

Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning 2017 Gemeente Drechterland

Hoofdstuk 1. Algemeen

1.0 Inleiding

Inwoners die samen met hun naasten onvoldoende zelfredzaam zijn of tot participatie in staat, moeten een beroep kunnen doen op door de overheid georganiseerde ondersteuning. De ondersteuning van personen met een beperking, chronisch psychisch of psychosociaal probleem dient erop gericht te zijn dat zij zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kunnen blijven. Dat is de kern van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo).

De gemeente heeft haar verantwoordelijkheid en bevoegdheden uitgewerkt in de Verordening maatschappelijke ondersteuning, het Besluit maatschappelijke ondersteuning, in deze beleidsregels en verder in de beleidsregels gebruikelijke zorg alsmede het indicatieprotocol huishoudelijke hulp.

1.1 Afwegingskader

Iedereen kan zich bij de gemeente melden met een ondersteuningsvraag. Het college onderzoekt vervolgens of er een balans is tussen eigen kracht, sociaal netwerk en de verantwoordelijkheid van de gemeente. Een inwoner is in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor zijn eigen leven en daarmee zijn eigen zelfredzaamheid en participatie, evenals het beroep dat gedaan kan worden op familie en zijn sociale netwerk. Degene die zich meldt met een ondersteuningsvraag wordt gestimuleerd om zelf de regie te voeren en alle mogelijkheden bij zichzelf en zijn omgeving te benutten. Elke situatie vraagt echter om maatwerk: een individuele afweging op basis van de persoonlijke situatie voor de meest passende oplossing.

Deze beleidsregels geven de consultants en medewerkers van gebiedsteams, die de Wmo namens het college uitvoeren, een afwegingskader om dat maatwerk te organiseren. Daarom bestaat dit afwegingskader ook vooral uit richtlijnen in plaats van regels. Duidelijk genoeg als kader, maar ruim genoeg om het standaardaanbod af te wegen ten opzichte van de specifieke situatie. Deze is soms zo uniek dat een persoonlijke benadering de enige manier is om een effectieve oplossing te bieden. Als de professionals in die gevallen gemotiveerd afwijken van de norm dan versterkt dat hoogstwaarschijnlijk de betrokkenheid en daarmee de zelfregie van de cliënt.

Deze afwijking van de norm kan altijd worden onderbouwd met de begrippen legitimiteit, betrokkenheid en (kosten)effectiviteit.

- Legitimiteit staat voor de mate waarin het te rechtvaardigen is om wel of geen hulp of ondersteuning te bieden. Dit kan worden ontleend aan de letter van de beleidsregel, de verordening of de wet. Maar ook aan de geest van beleid en doelstellingen.
- Betrokkenheid staat voor de mate waarin mensen en hun omgeving zelf betrokken blijven bij het oplossen van hun eigen problemen.
- En (kosten)effectiviteit gaat over de vraag hoe effectief en efficiënt publieke middelen worden aangewend in de verschillende routes (in de verordening gedefinieerd als 'goedkoopst-adequaatt').

Tenslotte is vraagverheldering in dit afwegingskader van het grootste belang. We willen sturen op het ontdekken van de belangrijkste prioritaire problemen en het relativeren of normaliseren van andere problemen. Regie door de cliënt zelf moet worden bepaald door een specifieke eigen hulpvraag en is niet primair bedoeld om samenhang te brengen in het werk van de betrokken professionals.

1.2 Melding, onderzoek en besluit

De Wmo kent een aantal wettelijke bepalingen waaruit volgt hoe het college tot besluiten dient te komen. Deze paragraaf beschrijft het proces van de melding, het onderzoek en het besluit op een formele aanvraag.

De wet verlangt van het college om een melding van een ondersteuningsvraag niet gelijk als een formele aanvraag te beschouwen, maar eerst binnen zes weken een onderzoek uit te voeren. Dit onderzoek voert het college uit in samenspraak met de persoon die de melding heeft gedaan, of met degene namens wie de melding is gedaan en waar mogelijk eventuele mantelzorger(s), of wettelijke vertegenwoordigers. Van het onderzoek wordt een verslag gemaakt dat aan de cliënt wordt voorgelegd ter ondertekening. Dit verslag bevat de bevindingen van (de vertegenwoordiger van) het college, inclusief afspraken en eventuele verwijzingen die tijdens het gesprek met de cliënt zijn gemaakt. Het verslag kan vervolgens dienen als een formele aanvraag voor een maatwerkvoorziening. Ook als de cliënt het niet eens is met dit verslag kan hij uiteraard een aanvraag indienen.

Voorafgaand aan het onderzoek dient het college te wijzen op de mogelijkheid gebruik te maken van gratis cliëntondersteuning en de mogelijkheid om uiterlijk een week na de melding een persoonlijk plan in te dienen. In dat plan kan de cliënt zijn omstandigheden beschrijven en aangeven welke maatschappelijke ondersteuning naar zijn mening het meest is aangewezen. Onafhankelijke cliëntondersteu-

ning betreft de ondersteuning met informatie, advies en het geven van algemene ondersteuning die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie en het verkrijgen van een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, (preventieve) zorg, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen. Onafhankelijke cliëntondersteuning heeft dan ook een bredere reikwijdte dan de Wmo. Cliëntondersteuning is een kosteloze algemene voorziening. Op grond van de wet geeft het college uiterlijk twee weken na ontvangst van de formele aanvraag een beschikking. Nu de doelgroep van de Wmo is uitgebreid, zal daarbij nog vaker een beroep gedaan worden op medisch expertise om de situatie van de cliënt in kaart te brengen. Dit borgt de zorgvuldigheid en leidt tot een overwogen beslissing. Indien het medisch advies langer op zich laat wachten, dient de beslistermijn op grond van de bepalingen uit de Algemene wet bestuursrecht (Awb) opgeschort te worden en tijdig aan de aanvrager te worden medegedeeld.

Nadat de maatwerkvoorziening is verstrekt, zal het CAK op basis van de beschikking een bijdrage innen conform de richtlijnen ten aanzien van het inkomen van de cliënt (zie Uitvoeringsbesluit Wmo 2015 van het Rijk) en eventueel de benuttingsperiode als het hulpmiddel of woningaanpassing betreft. Indien de cliënt heeft gekozen voor een Persoonsgebonden budget (pgb) dan zal hij deze niet meer zelf ontvangen, maar krijgt hij zogenaamde trekkingsrechten van de Sociale verzekeringsbank (SVB).

1.3 Persoonsgebonden budget

Uitgangspunt van de nieuwe Wmo is dat de cliënt een maatwerkvoorziening “in natura” krijgt aangeboden, maar er tevens op moet worden gewezen dat dit desgewenst als persoonsgebonden budget (pgb) kan worden verstrekt. De wet verbindt daar echter wel voorwaarden aan:

- De aanvrager dient in staat te zijn om de aan het pgb verbonden taken (o.a. het sluiten van overeenkomsten en het aansturen en aanspreken van de hulpverlener op zijn verplichtingen) op een verantwoorde wijze uit te voeren. Dit kan ook overgenomen worden door iemand uit het sociale netwerk, curator, mentor of gemachtigde;
- Naar het oordeel van het college is gewaarborgd dat de diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen van goede kwaliteit zijn. Dit dient vooraf getoetst te worden door bijvoorbeeld een persoonlijk budgetplan, op welke wijze de ondersteuning bijdraagt aan zijn participatie en zelfredzaamheid en hoe de kwaliteit is gewaarborgd;
- Een pgb mag de kosten van een vergelijkbare maatwerkvoorziening in natura niet overstijgen. Toch is dit geen grond om het pgb te weigeren als de cliënt de meerkosten voor eigen rekening neemt.

Het college vindt het belangrijk dat cliënten zoveel mogelijk zelf de regie voeren over de ondersteuning die ze wordt geboden. Daarom is in de wet bepaald dat een maatwerkvoorziening kan worden verstrekt in de vorm van een pgb. Op basis van de verordening kan een pgb worden aangewend voor zowel gekwalificeerde als ongekwalificeerde ondersteuners, inclusief mensen uit het eigen sociale netwerk. Het college zal in haar onderzoek moeten beoordelen, aan de hand van bovengenoemde voorwaarden, of het verantwoord is om een pgb te verstrekken.

De hoogte van het pgb hangt af van de redelijke kostprijs die mag worden betaald voor de desbetreffende ondersteuning. Dit wordt beoordeeld aan de hand van de mate waarin de aanbieder in staat is deskundige ondersteuning aan te bieden en de kosten die daar tegenover staan. Dit is niet altijd makkelijk te beoordelen maar hangt grotendeels samen met:

- Aantoonbare deskundigheid die specifiek noodzakelijk is voor de in te zetten ondersteuning. Dit kan bijvoorbeeld worden beoordeeld door referenties en opleidingen.
- De mate waarin de aanbieder investeert in de beschikbaarheid en expertise van bekwame ondersteuners. Dit kan bijvoorbeeld worden beoordeeld aan de hand van een opleidingsplan, een beschrijving van de gehanteerde werkwijze, inzicht in de personeelsopbouw of de manier waarop de administratie is ingericht en de aansprakelijkheid is geregeld.

