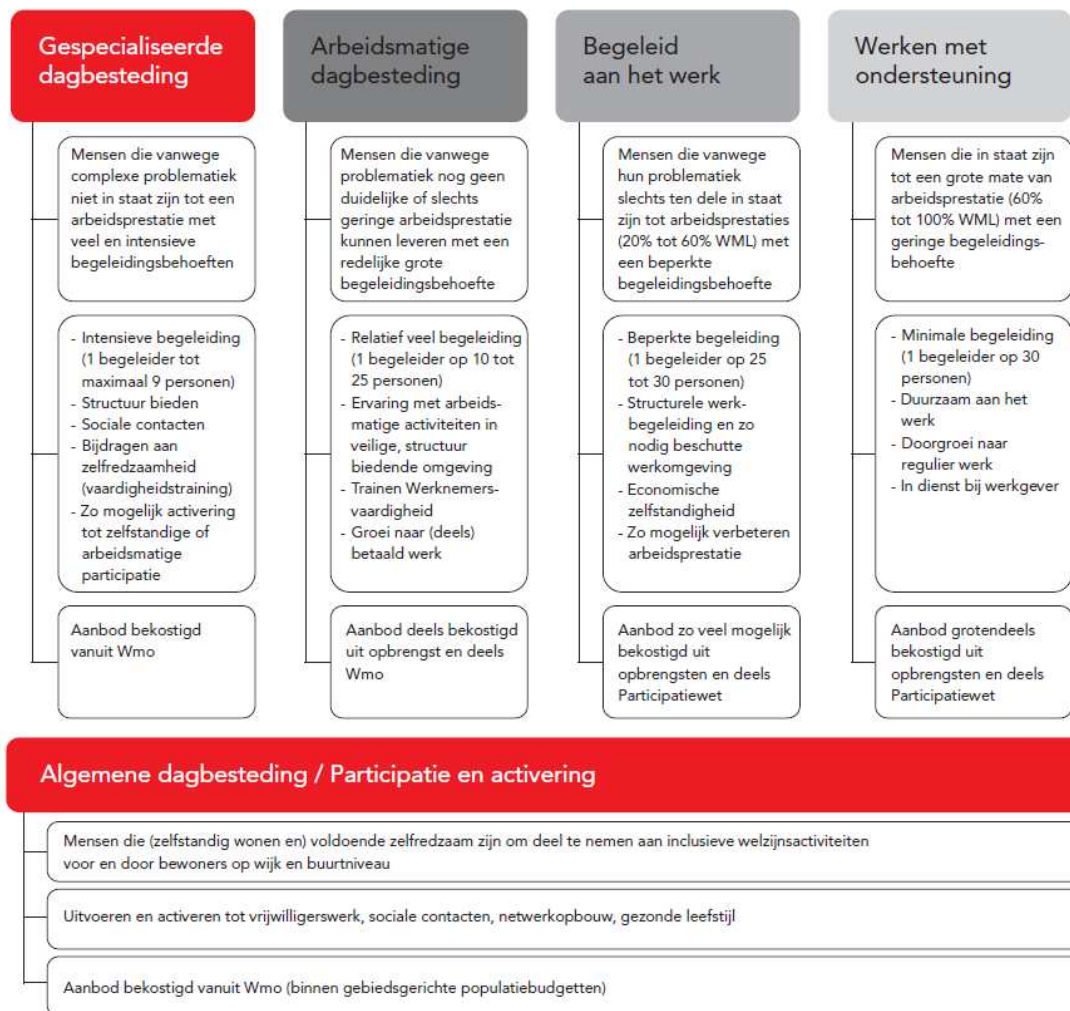
In 2015 vervalt de AWBZ-aanspraak op dagbesteding en is Amsterdam hier verantwoordelijk voor. Tegelijkertijd krijgt de gemeente door de invoering van de nieuwe Participatiewet naast de Wet werk en bijstand (Wwb) ook een toenevende groep werkzoekenden met een arbeidsbeperking onder haar hoede. Dit zijn de mensen die nu nog instromen in de Sociale Werkvoorziening en de Wajong. Hierdoor neemt het aantal mensen met een zorgbehoefte die een beroep doen op de Participatiewet toe. Een deel van deze groep doet nu nog een beroep op AWBZ-voorzieningen. De herijking van dagbesteding vindt in deze context plaats.

Uitgangspunten bij het nieuwe continuüm van dagbesteding zijn:

- Participeren in de samenleving is de norm. Werk is daarbij het doel. Bij elke vraag voor dagbesteding wordt eerst gekeken of er perspectief op werk is (al dan niet onder begeleiding).
- Mensen die dagbesteding nodig hebben en (nog) geen perspectief op werk hebben of de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt, zullen minder (vaak) dagbesteding aangeboden krijgen. Er wordt zoveel mogelijk ingezet op eigen kracht en de mensen zoveel mogelijk te laten aansluiten bij algemene voorzieningen en activiteiten die bewoners in de wijk organiseren.
- Alleen voor groepen die (nog) geen perspectief hebben op werk of de pensioengerechtigde leeftijd hebben én te maken hebben met zware, complexe problematiek, blijven specifieke vormen van dagbesteding bestaan. Dit betreffen mensen met zware lichamelijke, psychiatrische of verstandelijke beperkingen en de OGGZ-doelgroep.
- Anders dan in de AWBZ komen Amsterdammers niet vanzelf in aanmerking voor vervoer naar de dagbesteding. Voor vervoer dient een indicatie te worden aangevraagd waarbij uitgangspunt is dat mensen zelf of met hulp van hun netwerk of andere informele oplossingen naar de dagbesteding komen. Tenzij er sprake is van een medische noodzaak of eigen oplossingen niet mogelijk zijn.

Er wordt onderzocht of door de combinatie van leerlingenvervoer met het vervoer naar dagbesteding besparingen te bereiken zijn.

Onderstaand continuüm is het kader waarbinnen de samenhang tussen de toekomstige Wmo- gefinancierde activering en de re-integratie/ondersteuning vanuit de Participatiewet verder zal worden onderzocht en vorm gegeven.



Het onderscheid in de doelgroep van de vier stappen binnen het continuüm is niet gebaseerd op de huidige regelingen, maar op de mate van de bestaande begeleidingsbehoefte én de aanwezigheid van (mogelijkheden tot) een loonvormende arbeidsprestatie. Deze combinatie sluit enerzijds de overlap tussen de huidige regelingen en doelgroepen uit. Anderzijds biedt het deze Amsterdammers de mogelijkheid om stapsgewijs hun (mogelijkheden tot) arbeidsprestatie te ontwikkelen. Het is ook mogelijk om tijdelijk een stap terug te doen, zonder direct uit te vallen.

Deze ambitie vraagt om een klantvriendelijke en servicegerichte inrichting van de klantroute naar de verschillende activiteiten uit het continuüm. Dat wil zeggen dat Amsterdammers niet onnodig doorverwezen worden of dubbele toegangsprocedures moeten doorlopen. Het moet voor de Amsterdammer niet uitmaken of hij aanklopt met een zorgvraag of een vraag naar inkomen of werk om toegang te krijgen tot een passend niveau van dagbesteding of arbeidsmatige activiteiten

7 Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM)

Het huidige zorgstelsel was opgebouwd rond de vraag welke beperking de zorgvrager heeft, daaraan werd vervolgens een recht op zorg/voorziening gekoppeld. In het nieuwe stelsel maakt aanspraak plaats voor noodzaak. Eerst kijken we wat iemand zelf kan of kan regelen. Dat betekent dat we veel nadrukkelijker kijken naar iemands zelfredzaamheid. We zullen cliënten niet alleen beschrijven in termen van beperkingen, maar vooral ook in termen van wat zij wél kunnen. Doelgroepen zullen we minder classificeren in termen van aandoening (ouderdom, fysieke, verstandelijke of psychische beperkingen) maar in termen van zelfredzaamheid. De Amsterdamse GGD heeft hiervoor een instrument ontwikkeld dat inmiddels op veel plaatsen in Nederland gemeengoed is geworden: de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM).

Zelfredzaamheid is het vermogen om dagelijkse algemene levensverrichtingen zelfstandig te kunnen doen. Deze dagelijkse levensverrichtingen hebben betrekking op verschillende domeinen. Zo moeten in het dagelijks leven verrichtingen uitgevoerd worden om in een inkomen te voorzien, lichamelijk en geestelijk gezond te blijven, of een steunend sociaal netwerk te onderhouden.

De mate van zelfredzaamheid is een uitkomst van persoonskenmerken zoals vaardigheden, persoonlijkheid en motivatie en omgevingskenmerken zoals cultuur, economie en infrastructuur, die een persoon in meer of mindere mate in staat stellen om (zelf) in basale levensbehoeften te voorzien.

Door het toepassen van de Zelfredzaamheid-Matrix en Zelfredzaamheid-profielen en arrangementen die hierop zijn gebaseerd, wordt de oplossing voor de cliënt aanzienlijk integraler, klantgerichter én goedkoper. De zelfredzaamheid van cliënten van verschillende doelgroepen wordt zo op eenzelfde wijze beoordeeld en gemonitord.

Van alle organisaties in 1^e en 2^e lijn verwachten we dat zij vanaf 2015 de ZRM op verantwoorde wijze hanteren als:

- screeningsinstrument om de zelfredzaamheid van de individuele cliënt in kaart te brengen
- instrument om (behandel)doelen te stellen voor de individuele cliënt
- instrument om voortgang en ontwikkeling te monitoren

Najaar 2013 worden de eisen voor betrouwbare toepassing en registratie van de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) geformuleerd. Zo kan dit instrument op een verantwoorde wijze worden geïmplementeerd. Met dit doel start GGD Amsterdam ook een ZRM Academy.

8 Persoonsgebonden budget

In het nieuwe Amsterdamse zorgstelsel zoeken we de oplossing vaker in collectieve voorzieningen, laagdrempelige ondersteuning en zorg, en minder in individuele voorzieningen. De professionals in het wijkzorgteam bepalen de inzet van deze ondersteuning en zorg. Dit zijn de zogenoemde collectieve voorzieningen in de 1^e lijn. Voor deze ondersteuning en zorg kan geen Pgb worden aangevraagd.

Voor alle individuele voorzieningen in de Wmo krijgen Amsterdammers de mogelijkheid om zorg in te kopen door middel van een Persoonsgebonden budget. Dit geldt voor alle individuele voorzieningen met uitzondering van de Maatschappelijke Opvang, RIBW en Vrouwenopvang. Dit vanwege de specifieke aard en de situatie waarin de gebruikers van deze voorzieningen zich bevinden.

Mensen met een chronische en grote zorgvraag houden hierdoor de mogelijkheid om zoveel mogelijk zelf te beslissen over hun ondersteunings- en zorgarrangement. We stellen spelregels op voor het verstrekken van Amsterdamse Pgb's:

- via een voucher of trekkingsrecht
- voor langdurige ondersteuning- en zorgvragen
- eisen aan kwaliteit van hulpverleners

Eisen zoals de 10-uurs grens en uitsluiten mantelzorgers zijn komen te vervallen. De gemeente zal eisen stellen aan de kwaliteit van de diensten en hulpmiddelen die via een Pgb worden betaald. Als een mantelzorger dit kan leveren dan kan dit met een Pgb worden betaald.

Er wordt gewerkt aan één Pgb-regeling en procedure voor Jeugd én Wmo. Met Per Saldo, de belangenvereniging van mensen met een persoonsgebonden budget en Cliëntenbelang Amsterdam zal worden overlegd over de verdere uitwerking en procedure van het Amsterdamse Pgb.

9 Aanvullende tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten

Het Rijk schaft per 1 januari 2014 de bestaande regelingen voor financiële compensatie af, te weten:

- Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg)
- Compensatie Eigen Risico (CER)
- Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten (TSZ)

Deze worden vervangen door de maatwerkvoorziening inkomenssteun.

Gemeenten worden hiervoor verantwoordelijk. Het rijksbudget wordt gehalveerd voordat dit wordt gedecentraliseerd.

Middels de nieuwe voorziening kunnen gemeenten maatwerk bieden. Zij kunnen kiezen voor het aanbieden van diensten via de Wmo of voor het geven van directe inkomenssteun via de bijzondere bijstand.

De huidige Amsterdamse regeling Aanvullende tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Atcg) en het nieuwe budget worden samengevoegd om vorm te geven aan de nieuwe Amsterdamse maatwerkvoorziening inkomenssteun. Dit zal in overleg met Cliëntenbelang gebeuren.

Doel is dat Amsterdammers met een chronische ziekte of beperking met een fiscaal laag inkomen, een financiële tegemoetkoming ontvangen voor extra kosten vanwege hun beperking of ziekte. Extra kosten kunnen zijn een speciaal dieet, bewassingskosten, wettelijke eigen bijdragen enzovoorts.

10 Kwaliteit

Het Rijk heeft nog geen uitspraak gedaan over welke partij verantwoordelijk is voor welk onderdeel van kwaliteit. De landelijke kaders bepalen de ruimte die Amsterdam krijgt. Amsterdam is van mening dat er een grote rol ligt voor gemeenten.

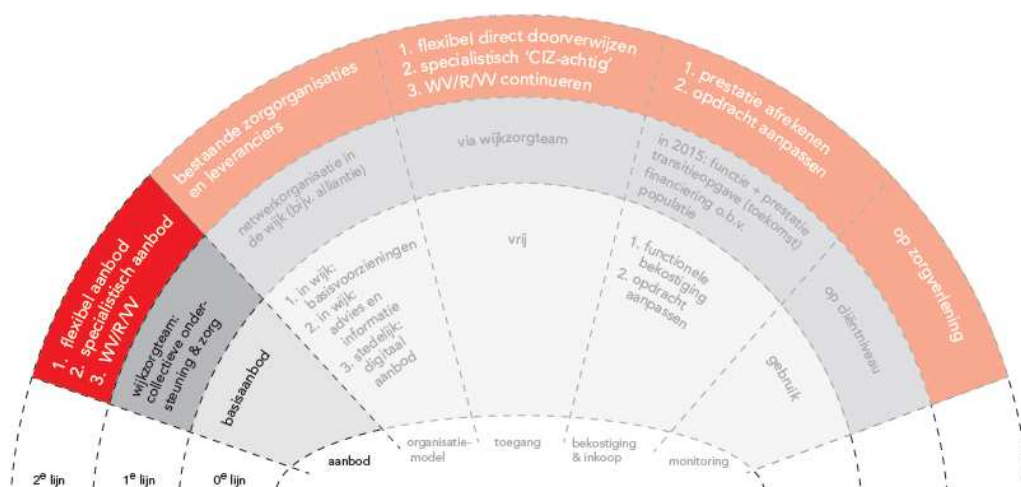
Gemeenten zijn er -op basis van de nieuwe Wmo- expliciet verantwoordelijk voor dat de voorzieningen voldoen aan basisnormen van kwaliteit. Die basisnormen gaan over individueel maatwerk, veiligheid, tijdigheid, correctheid, etcetera. Gemeenten passen deze kwaliteitsuitgangspunten op twee manieren toe:

- Bij de inrichting van de gemeentelijke processen, van informatieverschaffing tot verantwoording.
- Bij de contractering van de aanbieders van ondersteuning en zorg. Gemeenten zullen afgaan op kwaliteitssystemen die aanbieders bijvoorbeeld in brancheverband hebben ontwikkeld in samenwerking met cliëntenorganisaties.