Het college gaat er van uit dat instellingen en dergelijke (waaronder ook georganiseerde ZZP-netwerken) hiervoor meer kosten moeten maken dan een aanbieder die volledig zelfstandig werkt. Daarom wordt het pgb bij een volledig zelfstandig werkende zorgaanbieder lager vastgesteld dan het maximale tarief dat bij de aanbieders van zorg in natura wordt gehanteerd op grond van de aanbesteding.

Een aanvrager kan een pgb ontvangen als de ondersteuning wordt geboden door een gekwalificeerde zorgaanbieder of als er niet-gebruikelijke zorg wordt verleend. Dit, wordt verderop in de beleidsregels nog gedefinieerd. Indien er sprake is van niet-professionele ondersteuning dan geldt het daarvoor geldende tarief in de Wlz als maximaal.

1.4 Tegemoetkomingen

Naast een maatwerkvoorziening in natura of in de vorm van een pgb biedt de Wmo 2015 nog een manier waarop mensen individueel kunnen worden ondersteund. Op basis van artikel 2.1.7. van de wet en artikel 17 verordening kan namelijk een tegemoetkoming worden verstrekt voor meerkosten die verband houden met een beperking of chronische psychische/psychosociale problemen

Dit zijn kosten voor algemeen gebruikelijke producten of diensten die als gevolg van de beperking of problematiek echter meer dan gebruikelijk worden gemaakt. Het betreft hier dus zaken die voor iedereen

een kostenpost kunnen zijn, zonder of met beperking/problematiek, maar voor de laatste groep veel hoger uitvallen. Denk aan extra kosten door bovenmatig stook- of wasgedrag, kledingslijtage, een dieet, veel telefonisch overleg met ondersteuners en klussen rond het huis. Bovendien hangt het van de persoonlijke situatie af welke kosten men daadwerkelijk (extra) maakt en of dit als onredelijk moet worden beschouwd. Het worden dan ook wel verborgen kosten genoemd, waarvoor geen categoriaal beleid gemaakt kan worden op basis van een doelgroep of het type product en dienst. Vanuit de Wmo 2015 hebben gemeenten de verantwoordelijkheid om in deze kosten tegemoet te komen, mede door het wegvallen van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg), de Compensatie eigen risico (CER), de korting op de eigen bijdrage extramurale zorg en de categoriale regelingen binnen het gemeentelijk minimabeleid.

1.5 Leeswijzer

Na een Wmo melding van een inwoner vindt een onderzoek plaats:

1. Hoofdstuk 2: Eerst moet worden vastgesteld wat de hulpvraag is.
2. Hoofdstuk 3: Hierna moet de problematiek in kaart worden gebracht.
3. Hoofdstuk 4: Vervolgens wordt bepaald de welke hulp nodig is.
4. Hoofdstuk 5: Ten slotte gaat de gemeente na wie die hulp kan bieden.
5. Hoofdstuk 6: Indien nodig moet de gemeente zich bij de besluitvorming laten adviseren door een specifieke deskundige.

Hoofdstuk 2. De hulpvraag

Een inwoner of cliënt met een ondersteuningsvraag op het gebied van zelfredzaamheid of deelname aan het maatschappelijk verkeer, zal op zoek gaan naar een oplossing. In veel gevallen zal hij zelf in staat zijn ondersteuning te organiseren door een beroep te doen op een mantelzorger of vrijwilliger. Wanneer hij niet in staat is op eigen kracht een oplossing te organiseren dan kan men zich melden bij de gemeente voor informatie, advies en/of ondersteuning.

De hulpvraag voor ondersteuning kan gedaan worden bij de gemeente aan de balie, via de telefoon of per e-mail voor ondersteuning op de volgende gebieden:

- hulp bij het huishouden
- individuele begeleiding
- dagbesteding
- logeeropvang/kort verblijf
- woonvoorzieningen
- vervoersvoorzieningen
- rolstoelen

Voor beschermd wonen en maatschappelijke opvang kan een aanvraag gedaan worden in de centrum-gemeente Hoorn.

De cliënt kan hierbij een persoonlijk plan aanleveren, waarin hij aangeeft wat hij denkt nodig te hebben om maatschappelijk te kunnen meedoen en zelfredzaam te zijn. De medewerker die de melding aanneemt zal in eerste instantie informatie en advies geven. Als er daarna nog een vraag voor ondersteuning is, wordt de melding geregistreerd en wordt een onderzoek gestart. Degene die of namens wie een melding gedaan is kan zich voor en tijdens het onderzoek laten bijstaan door iemand uit zijn eigen omgeving of een onafhankelijke cliëntondersteuner.

Hoofdstuk 3. De problematiek

3.0 Inleiding

Als vastgesteld is wat de hulpvraag is, is de volgende stap het in kaart brengen van de problematiek. Dit valt uiteen in twee onderdelen, welke beperkingen zijn er en tot welke problemen leidt dit.

3.1 Beperking

Een beperking kan zijn pijn bij het lopen, kortademigheid, een slecht gehoor. Als vastgesteld is welke beperkingen een cliënt heeft, kan worden onderzocht of er een probleem is. Niet iedere beperking hoeft te leiden tot een probleem met betrekking tot zelfredzaamheid.

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de ICF, grondslagen en medisch advies besproken.

3.1.1 De ICF

ICF staat voor International Classification of Functioning, Disability and Health. De ICF is een classificatie waarmee het mogelijk is het functioneren van de mens en de eventuele problemen die mensen daarbij ervaren te beschrijven. Bovendien kunnen de factoren die op dat functioneren van invloed zijn ook

worden vastgelegd. In 192 landen, waaronder Nederland, is de ICF aanvaard. De ICF wordt beheerd door de World Health Organization (WHO).

Mensen kunnen fysieke en psychische problemen ervaren die het dagelijks leven beïnvloeden. Factoren als pijn, beperkingen in mobiliteit en omgevingsfactoren kunnen ertoe leiden dat deze mensen niet meer goed voor zichzelf kunnen zorgen of hun dagelijks werk niet meer kunnen uitoefenen. Met de ICF kunnen zorgverleners aangeven wat het probleem is en waar de zorg of behandeling zich op richt. Zorgverleners gebruiken de ICF bij onder andere chronisch zieken, ouderen, mensen met een blijvende of tijdelijke stoornis, beperking of participatieprobleem. Een voorbeeld hiervan is het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) dat de ICF gebruikt om in kaart te brengen voor welk hulpmiddel of voor welke vorm van zorg een patiënt in aanmerking komt. Daarnaast gebruiken bijvoorbeeld artsen in verpleeghuizen en paramedici de ICF voor het formuleren van verpleegkundige en paramedische diagnoses en behandeldoelen. Met de ICF kan zowel het probleem (negatief) als het wel aanwezige functioneren (positief) worden beschreven. De ICF biedt een standaardtaal en een schema voor de beschrijving van iemands functioneren vanuit drie verschillende perspectieven:

- De mens als organisme: voor het beschrijven van de functies, anatomische eigenschappen en stoornissen van onderdelen van het lichaam. Bijvoorbeeld: vermindering van het denkvermogen en het geheugen.
- Het menselijk handelen: voor het beschrijven van wat iemand doet of (nog) zelf kan doen, welke activiteiten iemand uitvoert en welke beperkingen hierin zijn. Bijvoorbeeld of iemand nog zelfstandig kan schoonmaken.
- Participatie: voor het beschrijven of iemand mee kan doen aan het maatschappelijk leven op alle terreinen, zijn of haar daadwerkelijke participatie en eventuele problemen hierin. Bijvoorbeeld: het deelnemen aan het verkeer.

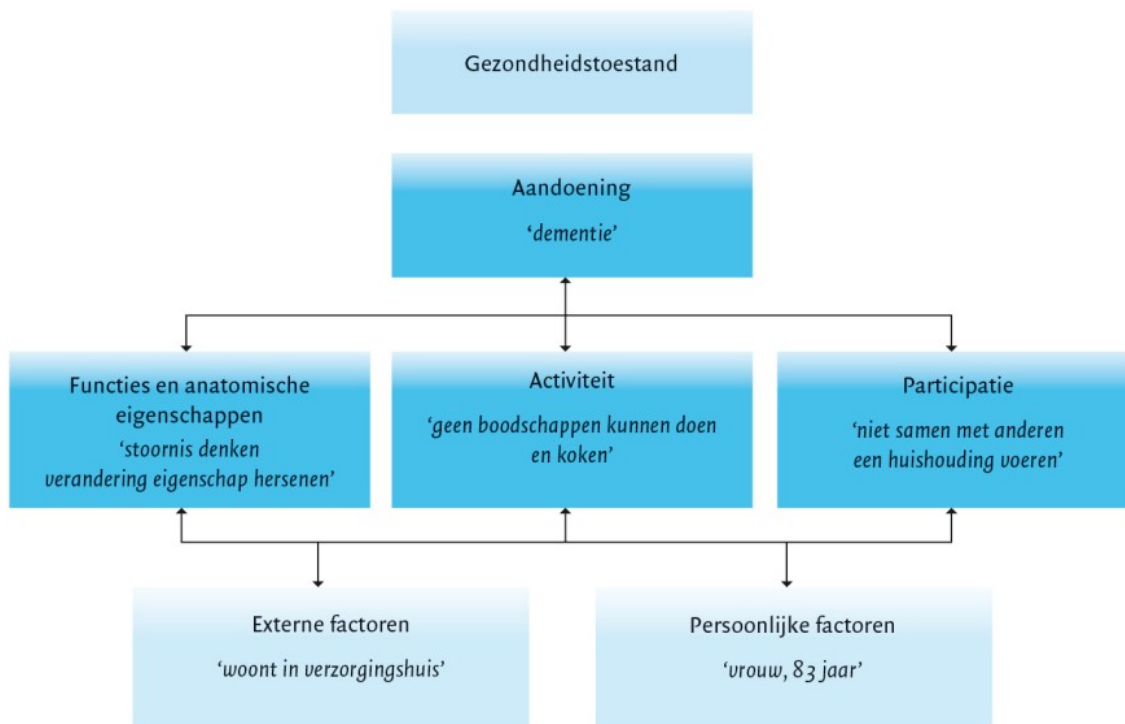
Tot slot kunnen zorgverleners met de ICF verschillende factoren onderscheiden die het functioneren van mensen kunnen beïnvloeden:

- medische factoren: de ziekte, de aandoening of het letsel dat iemand heeft;
- persoonlijke factoren: bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, opleiding, persoonlijkheid, bewegings- en voedingsgewoonten;
- externe factoren: iemands fysieke en sociale omgeving, bijvoorbeeld het huis waar iemand woont, de aanwezigheid van hulpmiddelen, de werkomgeving, vrienden en sociale normen.