Aanbieders en beroepsbeoefenaren hebben hun eigen verantwoordelijkheid op het gebied van kwaliteit. Branches en beroepsverenigingen ontwikkelen en onderhouden certificeringssystemen of professionele standaarden.

Zodra er meer duidelijkheid is over de toekomstige wettelijke kaders wordt het thema verder uitgewerkt. Belangrijkste punten daarbij zijn de totstandkoming van de basisnormen en de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

11 Aanbod Amsterdamse ondersteuning en zorg



De meeste Amsterdammers kunnen zich prima redden. Met de juiste informatie kunnen ze zelf oplossingen bedenken. Dit heeft een directe relatie met de visie op dienstverlening die Amsterdam in de 0^e lijn aan het maken is. Door goed bereikbare sociale loketten, goede telefonische dienstverlening via het gemeentelijk informatienummer 14 020) en het digitale loket op www.amsterdam.nl hebben Amsterdammers sneller antwoord op hun vraag. Zo wordt onnodige instroom in de 1^e lijn voorkomen. Het goed organiseren van dit eerste contact leidt tot een afname van het volume in de 1^e lijn en zorgt er voor dat mensen beter voorbereid contact opnemen met de 1^e lijn.

Het consequent en eenduidig organiseren van de relatie tussen de 1^e en 2^e lijn in alle wijken vergroot de herkenbaarheid voor de burger en voorkomt doorverwijzingen en versnipperde dienstverlening. De snelheid en kwaliteit gaan omhoog. Het 'volume' in de duurdere 2^e lijn zal dalen terwijl toch goede oplossingen gevonden worden, wat besparingen oplevert.

In het nadenken over het aanbod in de 1^e lijn, is afstemming met het domein Jeugd. Ook vanuit Jeugd wordt de 1^e lijn georganiseerd in 22 wijken met een laagdrempelig aanbod in de vorm van Ouder- en kindteams. Samen vormen de wijkteams vanuit Jeugd en Wmo de gemeentelijke 1^e lijn. Daar waar nodig zullen beide teams in de wijk met elkaar samenwerken.

11.1 Aanbod 0^e lijn: basisaanbod

De 0^e lijn is de basis van het hele zorgstelsel, de zogenoemde algemene voorzieningen. Amsterdam heeft de taak om de 0^e lijn te versterken en zoekt ruimte voor investeringen in de 0^e lijn door besparingen in het 1^e en 2^e lijns aanbod.

In de 0^e lijn worden *alle* Amsterdammers geholpen om zoveel mogelijk eigen oplossingen te vinden, eventueel met ondersteuning van familie, burens, vrienden, vrijwilligers en mantelzorgers. Hierdoor kunnen problemen worden

opgelost of worden voorkomen (preventie). De basisvoorzieningen in de 0^e lijn sluiten zoveel mogelijk aan bij het dagelijks leven en de directe leefomgeving van de Amsterdammers.

De 0^e lijn bestaat uit:

- digitale en telefonische informatievoorziening
- basisvoorzieningen in de wijk:
 - het versterken van vrijwillige inzet en informele netwerken
 - het versterken en ondersteunen van mantelzorgers
 - algemene dagbesteding (participatie en activering)
 - informatie en advies en vraagverheldering (de sociale loketten)

In november 2012 zijn afspraken gemaakt over welke Wmo basisvoorzieningen ten minste in ieder stadsdeel aanwezig moeten zijn. Onderdeel van deze afspraken is een veranderende werkwijze van de maatschappelijke dienstverlening. Samen met de bestuurscommissies zal worden gekeken of de indeling in 22 gebieden tot aanpassingen leidt. De toekomstige afspraken met de bestuurscommissies zullen worden vastgelegd in de gebiedscontracten.

11.2 Aanbod 1^e lijn: wijkzorgteam

De 22 wijkzorgteams vormen de 1^e lijn, de spil van de Amsterdamse zorg. Het wijkzorgteam levert zelf een breed aanbod aan ondersteuning en zorg:

- cliëntondersteuning en maatschappelijke dienstverlening
- (woon)begeleiding
- het oefenen van vaardigheden
- praktische ondersteuning
- verzorging en verpleging

De ondersteuning kan kortdurend of structureel zijn of in de vorm van een steun- en leuncontact. Professionals in het wijkzorgteam bepalen de inzet van deze ondersteuning en zorg.

Het wijkzorgteam is een netwerk van professionals die ondersteuning en zorg leveren aan huis of dicht bij huis. Het wijkzorgteam werkt nauw samen met de 0^e lijn. Ondersteuningsvragen worden zoveel mogelijk opgelost in de 0^e lijn, door mensen te stimuleren hun problemen zelf aan te pakken en ze de weg wijzen naar bijvoorbeeld bewonersactiviteiten in de wijk.

In de 1^e lijn wordt ook het aanbod van MEE gepositioneerd: informatie, advies en ondersteuning op maat aan mensen met een chronische ziekte of aandoening. Er is nog geen besluit genomen over de vorm. Amsterdam gaat hierover in gesprek met MEE.

De aanpak Huiselijk Geweld en Kindermishandeling hoort primair thuis in de 1^e lijn. Amsterdam pakt huiselijk geweld en kindermishandeling specifiek aan. Door scholing van professionals wordt huiselijk geweld en kindermishandeling sneller gesignaleerd en bespreekbaar gemaakt. Alle professionals in de gezondheidszorg, onderwijs, kinderopvang, jeugdzorg, maatschappelijke ondersteuning en justitie moeten vanaf 1 juli 2013 de Verplichte Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling toepassen en bij signalen van geweld advies inwinnen bij het Steunpunt Huiselijk Geweld of het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. De samenwerking met de Ouder- en Kindteams in deze aanpak is intensief. Net zoals de samenwerking met de teams van Samen DOEN. Dat vraagt van de teams deskundigheid om met geweldsproblematiek om te gaan. Overigens kan bij grote veiligheidsdreiging of complexe geweldsproblematiek meteen opschaling naar de 2^e lijn nodig zijn.

11.3 Aanbod 2^e lijn: flexibel aanbod, specialistisch aanbod en woonvoorzieningen, rolstoelen en vervoersvoorzieningen

De ondersteuning en zorg die geen deel uitmaken van het ondersteunings- en zorgpalet van het wijkzorgteam, vormen de gemeentelijke 2^e lijn in drie delen:

1 Flexibel aanbod

Dit is aanbod dat dicht tegen de 1^e lijn aan ligt. Het wordt echter niet geleverd door de professionals in de wijkzorgteams. De wijkzorgteams beslissen wel over de inzet hiervan. Het flexibel aanbod bestaat bijvoorbeeld uit:

- Gespecialiseerde dagbesteding voor hen die dat nodig hebben, en niet in staat zijn tot een arbeidsprestatie of de pensioengerechtigde leeftijd hebben.
- Schoonmaakhulp; qua aard van werkzaamheden een 1^e lijnsvoorziening, gezien de transitieopgave en de toegangsdrempel die we maken in de 2^e lijn gepositioneerd.

Samen DOEN

De gemeente voert middels het programma 'Samen DOEN in de buurt' een nieuwe werkwijze in die 'kwetsbare huishoudens' begeleidt naar meer zelfstandigheid. Het programma richt zich op: risicogezinnen met GGZ-problematiek en licht verstandelijke beperkingen (LVB), huishoudens zonder kinderen met een hoog risico op sociaal isolement, huishoudens zonder kinderen met GGZ problematiek en mensen met een verstandelijke beperking zonder kinderen (LVB).

2 Specialistisch aanbod

Het specialistische aanbod houdt een vorm van indicatie. Vormen van specialistisch aanbod zijn:

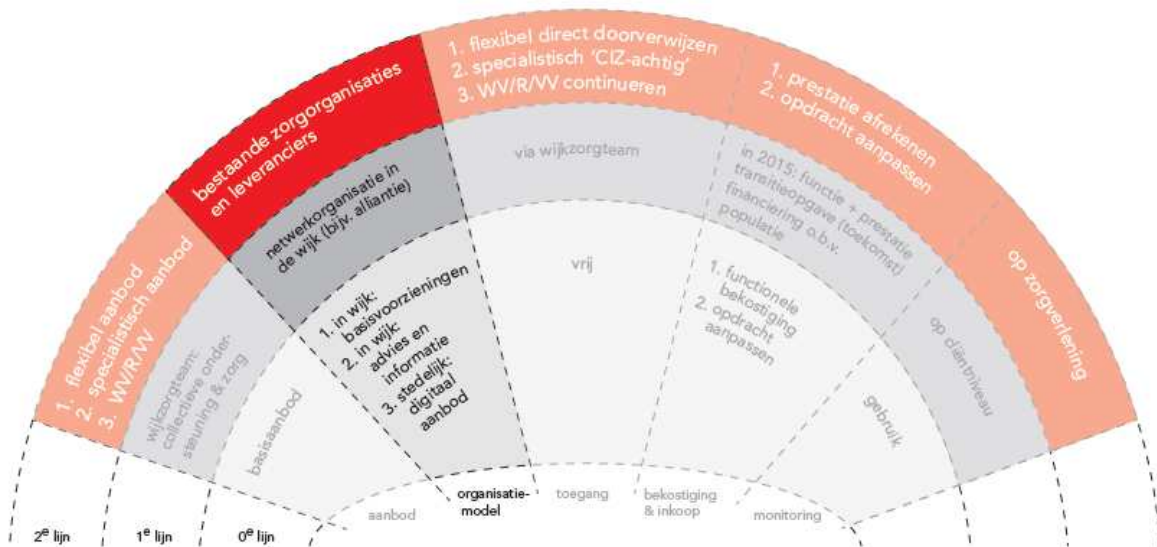
- ondersteuning zelfredzaamheid bij verslaving, justitie, huiselijk geweld
- begeleiding zintuigelijk gehandicapten
- begeleiding aan mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH)
- arbeidsmatige dagbesteding en begeleid werken (vanwege de samenhang met de participatiewet wordt toegang en klantroute hier in samenhang met inkomen georganiseerd)
- begeleiding en dagbesteding voor cliënten met een Meervoudige Complexe Handicap (MCG)
- begeleiding van cliënten met een verstandelijke handicap (VG) of psychiatrische aandoening (GGZ) met ernstige gedragsproblematiek
- kortdurend verblijf (bijvoorbeeld als vorm van respijtzorg)
- RIBW, beschermd wonen voor mensen met een psychiatrische aandoening
- maatschappelijke opvang, diverse voorzieningen voor opvang van dak- en thuislozen
- vrouwenopvang
- gespecialiseerde ambulante hulp en/of opvang bij huiselijk geweld

Er is ook aanbod dat hoofdzakelijk gefinancierd wordt vanuit de Zorgverzekeringswet maar een belangrijke functie heeft in de wijken. Voorbeeld: de ACT teams en FACT teams in de GGZ zorgen dat mensen met complexe psychiatrische aandoeningen zelfstandig kunnen wonen. Hierdoor vangen we de uitstroom uit de instellingen op en stimuleren we de doorstroom naar beschermd wonen. In 2014 wordt dit verder uitgebouwd in samenwerking met het veld.

3 Woonvoorzieningen, rolstoelen en vervoersvoorzieningen

De Woonvoorzieningen, rolstoelen, Aanvullend Openbaar Vervoer, trapliften, en scootmobiel worden gepositioneerd in de 2e lijn. De gemeente heeft hiervoor leveranciers gecontracteerd.

12 Organisatie Amsterdamse zorg en ondersteuning



Wij kiezen bewust voor het zoveel mogelijk organiseren van de zorg op wijkniveau. Dit om herkenbare ondersteunings- en zorginfrastructuur te bieden voor Amsterdammers en samenwerking tussen professionals op wijkniveau te stimuleren. Als organisatieniveau kiezen we voor de 22 wijken die bestuurlijk zijn bepaald.

We kiezen er bewust voor om niet in dit stadium te kiezen voor een organisatievorm in de wijk maar onze focus te leggen op het implementeren van de andere manier van werken in de wijk:

- meer samenhangende en afgestemde ondersteuning
- minder overnemen van regie
- versterking eigen kracht door aanleren van vaardigheden
- inzetten van informele netwerken in de wijk

De transitie vraagt natuurlijk wel een stevige regie en organisatie op wijkniveau. Amsterdam overlegt met zorg- en welzijnsaanbieders hoe dit ingericht kan worden. Het beeld is dat er allianties ontstaan van een aantal zorgaanbieders met de welzijnsorganisatie(s) per wijk die verantwoordelijk zijn voor:

- regelen van de voordeur van het wijkzorgteam
- bewaken eenduidige klantroutes
- coördinatie van het netwerk in de wijk

In de opdrachtformulering aan het veld zal dit vastgelegd worden.

Bij elke stap die we zetten in het systeem blijven eigen kracht en preventie de basis. Om tot een eenduidige en goed georganiseerde gemeentelijke 1^e en 2^e lijn te komen vraagt van ons te leren van onze ervaringen en het monitoren van onze kwaliteit.

12.1 Organisatie 0^e lijn: basisaanbod

Een belangrijke rol bij het organiseren van de 0^e lijn is weggelegd voor de toekomstige bestuurscommissies. Zij zijn verantwoordelijk voor de basisvoor-

zeningen in de wijken. Binnen de kaders van de gemeenteraad krijgen zij een belangrijke functie in het stimuleren en faciliteren van het aanbod in de 0^e lijn. De initiatieven in de 0^e lijn kunnen los of in samenhang met de 1^e lijn worden opgezet.