Samen met andere leden van de WHO-familie van classificaties, zoals de ICD, kan de ICF gebruikt worden voor een omvattender beeld van gezondheid en gezondheidssystemen. De behoeften van kinderen met functioneringsproblemen zijn te classificeren en te beschrijven door gebruik te maken van de ICF versie voor kinderen en jongeren. Dit is de ICF-CY.

Ter illustratie

In de ICF wordt het functioneren van een persoon opgevat als een wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren. Een voorbeeld, een vrouw van 83 jaar oud heeft last van dementie. Dit houdt in dat er een stoornis in de hersenen is, namelijk een verandering in de structuur van de hersenen en een vermindering van het denkvermogen en geheugen. Hierdoor kan zij bepaalde activiteiten niet meer uitvoeren, zoals het zelfstandig boodschappen doen en koken. Het participatieprobleem dat hierdoor ontstaat is dat zij geen huishouden kan voeren voor zichzelf of met anderen. Externe factoren die hierbij een rol spelen zijn het verzorgingstehuis en de ondersteuning in haar huishouden (positief effect).



Interactie ICF-componenten en -factoren.

3.1.2 De grondslag volgens de Wlz en het CIZ

De term grondslagen bestond al onder de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz). De Awbz is de voorloper van de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wmo. Wlz geeft aan dat er op zorginhoudelijke gronden slechts toegang tot Wlz-zorg kan zijn als er sprake is van een of meer met name genoemde 'grondslagen'. Een grondslag is een aandoening, beperking, stoornis of handicap als gevolg waarvan de verzekerde recht kan hebben op Wlz-zorg. Er is een beperkt aantal grondslagen:

1. een somatische (SOM) of psychogeriatrische (PG) aandoening of beperking,
2. een verstandelijke (VG), lichamelijke (LG) of zintuiglijke (ZG) handicap.

De grondslag wordt door het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) bepaald. In bijlage 1 van deze beleidsregels is opgenomen op welke manier het CIZ de grondslag van een verzekerde bepaalt.

3.2 Het probleem

Om het probleem vast te stellen wordt de zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) van de GGD Amsterdam gebruikt. 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, lichamenlijk en geestelijk gezond te blijven, of een steunend sociaal netwerk te onderhouden.

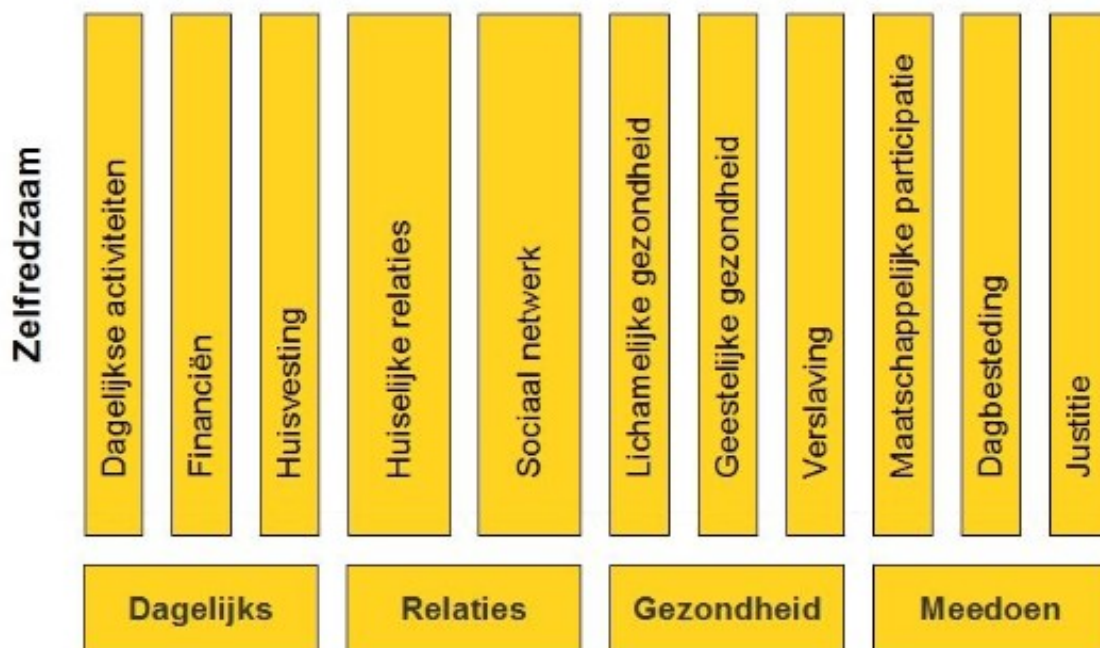
De ZRM-levensdomeinen worden in dit hoofdstuk uiteindelijk vertaald naar vier thema's:

- Dagelijks thuis
- Relaties
- Gezondheid
- Meedoen

De zelfredzaamheid wordt bepaald door middel van scores uit de ZRM. Deze matrix kent een eigen methodiek waar we verder geen aanvullende voorwaarden aan verbinden. De uitkomst daarvan is leidend voor de resultaten van de oplossing die moet worden ingezet.

3.3 Zelfredzaamheidsmatrix

Uitgangspunt van het onderzoek naar het probleem is een analyse aan de hand van de ZRM. De ZRM wordt gehanteerd om inzicht te krijgen in de verschillende problemen, welke meestal met elkaar overlappen. Hierdoor kan meteen overzien worden in hoeverre er ondersteuning op meerdere gebieden noodzakelijk is. En zo kan tijdig overgegaan worden tot inzet van de juiste ondersteuningsvormen. Met de ZRM wordt op 11 afzonderlijke levensdomeinen gemeten hoe zelfredzaam iemand is.



Hoe zelfredzaam iemand is in termen van een score op de ZRM is een resultaat, het gevolg van allerlei factoren en processen die hebben geleid tot de mate van zelfredzaamheid op dit moment. Met de ZRM kijken we dus alleen naar de uitkomst en laten we de oorzaken zoveel mogelijk buiten beschouwing. De ZRM is ingedeeld in vijf niveaus van zelfredzaamheid. Het laagste niveau op de schaal is minimale zelfredzaamheid. Het hoogste niveau is maximale zelfredzaamheid. De niveaus zijn aangegeven met een score: een getal tussen 1 en 5; en met een korte beschrijving: 'acuut probleem', 'niet zelfredzaam', 'beperkt zelfredzaam', 'voldoende zelfredzaam', en 'volledig zelfredzaam'.

De ZRM 2017 is, met toestemming van de GGD Amsterdam, opgenomen in de bijlage 2 van deze beleidsregels.

Hoofdstuk 4. Het resultaat

4.0 Inleiding

Een onderzoek bestaat uit vier vaste onderdelen:

- Wat zijn de beperkingen?
- Wat is het probleem?
- Wat is de oplossing?
- Wie gaat dit doen?

Dit hoofdstuk gaat om de derde vraag: welke oplossingen zijn er zodat de hulpvrager zelfstandig kan blijven wonen en/of mee kan doen in de samenleving.

Om tot een oplossing te komen wordt gewerkt met resultaatvelden. De verschillende resultaatvelden gerangschikt op basis van de levensdomeinen van de zelfredzaamheidsmatrix:

- dagelijks thuis
- relaties
- gezondheid
- meedoen.

4.1 Resultaatvelden

Om tot een oplossing te komen wordt gewerkt met resultaatvelden. De verschillende resultaatvelden gerangschikt op basis van de levensdomeinen van de zelfredzaamheidsmatrix, al zijn deze omwille van de overzichtelijkheid gecompriemd tot vier thema's: Dagelijks thuis, Relaties, Gezondheid en Meedoen. Elk thema kent drie resultaatvelden en zijn gecodeerd met de hoofdletter van het thema en het cijfer 1,2 of 3. Dus D1, D2 en D3 zijn de resultaatvelden die horen bij het thema Dagelijks leven. De resultaatvelden D1 en R1 zijn vormen van begeleiding, terwijl D3 en M1 fysieke voorzieningen betreft.