12.2 Organisatie 1^e lijn: wijkzorgteam

Het wijkzorgteam bestaat uit professionals die ondersteuning en zorg leveren aan huis of dicht bij huis: wijkverpleegkundigen, medewerkers van de huisartsenpraktijk, verzorgenden van de thuiszorg en medewerkers maatschappelijke dienstverlening. Voor de doelgroepen verstandelijk gehandicapten en mensen met een psychiatrische aandoening aangevuld met woonbegeleiders. Naargelang de doelgroep werken zij samen in een netwerk in de wijk.

De organisatie zien wij als een netwerk waarin de gemeente via opdrachtgeverschap stuurt op het organisatie/samenwerkingsmodel op wijkniveau. De gemeente stuurt op de wijkzorgteams op onderdelen als:

- resultaatgerichte aanpak
- probleemoplossend vermogen professionals
- het maken van integrale afwegingen
- verbinding leggen tussen 0^e, 1^e en 2^e lijn
- het stimuleren van Eigen Kracht

Er wordt in de wijken met korte lijnen directe ondersteuning en zorg geboden. Teamoverleggen over de afstemming van de directe ondersteuning van de cliënten. kunnen in verschillende samenstelling plaatsvinden. De organisatie en samenstelling van de wijkzorgteams kunnen per gebied op onderdelen verschillen, afhankelijk van de ondersteuningsvragen in de wijk.

De wijkzorgteams hebben wel een herkenbare en eenduidige werkwijze. Bijvoorbeeld op het gebied van toegang, klantroutes, opstellen ondersteuningsplan, kwaliteitseisen, monitoring en de positie van de cliënt.

Voor de Amsterdammer die vanwege ouderdom of een aandoening ondersteuning of zorg nodig heeft is de huisarts en wijkverpleegkundige een van de aanspreekpunten. De 1^e lijn die wordt gecontracteerd via de zorgverzekeraars is in onze ogen onmisbaar bij een logische en samenhangende zorginfrastructuur in de wijken.

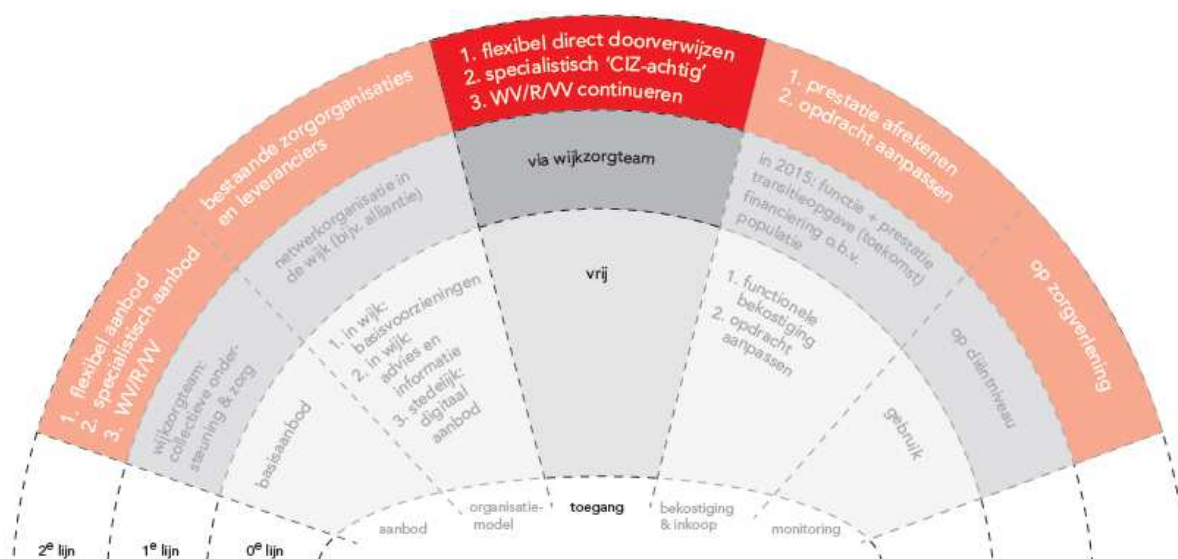
Naast de wijkzorgteams voor volwassenen zijn er in de wijken ook Ouder- en Kindteams actief. De gemeente zorgt er in de opdrachtformulering aan deze teams voor dat de professionals van beide teams elkaar kennen en zonedig samenwerken.

Samen met het programma 'Om het kind' waar de decentralisatie Jeugdwet wordt voorbereid, zullen documenten zoals het ondersteuningsplan worden opgesteld.

12.3 Organisatie 2^e lijn: flexibel aanbod, specialistisch aanbod en woonvoorzieningen, rolstoelen en vervoersvoorzieningen

De zorg in de 2^e lijn blijft georganiseerd zoals nu. Er zijn meerdere zorgaanbieders die vanuit hun deskundigheid zorg leveren. Zij houden contact met het wijkzorgteam en rapporteren wanneer de cliënt bij hen in zorg is, indien nodig. Ook wanneer iemand 2^e lijns zorg krijgt, blijft de verbinding met (informele) zorgnetwerken in de wijk belangrijk. Ook dan wordt er een integraal ondersteuningsplan opgesteld.

13 Toegang tot ondersteuning en zorg



Een van de manieren om te sturen op het gebruik van ondersteuning- en zorg is het bepalen van de toegang. Als je toegang vrij laat stimuleer je het gebruik, als je drempels maakt rem je het gebruik. Amsterdam kiest voor een sterke 0^e lijn en voor een omslag in de 1^e lijn. Van een AWBZ die zorgaanbieders stimuleert tot leveren van productie naar een herijkte Wmo die meer gebaseerd is op Eigen Kracht. Dit betekent dan ook dat je de professionals in de wijkzorgteams het vertrouwen en de ruimte geeft om te bepalen voor welke mensen ondersteuning of zorg nog wel nodig is.

13.1 Toegang 0^e lijn: vrij

Het aanbod in de 0^e lijn is voor alle Amsterdammers toegankelijk. Bepaalde activiteiten, zoals kookgroepen, cursussen en trainingen worden voor specifieke groepen georganiseerd.

13.2 Toegang 1^e lijn: via wijkzorgteam

De dienstverlening van de wijkzorgteams staat open voor alle Amsterdammers, iedereen kan zich melden bij het wijkzorgteam. Dat wil overigens niet zeggen dat elke Amsterdammer ook daadwerkelijk zorg of ondersteuning krijgt. De professionals van het wijkzorgteam bepalen of professionele ondersteuning noodzakelijk is.

Als het wijkzorgteam de cliënt in zorg neemt dan wordt in samenspraak met de cliënt een ondersteuningsplan opgesteld. Dit ondersteuningsplan is de vastlegging van wat de cliënt mag verwachten van het wijkzorgteam én wat hij zelf kan/gaat regelen.

13.3 Toegang 2^e lijn: direct doorverwijzen of indicatiestelling

1 Flexibel aanbod

Een aantal professionals in het wijkzorgteam (gedacht wordt aan wijkverpleegkundigen en de huisartsenpraktijken; voor de VG en GGZ aangevuld met de woonbegeleiders) krijgt het mandaat om zonedig direct door te verwijzen naar het specifiek benoemde flexibel aanbod. Deze doorverwijzing wordt vastgelegd in het ondersteuningsplan.

Met de huisartsen zullen we in overleg gaan over hoe hun rol in het wijkzorgteam vorm gegeven kan worden, zonder dat zij naar hun gevoel overvraagd worden. De inzet daarbij is dat huisartsen participeren in het wijkzorgteam en zo meer ruimte krijgen voor hun specifieke rol in de gezondheidszorg. Bijvoorbeeld doordat wijkverpleegkundigen zelf samen met de cliënt bepalen waar extra ondersteuning nodig is, zal naar verwachting het spreekuur van de huisarts worden ontlast.

Samen met 'Om het kind' zullen het doorverwijsformulier en de spelregels rond het Direct Doorverwijzen worden opgesteld.

2 Specialistisch aanbod

Voor het specialistische aanbod houden wij een toegang die lijkt op de huidige indicatiestelling. Dit aanbod zullen we net als het flexibele aanbod specifiek beschrijven. De procedure die wij hiervoor inrichten lijkt op de huidige CIZ-procedure in de AWBZ. De gemeente maakt het indicatieprotocol en geeft opdracht om de indicatiestelling uit te voeren. Hiermee sturen wij op de toegang en op hoeveel zorg iemand krijgt. Het indicatiebesluit geldt als beschikking *Specialistische aanbod*. Hiermee krijgt iemand toegang tot het specialistische aanbod.

Voor arbeidsmatige dagbesteding en begeleid werken komt er een duidelijke klantroute inclusief indicering/toegangsdrempel. Dit kan bijvoorbeeld een afstemming betreffen tussen de wijkzorgteams en de DWI re-integratieconsulenten, maar ook een gezamenlijk loket zijn.

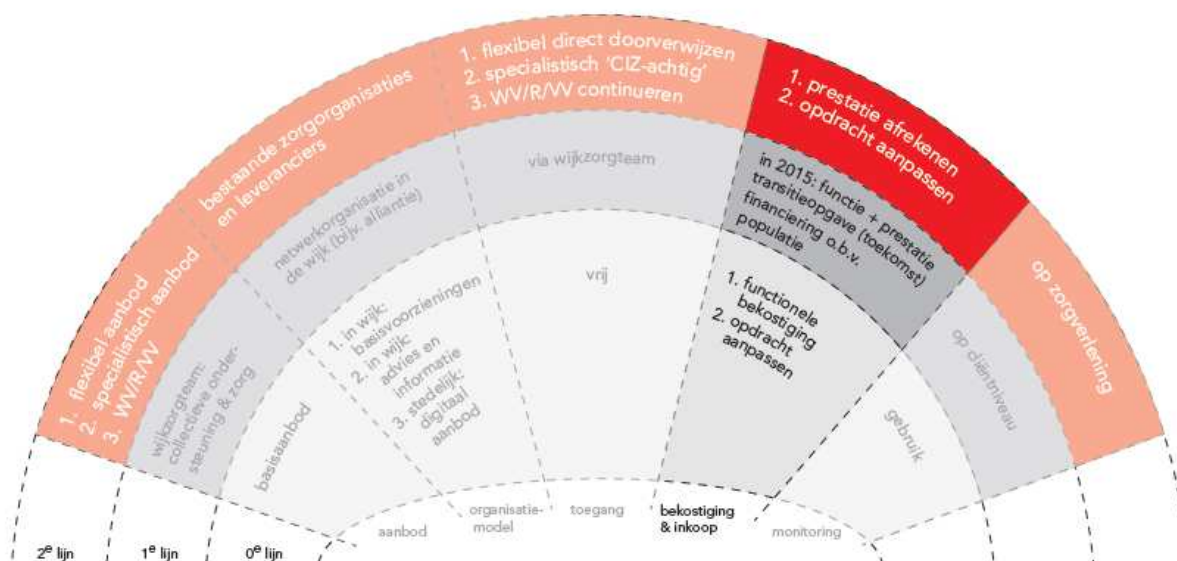
3 Woonvoorzieningen, rolstoelen en vervoersvoorzieningen

Het toegangsproces voor deze voorzieningen laten we vooralsnog zoals het nu is. Het proces van aanvragen en toekennen van Aanvullend Openbaar Vervoer (AOV) is recentelijk efficiënter georganiseerd.

Wel nemen we in het beoordelingskader mee dat gekeken moet worden naar 'Eigen kracht'-principe.

In de toekomst bezien we welke rol het wijkzorgteam gaat spelen bij het toekennen van dit type voorzieningen. Gezien de transitieopdracht die ligt bij de professionals in de wijken starten wij hier nog niet in 2015.

14 Sturing en bekostiging



Sturing door de gemeente is nodig om de doelen die we hebben met de Amsterdamse zorg te bereiken:

- Inhoudelijke wensen zoals het versterken van de dienstverlening via de website en het basisaanbod, en een omslag naar een wijkgerichte benadering in de 1^e lijn.
- Besparingen in de kosten van ondersteuning en zorg in de 1^e en 2^e lijn.

Sturen doen we door keuzes te maken in

- de wijze van organiseren van het gebiedsgericht werken
- de wijze waarop we de toegang regelen
- het wel of geen eigen bijdrage innen; en
- het inkoop- en bekostigingsmodel

Het volledige sturings- en bekostigingsmodel is omvattend en wordt nog ontwikkeld. Het definitieve sturings- en bekostigingsmodel zal worden uitgewerkt samen met de decentralisaties Jeugdwet en Participatiewet. Er wordt gezocht naar een andere aanpak, meer samenwerken in netwerken, een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Dit vraagt om een nieuwe financiering en verantwoordingssystematiek. De gemeente pakt het uitdenken hiervan op met al le betrokkenen. Hieronder wordt per ring een eerste richting geschetst waarlangs we het inkoop- en bekostigingsmodel gaan uitwerken. Dit is de wijze waarop de gemeenten de opdrachten verleend aan maatschappelijke partijen voor het realiseren van de gestelde doelen, en de wijze waarop de geleverde diensten worden betaald.

14.1 Sturing en bekostiging 0^e lijn: basisaanbod

▪ Sturing via aanbod

De sturing in de 0^e lijn is vooral gericht op het beschikbaar hebben van divers aanbod met een hoge kwaliteit. De kwaliteit van het aanbod een belangrijke rol bij het voorkomen dat cliënten doorstromen naar de 1^e of 2^e lijn. Sturen op kwaliteit kan o.a. door middel van onderzoek naar klanttevredenheid, schouwen, effectiviteit van de dienstverlening.

▪ **Bekostiging: functiegericht**

Het betreft hier collectief aanbod zoals basisaanbod en digitale hulpmiddelen waarbij beschikbaarheid en toegankelijkheid voorop staan. Hier wordt gekozen voor functiegerichte bekostiging. Dat wil zeggen dat het beschikbaarheid van het aanbod wordt bekostigd en niet het gebruik of resultaat. In het toekomstige bekostigingsmodel zouden delen van het basisaanbod onderdeel kunnen zijn van een wijkbudget. Voor het stadsbrede aanbod zoals de website ligt dit niet voor de hand.