Er zijn 12 resultaatvelden:

Dagelijks thuis

- D1 Een gestructureerd huishouden voeren
- D2 Stabiliseren van de dagelijkse situatie om terugval te voorkomen
- D3 Wonen in een geschikt huis

Relaties

- R1 Sociale contacten onderhouden en deelnemen aan activiteiten
- R2 Omgaan met beperkingen in de sociale redzaamheid en zelfregie
- R3 Zich met behulp van anderen handhaven in het dagelijks leven

Gezondheid

- G1 Verlichting van het sociaal isolement en de zorg thuis
- G2 Stabiel functioneren om achteruitgang in vaardigheden te voorkomen
- G3 Aanboren van competenties om een grotere zorgvraag te voorkomen

Meedoen

- M1 Zich kunnen verplaatsen
- M2 Zich ontwikkelen ihkv wonen, sociale activering en zinvolle dagbesteding
- M3 Herstel van problematiek en bevordering van maatschappelijke integratie

De resultaatsvelden zoals bekend onder de oude Wmo maken geen onderdeel uit van de wet. Uitgangspunt van de Wmo 2015 is de wettekst, welke spreekt over zelfredzaamheid en participatie. Om de uitvoering ervan echter werkbaar te maken, zijn de begrippen zelfredzaamheid en participatie ook nu weer uitgewerkt in concrete resultaatsvelden. Deze geven meer richting aan de wettelijke begrippen. Ze bieden concreet te behalen doelen wat betreft het bieden van maatschappelijke ondersteuning en voor de uitvoeringspraktijk gelden ze als houvast.

4.2 Dagelijks thuis

Deze paragraaf gaat over het thema 'Dagelijks thuis' en betreft de ZRM-levensdomeinen Financiën, Huisvesting en Activiteiten dagelijks leven. De ondersteuningsvragen vanuit deze domeinen richten zich de dagelijkse handelingen in en om het huis, met name ten aanzien van het huis zelf, het huishouden, de administratie en de opvoeding van kinderen. Het kan hier gaan om bijna alle cliëntgroepen voor zover ze belemmeringen ervaren bij de sociale redzaamheid, psychische functioneren probleemgedrag en oriëntatiestoornissen, al richt resultaatveld D2 zich in het bijzonder op de cliënten met psychische/psychosociale problemen (PSY-PG) en D3 vooral op de cliënten die door fysieke beperkingen (SOM-LG) niet geheel sociaal zelfredzaam zijn.

Het doel van een maatwerkvoorziening bij dit soort ondersteuningsvragen is in het algemeen om zodanig te ondersteunen dat iemand een eigen huis heeft en zichzelf redt bij alle dagelijkse taken om een huishouden te voeren en eventueel kinderen op te voeden. Deze doelstelling kan vertaald worden naar de resultaatvelden (D1) een gestructureerd huishouden voeren, (D2) stabiliseren van de dagelijkse situatie om terugval te voorkomen en (D3) wonen in een geschikt huis.

D1 een gestructureerd huishouden voeren

Dit resultaat richt zich in principe op alle doelgroepen. Hiervoor kunnen allerlei vormen van huishoudelijke ondersteuning worden ingezet. We maken hier een onderscheid tussen eenvoudige werkzaamheden (schoonmaken en lichte huishoudelijk werk) en begeleiding bij het huishouden (advies, instructie, voorlichting en tijdelijke verzorging van jonge kinderen).

Bij de beoordeling van gebruikelijke hulp worden kostgangers en kamerhuurders niet beschouwd als huisgenoten, maar als personen die op basis van een zakelijke relatie bij elkaar inwonen.

Wasverzorging bestaat uit het wassen en drogen van kleding en linnengoed, plus eventueel licht verstelwerk, zoals het vastzetten van een naadje of het aanzetten van een knoop. We spreken hier uitsluitend over normale kleding voor alledag. Daarbij is het uitgangspunt dat zo min mogelijk kleding gestreken hoeft te worden. Zo worden er geen lakens, theedoeken, zakdoeken en ondergoed etc. gestreken. Met het kopen van kleding kan hier rekening mee worden gehouden. Bij het wassen en drogen van kleding en linnengoed is het normaal gebruik te maken van de algemeen gebruikelijke moderne hulpmiddelen, zoals een wasmachine en een droger.

Bij verzorging van kinderen heeft de Wmo vooral een taak om tijdelijk ondersteuning te bieden als de ouders door omstandigheden niet in staat zijn om deze verantwoordelijkheid zelf voldoende te nemen of hier in de informele en gebruikelijke sfeer ondersteuning bij te organiseren (bijvoorbeeld familie of crèche). Maar soms is er een permanente oplossing nodig als beide ouders door beperkingen niet in staat zijn om goed genoeg voor hun kinderen te zorgen. Ook dan is het vanuit de Wmo vooral een taak van het college om de acute problemen op te lossen en te zoeken naar een permanente oplossing bij de ouders zelf. Bij de verzorging van kinderen zal het college in de beschikking altijd vastleggen om welke tijdelijke periode het gaat en op welke wijze gezocht dient te worden naar een definitieve oplossing. Bij de beoordeling van de noodzaak en het aantal uren hulp bij het huishouden wordt uitgegaan van de specifieke persoonskenmerken van de cliënt, zijn situatie met huisgenoten en sociale omgeving. Om richting te geven aan deze beoordeling zal gebruik worden gemaakt van het Indicatieprotocol Huishoudelijke hulp.

Bij huishoudelijke taken wordt onderscheid gemaakt:

Uitstelbare taken zijn taken die gefaseerd over de week uitgevoerd kunnen worden, zoals de zwaar huishoudelijke taken.

Niet-uitstelbare taken zijn taken die dezelfde dag of binnen afzienbare tijd uitgevoerd moeten worden, zoals afwassen en opruimen (en in geval van calamiteiten of door de aandoening veroorzaakte extra bevulling: sanitair schoonmaken).

Bij bepaalde problematiek zoals incontinentie of COPD kan extra hulp worden geïndiceerd. Dit gebeurt alleen wanneer de noodzaak is vastgesteld dat dit noodzakelijk is voor cliënt. Bij jonge kinderen kan voor bepaalde taken ook extra hulp worden geïndiceerd.

Bij gebruikelijke hulp wordt geen onderscheid gemaakt op basis van sekse, religie, cultuur, gezinssamenstelling, drukke werkzaamheden of persoonlijke opvattingen over het verrichten van huishoudelijke werkzaamheden. Iedere volwassene wordt geacht ook naast een drukke baan of gezin een huishouden te voeren. Jonge volwassenen in de leeftijd van 18 tot 23 jaar worden geacht een eenpersoonshuishouden te kunnen voeren. Vanaf 23 jaar wordt iemand geacht een meerpersoonshuishouden te kunnen voeren. Van kinderen in de leeftijd tussen 12 en 18 jaar wordt verwacht redelijkerwijs dat zij hun eigen kamer schoonhouden en een bijdrage leveren in de licht huishoudelijke taken (zoals tafel afruimen, afwassen, kleding in de wasmand doen, kleine boodschappen doen).

Aangezien bij iedere vraag een onderzoek naar de individuele kenmerken en mogelijkheden van de aanvrager wordt gedaan is het mogelijk om af te wijken van gebruikelijke hulp. Uit jurisprudentie van de Wmo en AWBZ is bekend dat als een huisgenoot in aaneengesloten perioden van 7 etmalen vanwege werk afwezig is (bijvoorbeeld een vrachtwagenchauffeur voor internationaal transport) kan geen gebruikelijke hulp worden verwacht. Wanneer een huisgenoot minder dan 7 etmalen afwezig is zal onderzocht moeten worden in hoeverre de huisgenoot een deel van de (uitstelbare) taken al dan niet kan overnemen. Wanneer een huisgenoot overbelast blijkt te zijn door de zorg voor cliënt, kan tijdelijk hulp bij het huishouden worden ingezet. Van cliënt en huisgenoot wordt dan verwacht dat zij (eventueel met ondersteuning van een mantelzorgcoach of andere cliëntondersteuner) onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om de overbelasting te verminderen, zodat op den duur de huishoudelijke taken weer door de huisgenoot kunnen worden overgenomen. Alleen wanneer blijkt dat -na een tijdelijke indicatie- ondanks pogingen van betrokkenen om tot oplossingen te komen het echt niet mogelijk is om de overbelasting te reduceren, kan langdurig hulp bij het huishouden worden ingezet.

Een grotere woning leidt niet vanzelfsprekend tot meer uren hulp. Er wordt uitgegaan van het niveau van sociale woningbouw. Dus bijvoorbeeld: een in pandig zwembad wordt niet meegerekend bij de urenopbouw van de indicatie. In vakantiewoningen, tweede woningen, hotels/pensions, kamerhuur wordt in beginsel geen hulp bij het huishouden verstrekt. Aangezien een vakantie doorgaans van korte duur is, er is sprake van uitstelbare taken of kan schoonmaak bij de verhuurder worden ingekocht.