14.2 Sturing en bekostiging 1^e lijn: wijkzorgteam

▪ **Sturing via gezamenlijk opdrachtgeverschap gemeente en zorgverzekeraar**

We sturen op het organiseren van een goede *1^e lijn* waar professionals met een generalistisch profiel inzetten op:

- de eigen kracht / dragende samenleving
- problemen als het kan direct oplossen
- en zo nodig adequaat doorverwijzen naar de *2^e lijn*

Daarnaast is innovatie en effectieve samenwerking tussen zorgaanbieders (Wmo en Zvw) en welzijnsorganisaties is nodig om (schaarse) middelen op een efficiënte manier in te zetten. Dit moet leiden tot lagere kosten en een verhoogde kwaliteit van ondersteuning en zorg met een hoge klanttevredenheid. De toegang wordt bepaald door de professionals.

Samen met het zorgveld en cliëntenorganisaties ontwikkelen wij de nieuwe wijkgerichte zorgverlening en zoeken we naar een goede manier om dit in de wijken te organiseren. Samen met de zorgverzekeraar zorgen wij dat de opdracht aan de professionals in de wijkzorgteams vastgelegd worden in het contracteringsproces.

In de wijken zal door de nieuwe werkwijze van de wijkzorgteams een grote omslag moeten plaatsvinden. De gemeente zal hier in de transitiefase een grote rol in spelen. Hoe die er precies uitziet wordt uitgewerkt in overleg met de zorg- en welzijnspartijen. Er zal sturing op wijkniveau georganiseerd worden.

▪ **Bekostiging: resultaatgericht**

In de *1^e lijn* willen we toe naar een vorm van resultaatgerichte bekostiging, dit betekent dat de bekostiging plaatsvindt op basis van het gerealiseerde resultaat. Het is een vorm van bekostiging die gericht is op het stimuleren van goede uitkomsten in termen van kwaliteit en kosten. Een andere benaming hiervoor is 'uitkomstbekostiging'. Populatiebekostiging wordt gezien als de meest vergaande vorm van uitkomstbekostiging en wordt nog nergens in Nederland toegepast.

Gekozen wordt voor een gefaseerde invoering van resultaatgerichte bekostiging. In het eindplaatje is er sprake van een wijkbudget dat bepaald wordt op basis van populatiekenmerken. Het zorgstelsel voor volwassen én jeugdigen wordt hier uit bekostigd, wellicht in de toekomst ook samen met deel van het participatie-aanbod van DWI. Om afwentelingmechanismen te voorkomen zal ook het zorgdomein van de zorgverzekeraar moeten worden meegenomen.

Een eerste stap zou zijn om een basisbekostiging aan te vullen met prestatieopslag voor de zorg in de *1^e lijn*. Dit is feitelijk een *lump sum* bekostiging, één bedrag voor het totale pakket zonder afrekening op productie of resultaat. Consequentie hiervan is ook dat er sprake is van een plafond, het is geen open einde regeling.

Omdat het bepalen van het *lump sum* wijkbudget nieuw is zullen we ruimte moeten inbouwen om in de loop van het jaar verschuivingen in budget te kunnen realiseren. Dit om te voorkomen dat er halverwege het jaar te weinig budget beschikbaar om het wijkzorgteam te bekostigen.

Het ontwikkelen van een uitkomstbekostiging/ populatiebekostiging vraagt een grote inspanning van de gemeente en zorgvuldige invoering. Het vraagt een andere financieel administratieve infrastructuur en andere informatiesystemen. Dit moet in gezamenlijkheid met de gemeentelijk domeinen Jeugd en Participatie worden vormgegeven.

14.3 Sturing en bekostiging 2^e lijn: flexibel aanbod, specialistisch aanbod en woonvoorzieningen, rolstoelen en vervoersvoorzieningen

▪ **Sturing via opdrachtgeverschap gemeente**

De sturing in de 2^e lijn vindt enerzijds plaats door de toegangscriteria die wij stellen. Daarnaast worden er in de contractering afspraken gemaakt over prestaties, volume en kwaliteit. De sturing op het naleven van de contracten vindt plaats door contractmanagement. Het gewenste effect wordt bereikt door juiste keuze van criteria, door de inhoud van de contracten en de controle op naleving hiervan. Dit is een bekend proces bij gemeente en aanbieders.

▪ **Bekostiging: prestatiegericht**

Het flexibele aanbod en de specialistische vormen van zorg en ondersteuning zullen prestatiegericht worden bekostigd. Dit geldt ook voor de woonvoorzieningen, rolstoelen en vervoersvoorzieningen. Prestatiegerichte bekostiging betekent dat bekostiging plaatsvindt op basis van een uitgevoerde activiteiten of prestaties. Bij deze vorm ligt er een relatie tussen de geleverde prestatie en de bekostiging. Hier is in principe sprake van een openeinde regeling, met aanbieders kunnen wel afspraken gemaakt worden over volumebeheersing.

14.4 Eigen bijdrage

In principe geldt voor de zorg in de 1^e en 2^e lijn een eigen bijdrage. De mogelijkheden voor het heffen daarvan worden nader onderzocht, waarbij scherp op de inningskosten wordt gelet.

Aandachtspunt is dat er voor reïntegratie geen eigen bijdragen gelden. Dit betekent dat er in het continuüm dagbesteding een goede afbakening moet worden gemaakt.

Een extra aandachtspunt is de samenhang van eigen bijdragen en het armoedebudget. Dit wordt meegenomen in de afwegingen die worden gemaakt bij de invoering van een eigen bijdrageregeling.

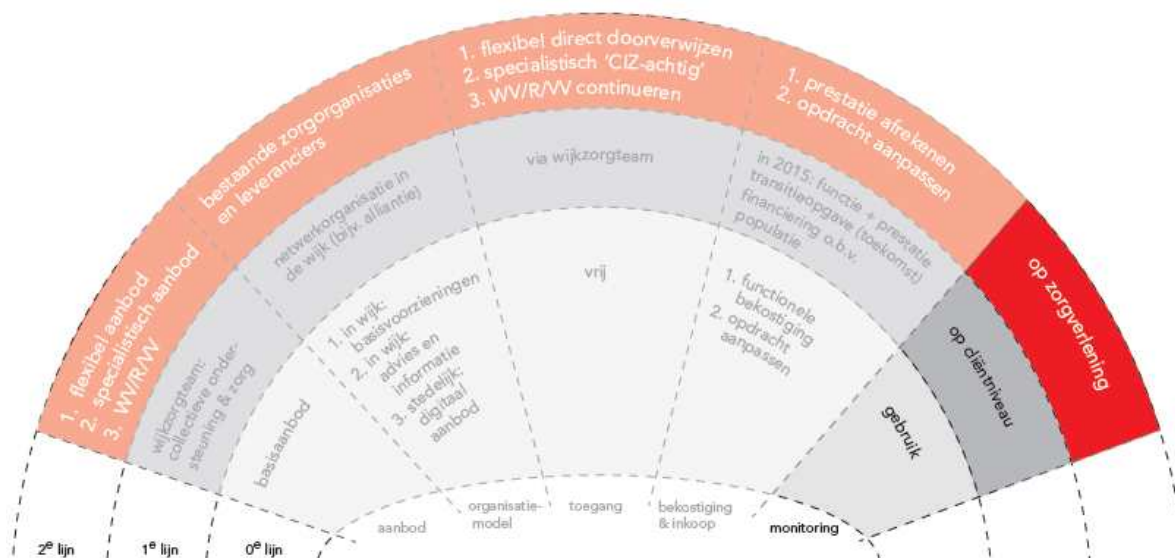
14.5 Inkoop en contractering

Voor de realisatie van onze doelen zullen we moeten samenwerken met maatschappelijke partijen die zorg en/of welzijn leveren in Amsterdam. Wij onderscheiden in de vormgeving van het nieuwe zorgstelsel twee fases: de ontwikkelingsfase en de implementatiefase. De ontwikkelfase willen wij optimaal benutten om de deskundigheid van het veld, de zorgverzekeraar en de andere decentralisaties te gebruiken bij de definitieve vormgeving. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ondersteunt in deze ontwikkelingsfase actief de zes proeftuinen met wijkzorgteam die wij in 2014 starten. Product van deze fase is een heldere definiëring per lijn van het aanbod en resultaten van dat aanbod. En ook meer zicht op welke mate van sturing door de gemeente nodig is.