Bij kamerverhuur wordt de huurder van de desbetreffende ruimte niet als een huisgenoot gezien van wie gebruikelijke hulp wordt verwacht. Dat er sprake is van kamerhuur moet met een huurovereenkomst worden aangetoond. Als mensen zelfstandig samenwonen op één adres en gemeenschappelijke ruimte delen wordt verwacht dat het aandeel in het schoonmaken van de gedeelde ruimtes bij uitval van één van de bewoners wordt overgenomen door een andere bewoner. Hulp bij het huishouden kan dan alleen geleverd aan de woonruimte van cliënt en een evenredig deel van het schoonmaken van de gemeenschappelijke ruimte. Hierbij kan worden gedacht aan woongroepen of vormen van beschermd wonen of meerdere generaties in één huis.

D2 stabiliseren van de dagelijkse situatie om terugval te voorkomen

In een programma worden op vaste tijdstippen educatieve en recreatieve activiteiten aangeboden in een groepsverband. Deze activiteiten zijn gericht op "herstel" van cliënten met psychiatrische en/of psychische problemen (rehabilitatiedoelen) en dragen bij aan bevordering van maatschappelijke (her-)integratie. De activiteiten hebben een stabiliserend effect op het dagelijks leven van de cliënten en dragen op die manier bij aan het voorkomen van isolement, terugval en decompensatie.

D3 wonen in een geschikt huis

Dit resultaat richt zich met name op het geschikt maken van het woonhuis voor de omgang met fysieke beperkingen (SOM-LG). Hoewel iemand zelf verantwoordelijk is voor de huur of aanschaf van een passend huis, kan er wel een beroep op de Wmo worden gedaan voor woningaanpassingen en dergelijke. Het gaat hier dan om aanpassingen voor zover deze niet vermijdbaar zijn of te voorzien waren door de cliënt zelf.

Doel van de woonvoorzieningen en woningaanpassingen is het ondersteunen van iemand die beperkingen ondervindt bij het normale gebruik van de woning. Het gaat daarbij om belemmeringen die normale elementaire woonactiviteiten bemoeilijken of onmogelijk maken zoals slapen, lichaamsreiniging, verzorgen van kinderen. De daarvoor bestemde ruimten moeten bruikbaar zijn voor de functies waarvoor ze bestemd zijn.

In dit kader bedoelen we belemmeringen die rechtstreeks ondervonden worden als gevolg van de beperkingen van de belanghebbende in een woonruimte wat betreft bereikbaarheid, toegankelijkheid en bruikbaarheid, die het gevolg is van de bouwkundige en woontechnische opzet van de woning of van haar ligging in een woongebouw niet afdoende kunnen worden ondervangen.

De ondersteuning vanuit de Wmo beperkt zich in beginsel tot personen die zelfstandig wonen, ongeacht of dit een eigen woning of huurhuis is. Personen die in een Wlz-instelling, een verzorgingshuis of een andere (naar aard) onzelfstandige woonvorm verblijven, kunnen geen aanspraak maken op woonvoorzieningen. In het beleid wordt een uitzondering gemaakt voor personen die hun hoofdverblijf hebben in een Wlz-instelling, maar regelmatig een bepaalde woonruimte bezoeken. Een woonvoorziening wordt slechts verleend indien de belanghebbende zijn hoofdverblijf heeft of zal hebben in de woonruimte waaraan de voorziening wordt getroffen. Ook een woonwagen met vaste standplaats, woonboot en woonverblijf van een binnenschip wordt in principe als woning beschouwd.

De kosten voor een verhuizing beschouwen we in principe als (algemeen) gebruikelijk. Van elke inwoner mag verwacht worden dat hij een budget reserveert voor de periode dat hij vanwege het wijzigen van hun situatie of leeftijd moeten verhuizen naar een andere geschikte woning. Er is geen wettelijke limiet aan de hoogte van de kosten van te treffen woonvoorzieningen. Wel moeten woningaanpassingen waar mogelijk geheel afbetaald worden door de aanvrager.

Losse woonvoorzieningen kunnen zowel in bruikleen als in eigendom worden verstrekt. Relatief goedkope hulpmiddelen (waarvan de kosten van transport en reiniging voor her-verstrekking niet opwegen tegen de kosten van verstrekking van een nieuw hulpmiddel), zullen in eigendom worden verstrekt. Veel aanpassingen die mensen met een beperking nodig hebben, zijn inmiddels algemeen gebruikelijk. Dit geldt bijvoorbeeld voor de keramische- of inductiekookplaat, het verhoogd toilet of toiletverhoger, tweede toilet/sanibroyeur, renovatie van badkamer en keuken, antislipvloer/coating, wandbeugels en zonwering (inclusief elektrische bediening).

Wanneer sprake is van aantoonbare beperkingen ten gevolge van COPD, astma of allergie (zolang de allergie niet voortvloeit uit de aard van de gebruikte materialen in de woning of de bouwtechnische staat van de woning) waardoor vervanging van vloerbedekking of gordijnen noodzakelijk is kan hiervoor (onder voorwaarden) een voorziening of vergoeding worden verstrekt.

4.3 Relaties

Deze paragraaf gaat over het thema 'Relaties' en betreft de ZRM-levensdomeinen Huiselijke relaties en Sociaal netwerk. De ondersteuningsvragen vanuit deze domeinen richten zich over het algemeen op de directe relaties met huisgenoten, vrienden, familie, buurtgenoten en bekenden van sociaal-culturele activiteiten. Het kan hier gaan om bijna alle cliëntgroepen voor zover ze belemmeringen ervaren bij de sociale redzaamheid, psychische functioneren, probleemgedrag en oriëntatiestoornissen, al richt resultaatveld R3 zich in het bijzonder op de cliënten met psychische/psychosociale problemen (PSY-PG). Het doel van een maatwerkvoorziening bij dit soort ondersteuningsvragen is in het algemeen dat iemand zich weet te handhaven van de mogelijkheden om zichzelf te redden in de omgang met anderen en daarmee betekenis te geven aan het dagelijks leven. Deze doelstelling kan vertaald worden naar de resultaatvelden (R1) sociale contacten onderhouden en deelnemen aan activiteiten, (R2) omgaan met beperkingen in de sociale redzaamheid en zelfregie en (R3) zich met behulp van anderen handhaven in het dagelijks leven.

R1 sociale contacten onderhouden en deelnemen aan activiteiten

Dit resultaat kan voor alle doelgroepen worden ingezet voor zover de sociale redzaamheid, het psychische functioneren, probleemgedrag en/of oriëntatiestoornissen dusdanige beperkingen opleggen dat dit niet op gebruikelijke wijze of met behulp van de sociale omgeving is te realiseren. Het zal doorgaans bereikt moeten worden met een mix van individuele begeleiding, belevingsgerichte dagbesteding en/of een vervoersvoorziening.

Dit resultaatveld betreft meestal activiteiten die variëren in locatie, frequentie en duur zoals bezoeken aan familie, vrienden, culturele instellingen of andere sociale, recreatieve en sportieve activiteiten.

Collectief vervoer heeft hier altijd de voorkeur en wordt ook alleen als maatwerkvoorziening verstrekt voor zover het normaal gebruik overstijgt. Zoals eerder al is aangegeven valt de rolstoel voor incidenteel gebruik niet onder de Wmo. Zie verder 'verplaatsen'.

Indien de beperking alleen reizen en deelname aan de activiteit niet mogelijk maakt dan kan hiervoor in de maatwerkvoorziening individuele begeleiding worden opgenomen. Individuele begeleiding algemeen kan ondersteuning bieden in de organisatie van sociale, culturele en maatschappelijke activiteiten, zich daar een weg vinden en onderhouden met andere mensen. Bij ernstige en complexe beperkingen is deelname aan het normale sociale leven zo ingewikkeld, zelfs niet prettig voor de cliënt, dat het veel zinvoller is om regelmatig aan belevingsgerichte dagbesteding te doen.

Het college heeft geen resultaatsplicht voor topsportvoorzieningen. Speciale sportvoorzieningen om sport op topniveau te bedrijven, dienen uit eigen middelen, fondsenwerving of sponsoring te worden gefinancierd. Dit laat onverlet dat een topsporter eventueel wel in aanmerking kan komen voor een reguliere sportvoorziening, die voldoende geschikt is om sport te kunnen beoefenen op een lager niveau. Sporten is namelijk een belangrijk middel tot participatie. Wanneer het voor de cliënt zonder sporthulpmiddel niet mogelijk is om een sport te beoefenen en de kosten hiervoor aanzienlijk hoger zijn -dan de gebruikelijke kosten die een persoon zonder beperkingen heeft voor dezelfde (of een vergelijkbare) sport-, kan een sportvoorziening worden verstrekt. Dat kan een sportrolstoel zijn. De ervaring leert wel dat sportclubs, sponsors of fondsen vaak bereid zijn een deel van de kosten te vergoeden. Bovendien

kost sporten zonder beperking ook geld dus mag van de aanvrager zelf ook worden verwacht dat hij een deel van de kosten draagt.

R2 omgaan met beperkingen in de sociale redzaamheid en zelfregie

Dit resultaat kan voor alle doelgroepen worden ingezet en om dit te bereiken kan individuele begeleiding worden ingezet. In het algemeen voldoet dan de begeleiding niveau licht of middel.

In situaties waar extra beschikbaarheid, inzet of deskundigheid nodig is, kan echter begeleiding niveau zwaar worden ingezet. Bijvoorbeeld bij beperkingen als gevolg van niet-aangeboren hersenletsel (BGI plus NAH).

R3 zich met behulp van anderen handhaven in het dagelijks leven

Dit resultaat richt zich in het bijzonder op cliënten in de geestelijke gezondheidszorg, psychiatrie en verslavingszorg (PSY-PG). Voor deze doelgroep en dit resultaat onderscheiden we de individuele begeleiding niveau zwaar. Dit zijn doorgaans cliënten die kampen met langdurig tekortschietende zelfregie over het dagelijkse leven. Voor deze doelgroep bestaan specifieke programma's die vooral gericht zijn op handhaven en soms ook activerende elementen bevatten.

Het doel van deze individuele begeleiding is om de cliënt te ondersteunen bij het behoud van zijn regie over de dagelijkse bezigheden, het nemen van besluiten en organiseren van taken. Hierbij is ook aandacht voor communicatie, sociale relaties en persoonlijke zorg. Al deze zaken schieten vaak tekort als gevolg van matige/zware (invaliderende) beperkingen in de sociale redzaamheid die samenhangen met langdurige psychische stoornissen.

4.4 Gezondheid

Deze paragraaf gaat over het thema 'Gezondheid' en betreft de ZRM-levensdomeinen Lichamelijke gezondheid, Geestelijke gezondheid en Verslaving. De ondersteuningsvragen vanuit deze domeinen richten zich direct op alle belemmeringen die direct voortkomen uit fysieke/psychische aandoeningen en ziektebeelden. Bij het eerste resultaatveld kan het gaan om alle cliëntgroepen; bij het tweede gaat het om senioren met somatische en psychogeriatrische beperkingen (SOM-PG); het derde resultaatveld betreft lichamelijke en verstandelijke gehandicapte cliënten (LG-VG).

Het doel van een maatwerkvoorziening bij dit soort ondersteuningsvragen is in het algemeen om het leven draaglijk of zo prettig mogelijk te houden, in elk geval achteruitgang te voorkomen. Deze doelstelling kan vertaald worden naar de resultaatvelden (G1) verlichting van het sociaal isolement en de zorg thuis, (G2) stabiel functioneren om achteruitgang in vaardigheden te voorkomen en (G3) aanboren van competenties om een grotere zorgvraag te voorkomen.

G1 verlichting van het sociaal isolement en de zorg thuis

Dit resultaat richt zich in principe op alle doelgroepen. Om dit resultaat te bereiken kan bijvoorbeeld belevingsgerichte dagbesteding of kortdurend verblijf worden ingezet.

Belevingsgerichte dagbesteding PG is bedoeld voor zelfstandig wonende oudere cliënten met een intensieve begeleidings- en verzorgingsbehoefte als gevolg van chronische aandoeningen, zoals dementie, verstandelijke handicap of een stabiele psychische stoornis. Het programma is gericht op het onderhouden van vaardigheden; eventueel aangevuld met lichte assistentie bij persoonlijke verzorging. In ieder programma worden op vaste tijdstippen bepaalde activiteiten aangeboden in een groepsverband. Deze dagbesteding kan bijdragen aan verlichting van sociaal isolement van de cliënt en van de belasting van zijn mantelzorger.

G2 stabiel functioneren om achteruitgang in vaardigheden te voorkomen

Bij dit resultaat gaat het om zelfstandig wonende oudere cliënten met een intensieve begeleidings- en verzorgingsbehoefte (SOM-PG). Vaak gaat het om psychogeriatrische aandoeningen, waaronder een sterk verminderde zelfregie door zoals bij dementie, verstandelijke handicap, stabiele psychische stoornis). Om dit resultaat te bereiken kan intensieve groepsbegeleiding (BGG plus PG) worden ingezet.

G3 aanboren van competenties om een grotere zorgvraag te voorkomen

Dit resultaat richt zich op het aanleren en ontwikkelen van praktische, cognitieve en/of sociaal emotionele vaardigheden om de gevolgen/complicaties van meervoudige lichamelijke en/of verstandelijke beperkingen (LG-VG) te voorkomen, evenals het ontstaan van gerelateerde stoornissen.

4.5 Meedoen

Deze paragraaf gaat over het thema 'Meedoen' en betreft de ZRM-levensdomeinen Dagbesteding, Maatschappelijke participatie en Justitie. De ondersteuningsvragen vanuit deze domeinen richten zich in het algemeen op activering en dagbesteding dat betekenis geeft aan het leven door deelname aan 'de maatschappij'. Het kan hier gaan om bijna alle cliëntgroepen, al richt elk resultaatveld zich wel op een specifieke doelgroep. De eerste twee resultaatvelden betreffen vooral de cliënten die door fysieke (SOM-LG) of fysieke/verstandelijke beperkingen (LG-VG) niet geheel sociaal zelfredzaam zijn. Resultaatveld M3 richt zich in het bijzonder op cliënten met beperkingen in hun psychische functioneren (PSY). Het doel van een maatwerkvoorziening bij dit soort ondersteuningsvragen is om zodanig te ondersteunen dat iemand zich kan verplaatsen, sociaal actief is en zinvolle activiteiten kan ontplooiën. Deze doelstelling

van het thema Meedoen kan vertaald worden naar de resultaatvelden (M1) zich kunnen verplaatsen, (M2) zich ontwikkelen in het kader van wonen, sociale activering en zinvolle dagbesteding en (M3) herstel van problematiek en bevordering van maatschappelijke integratie.

M1 zich kunnen verplaatsen

Dit resultaat richt zich met name op cliënten die zich door fysieke beperkingen (SOM-LG) moeilijk kunnen verplaatsen. We maken bij dit resultaatveld een onderscheid tussen verplaatsing in/om de woning met een rolstoel en het verplaatsen per vervoermiddel in de directe woon- en leefomgeving.

Om te kunnen participeren, moet iemand in staat zijn om zich te verplaatsen. Voor zover er beperkingen zijn met het verplaatsen in en om het huis kan een rolstoel worden verstrekt. Rolstoelen kunnen alleen worden verstrekt bij dagelijks zittend gebruik in en om het huis. In het volgende hoofdstuk wordt dit bij resultaatveld M1 uitgebreid toegelicht. Voor de mobiliteit in de buurt is een scootmobiel vaak erg handig. Bij langere afstanden is vervoer nodig met Regiotaxipas of desnoods aanpassingen in de eigen auto.

Een scootmobiel is bedoeld voor regelmatige verplaatsing over korte en middellange afstanden, dus de wijk of het dorp waar de cliënt woont. Er bestaan er voor hetzelfde doel ook speciale fietsen zoals de driewielers en de duofiets (niet te verwarren met algemeen gebruikelijke fietsen als de elektrische fiets).

Collectief vervoer gaat altijd voor op auto-aanpassingen. Als iemand door zijn beperking niet in staat is om gebruik te maken van het openbaar vervoer dan kan hij gebruik maken de Regio-taxipas. Hiermee kan tegen betaling van ongeveer het gebruikelijke openbaar vervoerstarief gebruik worden gemaakt van aangepast collectief vervoer.

Een rolstoel is bedoeld om zich te verplaatsen met een snelheid en bereik als lopend gebruikelijk is.

Wij onderscheiden daarbij de handmatig voortbewogen rolstoel en de elektrisch voortbewogen rolstoel. Deze voorziening is daarom alleen mogelijk op medisch en/of ergotherapeutisch advies voor dagelijks zittend gebruik in en om de woning, voor zover hulpmiddelen op grond van de Wlz en ziektekostenverzekering onvoldoende oplossing bieden. Voor rolstoelen geldt dat voor kortdurend gebruik een beroep kan worden gedaan op de uitleenservice of rolstoelpool. Bewoners van een instelling kunnen voor een rolstoel beroep doen op de Wet langdurige zorg (Wlz). Incidenteel gebruik, bijvoorbeeld voor een uitstapje of elders te winkelen, zijn dan ook uitgesloten. Ook de sportrolstoel wordt niet gerekend tot een rolstoel voor het verplaatsen in en rond de woning (zie tevens de opmerkingen bij resultaatveld R1). Bij vervoer in de directe woon- en leefomgeving wordt ook wel gesproken over lokaal verplaatsen. Daarbij wordt gedacht aan verplaatsingen in een straal van 15 tot 20 kilometer rond de woning ten behoeve van dagelijkse activiteiten. Buiten dit gebied kan gebruik worden gemaakt van de mogelijkheden van het bovenregionale vervoer, dat Valys in opdracht van het ministerie van VWS verricht. Binnen deze straal kan een maatwerkvoorziening voorzien in situaties waarin de cliënt zich niet meer kan vervoeren zoals hij gewend was. Dus als er na het optreden van beperkingen geen sprake is van een veranderde situatie op vervoersgebied dan zal er geen noodzaak zijn tot ondersteuning. Dit geldt ook in situaties waarin iemand over voldoende middelen beschikt om wat vaker de bus te nemen of kleine aanpassingen aan de auto te plegen. In beide gevallen is er dan immers geen probleem dat men niet zelf kan oplossen. Met dagelijkse activiteiten bedoel we de boodschappen, huisarts, bibliotheek, maar ook sociaal-culturele activiteiten zoals bedoeld onder resultaatveld R1.