In de implementatiefase gaan we daarna organiseren dat de gewenste doelen behaald worden. Het vraagstuk over inbesteden (zelf uitvoeren door de gemeente) versus uitbesteden komt dan aan bod. In de huidige Wmo is inbesteden geen optie, de nieuwe Wmo lijkt hiervoor meer mogelijkheden te bieden. De keuze is met name afhankelijk van de invulling van het gewenste opdrachtgeverschap. Als wordt besloten tot inkoop zal hiervoor de meest geschikte procedure gekozen worden. De inkoop zal in samenwerking met Concern Inkoop en de bij de andere decentralisaties betrokken diensten, DMO en DWI, verlopen. Cliëntenbelang zal bij de inkoopprocedure betrokken worden.

Voor 1 januari 2015 zetten we in op een zorgvuldige overgang, het nieuwe zorgstelsel zal niet in de nacht van 31 december op 1 januari ineens gerealiseerd zijn, wel zullen alle cliënten die zorg nodig hebben deze op 1 januari ook moeten ontvangen. Dit vraagt om een zorgvuldige en gefaseerde implementatie.

15 Monitoring en data-analyse



Een goede analyse van beschikbare data en het ontwerpen van een goed monitoringsysteem is onontbeerlijk om te kunnen sturen in het Amsterdamse Zorgstelsel. Het is daarbij belangrijk om een monitorsysteem in te richten samen met de domeinen Jeugd en Werk & Inkomen.

Er zijn daarbij een aantal invalshoeken.

1 Analyse van kenmerken inwoners in de wijk

Dit is nodig om te kunnen bepalen wat er in de 0^e en 1^e lijn aan basisaanbod nodig is en welk budget beschikbaar is voor het wijkzorgteam. In het toekomstige model is er een wijkbudget voor zorg en jeugd (en wellicht ook DWI). In de analyses die gemaakt gaan worden zullen DMO, WZS, stadsdelen en DWI gezamenlijk optrekken. De Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) zal hierin een plek krijgen.

2 Sturing en verantwoording

Er zullen prestatie-indicatoren worden benoemd waarmee we zicht krijgen op de resultaten in het nieuwe zorgstelsel. De resultaten van de wijkteams hebben daarbij de specifieke aandacht.

We willen sturen op inhoud:

- zijn cliënten tevreden met de ondersteuning en zorg
- is de ondersteuning en zorg effectief; is de score op de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) hoger geworden
- wordt er minder doorverwezen naar de 2^e lijn
- is de participatie verhoogd
- andere, nog nader te bepalen parameters

Daarnaast moet de financiële monitor op orde zijn. Ook hiervoor moeten we de parameters bepalen die informatie geven over:

- wat is de benutting van het Wmo-budget, is er sprake van onder- of overbesteding
- op welk moment krijgen wij hier zicht op
- andere, nog nader te bepalen parameters

Het opzetten van een goed datasysteem en data-analyse en het bepalen van de indicatoren waarop gemonitord gaat worden vraagt een stevige inzet. De samenwerking met de domeinen Jeugd en Werk & Inkomen is noodzakelijk als we sturen op een eindplaatje van 1 wijk 1 budget. De input van Amsterdammers en cliënten over wat zij belangrijk vinden wordt hierbij meegenomen. Daarnaast is ook afstemming over data-verzameling met zorgverzekeraars nodig als we in de toekomst een populatiegerichte bekostiging willen.

De valkuil voor de gemeente is dat we heel veel informatie willen hebben. Het is belangrijk om de administratieve belasting van de professionals niet uit het oog te verliezen.

Verklarende woordenlijst

- ACT** Doel van ACT is om patiënten met psychiatrische aandoeningen buiten de instelling te begeleiden, behandelen en te ondersteunen in hun herstel. Behandeling en De 'Functie ACT', FACT, is een in Nederland ontwikkelde variant op ACT. Waar ACT zich richt op de meest ernstige langdurende zorg patiënten, richt FACT zich in een bepaalde wijk of regio op alle patiënten.
- AOV** Aanvullend Openbaar Vervoer. Speciaal vervoer voor Amsterdammers van 75 jaar en ouder en Amsterdammers met een beperking.
- AWBZ** De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Wettelijke verzekering voor zorg en begeleiding bij langdurige ziekte, handicap of ouderdom; via de AWBZ worden kosten vergoed die niet worden gedekt door de basisverzekering of Wmo.
- CIZ** Het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) indiceert, of toetst, de aanspraak op AWBZ zorg. Met een indicatie van het CIZ weet je hoeveel ondersteuning en zorg je kunt krijgen en in welke vorm. Het gaat hierbij om zorg die valt onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- GGZ** Geestelijke gezondheidszorg. Deelgebied binnen de gezondheidszorg dat behandeling, begeleiding en verzorging biedt aan mensen met psychische problemen, biedt tevens preventie.

Mantelzorger

Een mantelzorger zorgt langdurig en onbetaald voor een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis.

- OGGZ** De OGGZ omvat alle activiteiten op het terrein van de geestelijke volksgezondheid die niet op geleide van een vrijwillige individuele hulpvraag tot stand komen. De doelgroep zijn de verkommerden en verloederden, ook wel de overlastgevende zorgmijders genoemd.

Participatiewet

In de Participatiewet voegt het kabinet de Wet werk en bijstand, de Wet sociale werkvoorziening en een deel van de Wajong samen.

Populatiebekostiging

Bij populatiebekostiging wordt het totale ondersteunings- en zorgaanbod aan een bepaalde populatie aangeboden en bekostigd, bijvoorbeeld aan de inwoners van een wijk. De prikkel om meer zorg te leveren dat noodzakelijk wordt hierdoor weggenomen. Er zijn vele vormen mogelijk, binnen alleen de gemeentelijke budgetten of samen met zorgverzekeraar en zorgkantoor.

Respijtzorg

Het tijdelijk overnemen van de zorg ter ontlasting van de mantelzorger.

- RIBW** Regionale instellingen voor beschermd wonen. Biedt begeleiding en huisvesting aan mensen met psychosociale, psychiatrische en/of verslavingsproblemen.

Samen DOEN

Nieuwe werkwijze ten behoeve van Amsterdamse huishoudens met meerdere problemen.

Wajong

Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten. Het doel van de wet is om hulp te bieden bij het vinden en behouden van betaald werk. Gaat op in nieuwe Participatiewet.

ZZP Zorgzwaarte Pakket. Bekostigings- en indicatie-instrument in de AWBZ. Een ZZP is een pakket aan zorg in een instelling met daaraan verbonden een budget.