Er wordt bekeken in hoeverre men zelf in de vervoersbehoefte kan voorzien (bijvoorbeeld: heeft cliënt een auto of een brommer), hulp kan inschakelen van het eigen netwerk (bijvoorbeeld: kan cliënt meereizen met de buurvrouw naar de kaartclub of kan een familielid uit Groningen naar cliënt toekomen in plaats van daar naar toe te reizen), gebruik kan maken van een algemene voorziening (vrijwilligersdienst) of dat een individuele voorziening noodzakelijk is. Bij deze afstanden is geen absolute grens aan te geven. Wat de ene persoon bijvoorbeeld een normale fietsafstand vindt is voor de ander een afstand om met de auto of het openbaar vervoer te gaan. Daarom zal individueel onderzocht worden op welke afstanden men beperkingen ondervindt en hoe deze op te lossen zijn.

Collectief vervoer gaat altijd voor op auto-aanpassingen, mits men rekening houdt met de persoonskenmerken en behoeften van de aanvrager. Als het openbaar vervoer door een mobiliteitsbeperking onvoldoende bereikbaar, toegankelijk en bruikbaar is dan kan de betreffende persoon zo nodig gebruik maken van de Regiotaxi West-Friesland. Dit is een collectief vervoerssysteem met (rolstoel)busjes en taxi's dat vervoer van deur tot deur biedt voor mensen met een beperking. Cliënt kan een loophulpmiddel, rolstoel of scootmobiel meenemen in het vervoer. Volgens jurisprudentie kan cliënt als hij geen 800 meter (eventueel met hulpmiddel) zelfstandig kan afleggen en/of het openbaar vervoer niet in kan komen, in aanmerking komen voor een collectieve vervoersvoorziening. De vergoeding voor (individuele service-) taxiritten is gebaseerd op de eerder genoemde jurisprudentie waarin wordt gesteld dat cliënt 1.500 tot 2.000 km moet kunnen reizen, waarbij in acht wordt genomen dat als cliënt met het reguliere O.V. of de servicetaxi had kunnen reizen hij ook kosten had gemaakt. Een individuele taxi-voorziening wordt verstrekt als cliënt niet aantoonbaar met anderen vervoerd kan worden in een auto of busje.

Er is een breed scala aan vervoersmiddelen voor mensen met een beperking, dat tegenwoordig niet alleen via bedrijven voor revalidatietechniek maar ook steeds meer rechtsreeks aan cliënten wordt aangeboden (bijvoorbeeld alle advertenties op televisie en in andere media voor scootmobielen). Hierdoor zijn deze voorzieningen toegankelijker geworden, mensen kunnen zelf kiezen hoeveel geld ze

er aan willen besteden. De cliënt dient goed geïnformeerd te worden over de eventuele eigen bijdrage, zodat hij een afweging kan maken om het vervoermiddel zelf aan te schaffen dan wel hiervoor een aanvraag te doen bij de gemeente.

Een aantal veel gevraagde vervoermiddelen wordt hieronder nader toegelicht.

Een auto behoort tot een algemeen gebruikelijke voorziening. Uit jurisprudentie komt naar voren dat indien de belanghebbende beschikt over een auto, ook aangenomen mag worden dat hij in staat is om de kosten voor het vervoer over de kortere en langere afstanden zelf op te brengen. Echter, indien de belanghebbende op grond van zijn beperkingen voor al zijn verplaatsingen afhankelijk is geworden van zijn eigen auto, dus ook voor die korte verplaatsingen die normaal gesproken lopend, per fiets of ander vervoermiddel afgelegd zouden worden, kan het aantal kilometers die hij/zij met de auto rijdt beduidend hoger zijn en is er sprake van meerkosten. Het toekennen van een autoaanpassing is gebaseerd op basis van de goedkoopst adequate oplossing.

Een scootmobiel is bedoeld voor vervoer op de korte en middellange afstanden. Aangezien scootmobielen in toenemende mate ook in de reguliere handel worden verkocht is de verwachting dat deze op niet al te lange termijn als algemeen gebruikelijk zullen worden beschouwd. Voorwaarde voor verstrekking is dat de scootmobiel nodig is voor gebruik in het dagelijks leven en niet alleen voor recreatieve ritjes bij mooi weer. Als de belanghebbende een aantal dagen in de week is aangewezen op vervoer per scootmobiel, kan deze als maatwerkvoorziening worden verstrekt.

Een gesloten buitenwagen is een overdekt voertuig dat niet harder dan 45 km rijdt en waarvoor aparte (verkeers)regels gelden. De gesloten buitenwagen dient onderscheiden te worden van de brommobiel, die eveneens niet harder dan 45 km rijdt maar waarvoor geen aparte verkeersregels gelden. De brommobiel is niet specifiek voor gehandicapten bedoeld en wordt als algemeen gebruikelijk beschouwd. Een gesloten buitenwagen wordt door de aanvrager vaak als gewenste oplossing voor het vervoersprobleem beschouwd maar is niet de goedkoopst oplossing. Een voorwaarde voor het verstrekken is een medische contra-indicatie voor verblijf in de buitenlucht.

M2 zich ontwikkelen ihkv wonen, sociale activering en zinvolle dagbesteding

Dit resultaat richt zich vooral op zinvolle dagbesteding voor cliënten die als gevolg van lichamelijke en/of verstandelijke beperkingen (LG-VG) niet kunnen participeren of deelnemen aan gewoon werk of begeleid werk. Om dit resultaat te bereiken kan belevingsgerichte of arbeidsmatige dagbesteding (BGG LG-VG) worden ingezet.

Belevingsgerichte dagbesteding is vooral bedoeld voor de VG-doelgroep, al is er bij meervoudigheid vaak ook sprake van een lichamelijke beperking. Deze cliënten hebben vooral baat bij zingevende activiteiten van een eenvoudig niveau met extra aandacht voor sfeer, geborgenheid, veiligheid, ritme en regelmaat. Deze activiteiten zijn aangepast aan de mogelijkheden en interesses van de cliënt en bestaan uit veel handvaardigheid, expressie, beweging en sociale beleving.

De LG-doelgroep en enkelvoudige VG hebben vaak ook baat bij arbeidsmatige dagbesteding. Daar krijgt men op het eigen niveau activiteiten aangeboden met een zelfstandig karakter waarbij het vaak zal gaan om het tot stand brengen van een product of dienst. Deze activiteiten vinden plaats in groepsverband maar zijn wel zo veel mogelijk afgestemd op de mogelijkheden en interesse van de cliënt. Ook is hier persoonlijke aandacht voor ontwikkeling naar een mogelijke integratie in de samenleving.

M3 herstel van problematiek en bevordering van maatschappelijke integratie

Dit resultaat richt zich in het bijzonder op cliënten in de geestelijke gezondheidszorg, psychiatrie en verslavingszorg onder de 65 jaar (PSY). Om dit te bereiken kan individuele begeleiding of arbeidsmatige dagbesteding worden ingezet.

Cliënten die kampen met langdurig tekortschietende zelfregie over het dagelijkse leven hebben niet genoeg aan algemene individuele begeleiding. Voor deze doelgroep bestaan specifieke programma's die vooral gericht zijn op handhaven, maar soms ook activerende elementen bevatten. Dit kan via individuele begeleiding niveau zwaar geregeld worden en dat valt dan onder resultaatveld M3. Het doel van individuele activering is om de cliënt te ondersteunen bij de sociale participatie en een mogelijke integratie in de samenleving. Dit blijft vaak achter als gevolg van matige/zware (invaliderende) beperkingen in de sociale redzaamheid die samenhangen met langdurige psychische stoornissen. Het accent ligt bij dit resultaat dus op de activerende elementen van deze begeleidingsvorm.

De arbeidsmatige dagbesteding PSY is voor een specifieke doelgroep die moeite heeft om maatschappelijk te participeren, zeker door arbeid, maar wel structuur nodig heeft om niet terug te vallen. Het betreft hier activiteiten met een zelfstandig karakter waarbij het vaak zal gaan om het tot stand brengen van een product of dienst, afgestemd op de mogelijkheden en interesse van de cliënt. Ook is hier persoonlijke aandacht voor ontwikkeling naar een mogelijke integratie in de samenleving. Daarmee is deze vorm van dagbesteding vaak een aanvulling op de educatieve en recreatieve activiteiten bij de groepsbegeleiding, dat onder resultaatveld D2 valt.

De arbeidsmatige activiteiten hebben betekenis in het kader van persoonlijke ontplooiing en verkenning van individuele mogelijkheden, bijvoorbeeld gericht op het opdoen van arbeidservaring of het toeleiden naar een (on-)betaalde baan. Met een stimulerend leer- en oefenmilieu wordt arbeidsvaardigheden

aangeleerd en onderhouden. De activiteiten zijn uiteindelijk gericht op “herstel” van cliënten met psychiatrische en/of psychische problemen (rehabilitatie).

Hoofdstuk 5. Wie biedt de ondersteuning

5.0 Beslisboom samenredzaamheid

Een onderzoek bestaat uit vier vaste onderdelen:

- Wat zijn de beperkingen?
- Wat is het probleem?
- Wat is de oplossing?
- Wie gaat dit doen?

Dit hoofdstuk biedt een beslisboom om de aanwezige samenredzaamheid te scannen. Deze samenredzaamheid wordt bepaald door de mogelijkheden die het informeel netwerk van de cliënt en de algemene voorzieningen bieden. Ook zal het college moeten onderzoeken of andere wetgeving voorliggend is. Dit alles kan de noodzaak tot inzet van een maatwerkvoorziening verminderen of zelfs wegnemen. Er wordt geen maatwerkvoorziening verstrekt voor zover er ondersteuning mogelijk is vanuit voorliggende wetgeving of vanuit samenredzaamheid in de sociale context van de cliënt en bij de gemeente zelf:

- voorliggende voorzieningen zie paragraaf 5.1i
- eigen kracht en verantwoordelijkheid (zie paragraaf 5.2)
- gebruikelijke hulp en voorzieningen (zie paragraaf 5.3)
- informele ondersteuning (niet zijnde respijtzorg of zorg uit het sociale netwerk met pgb) (zie paragraaf 5.4, 5.5 en 5.6)
- inzet van algemene voorzieningen (zie paragraaf 5.6)

In de komende drie paragrafen gaan we dieper in op deze afzonderlijke afwegingskaders. In onderstaande beslisboom is te zien hoe deze met elkaar samenhangen. Het biedt enkele ‘kapstok-vragen’ die in elk onderzoek gesteld moeten worden.

De in te zetten maatwerkvoorzieningen komen in paragraaf 5.7 aan bod.

5.1 Voorliggende voorzieningen

De Wlz is altijd voorliggend aan de Wmo in situaties dat iemand is aangewezen op permanent toezicht en 24 uur per dag zorg in de nabijheid, ook als degene deze zorg thuis ontvangt.

Ook bij de Zvw gaat het om afgebakende aanspraken op zorg. We spreken dan eerder over persoonlijke verzorging en verpleging, maar ook over behandeling dat actief wordt ingezet ter verbetering van het functioneren (de aandoening/stoornis/beperking zelf) of handelen (nieuw aan te leren vaardigheden en gedrag).

Met name deze vormen van zorg gaan vaak nog samen met maatschappelijke ondersteuning vanuit de Wmo. Vandaar ook dat gemeenten en verzekeraars geacht worden om samen te werken, met de wijkverpleegkundige als centrale spil tussen verzorging en begeleiding. Behandeling kan worden geboden door bijvoorbeeld ergotherapeut, psycholoog, specialist ouderen geneeskunde of een (revalidatie)centrum gespecialiseerd in bepaalde problematiek (bijvoorbeeld een reumacentrum). Begeleiding kan dan worden ingezet om de tijdens behandeling geleerde vaardigheden te oefenen of in te slijten. In het algemeen geldt dat de grens tussen zorg en begeleiding ligt bij de vraag of de aard van de hulp al (Zvw) dan niet (Wmo) lichaamsgebonden is.

De volgende (wettelijke) voorzieningen zijn verder voorliggend:

- Onderwijs: begeleiding van kinderen met problemen is de verantwoordelijkheid van school. Tevens zijn er mogelijkheden vanuit de Wet passend onderwijs. Alleen in uitzonderlijke situaties kan begeleiding zijn geïndiceerd, als toezicht en aansturen meer vraagt dan van school en ouders kan worden verwacht en als de mogelijkheden vanuit de Wet passend onderwijs ontoereikend zijn.
- Kinderopvang: dit is verantwoordelijkheid van ouders, werkgever en overheid (kinderopvangtoeslag). Kinderopvang is ook voor kinderen met een beperking voorliggend en het leren omgaan van leidsters met kind met een beperking is gebruikelijke hulp van ouders. Alleen in uitzonderlijke situaties als een kind extra begeleiding nodig heeft die niet door leidsters kan worden geboden en niet van ouders kan worden verwacht, kan begeleiding worden geïndiceerd.
- Jeugdwet : deze wet biedt opvoedingsondersteuning voor alle ouders en ouders van kinderen met een beperking, medisch kinderdagverblijf, specialistische hulp thuis en tijdelijke opname. Ter bevordering van de zelfredzaamheid van ouders kan is sommige gevallen Wmo-begeleiding worden ingezet naast opvoedingsondersteuning thuis.
- Arbeidsvoorzieningen : op grond van ziekwet, WIA, Wajong en WSW zijn er mogelijkheden voor aangepast werk. Het uitgangspunt is dat als aangepast werk of speciaal onderwijs op grond van genoemde regelingen niet mogelijk is dat dan begeleiding groep (dagbesteding)g kan worden overwogen.

Tenslotte is het zinvol om te letten op de raakvlakken met de taken die vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg) bij een gemeente liggen. Zoals de jeugdgezondheidszorg, preventieve ouderengezondheidszorg, gezondheidsbevordering, epidemiologie en monitoring/advisering ten behoeve van gezondheidsrisico's. Ook de relatie tussen gezondheid en sociale veiligheid (zorgmijders) heeft in dat kader de aandacht van iedere gemeente. De GGD speelt in deze zaken altijd een (sleutel)rol: het kan relevante verbanden leggen, handelend optreden bij dreigende escalatie, collectieve preventie organiseren en veel informatie geven over gezondheidsvraagstukken.

5.2 Eigen kracht en verantwoordelijkheid

Voordat het college überhaupt de ondersteuningsvraag gaat vaststellen, is er in het onderzoek aandacht voor de eigen kracht en verantwoordelijkheid van de cliënt. Zijn alle mogelijkheden verkend om de belemmering die wordt aangevoerd zelf weg te nemen? Bijvoorbeeld door er anders mee om te gaan? Niet elk probleem heeft de voorziening die bekend of standaard is (volledig) nodig. Door integraal naar de problematiek en het systeem van de cliënt te kijken, zijn soms creatieve oplossingen mogelijk. Die vergen minder intensieve begeleiding vanuit de gemeente en bevorderen de zelfredzaamheid en participatie vaak meer dan de standaard oplossingen. Denk aan de hulp van de buurman of de extra stofzuiger op de bovenverdieping waardoor de cliënt zelf kan blijven stofzuigen, ook al komt hij moeilijk de trap op.

Nauw verwant hieraan zijn de type ondersteuningsvragen die volgens de Wmo 2015 voorzienbaar waren of nog vermijdbaar zijn. Iemand met een belemmering krijgt bijvoorbeeld geen traplift als hij verhuist uit een gelijkvloerse bungalow naar een woning met etage aangezien deze vorm van maatschappelijke ondersteuning op die manier is te vermijden. Ook andere ondersteuningsbehoeften zijn soms te vermijden als tijdig andere maatregelen worden getroffen.

Het criterium 'voorzienbaar' is relatief omdat het altijd uitgaat van de mogelijkheden van de cliënt. Bij een verslaving is bijvoorbeeld meestal ook sprake van een psychische problematiek waardoor iemand zich niet op dezelfde manier bewust is van de risico's van verdovende middelen als anderen. Maar onder dit criterium valt ook de financiële draagkracht van cliënten. Iemand met voldoende middelen kan zich waarschijnlijk voorbereiden op zijn oude dag door zelf te voorzien in bepaalde woningaanpassingen, zeker als de belemmeringen zich langzaam ontwikkelen en al vroegtijdig worden aangekondigd door een arts of ander deskundige.

Beroep op andere wetten

Wanneer iemand aanspraak kan maken op een voorziening op grond van een andere wet is ook een vorm van eigen kracht en verantwoordelijkheid. Een cliënt kan het probleem zelf oplossen, namelijk door zijn aanspraak op grond van de andere wet tot gelding te brengen.

5.3 Gebruikelijke hulp en voorzieningen

Gebruikelijke hulp is de ondersteuning waarvan we als samenleving verwachten dat mensen dit uit normale betrokkenheid aan elkaar verlenen. De wet definieert het als de hulp die naar algemeen aanvaarde opvattingen in redelijkheid mag worden verwacht van de echtgenoot, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten. Het betreft de normale dagelijkse zorg, zoals taken die bij een gezamenlijk huishouden horen, administratie, bezoek aan familie, /instanties en dergelijke..

Onder huisgenoot wordt verstaan: een persoon die - ofwel op basis van een familieband, ofwel op basis van een bewuste keuze - één huishouden vormt met de persoon die beperkingen ondervindt. Een huisgenoot is bijvoorbeeld een inwonend kind, maar zijn ook inwonende ouders. Of sprake van inwoning wordt naar de concrete feitelijke situatie beoordeeld. Daarbij staat inwonend tegenover het hebben van een volledig eigen en zelfstandige huishouding, waarbij er geen zaken zoals huisnummer, kosten nutsvoorzieningen en voordeur door elkaar lopen.

Bij gebruikelijke hulp wordt rekening gehouden met de leeftijd van de huisgenoot. Tot 18 jaar wordt van huisgenoten verwacht dat zij hun bijdragen leveren bijvoorbeeld door hun eigen kamer schoon te houden en/of door hand- en spandiensten te verrichten, zoals het doen van (kleine) boodschappen en het helpen bij de afwas. Bij gebruikelijke hulp wordt uitgegaan van de mogelijkheid om naast een volledige baan een huishouden te kunnen runnen. Alleen bij daadwerkelijke afwezigheid van de huisgenoot gedurende een aantal dagen en nachten zullen de niet-uitstelbare taken overgenomen kunnen worden. Bij het zware en licht huishoudelijk werk gaat bijvoorbeeld het veelal om uitstelbare taken. Alleen als schoonmaken niet kan blijven liggen (regelmatig geknoei vloeistoffen en eten) zal dat direct moeten gebeuren.

Algemeen gebruikelijke voorzieningen zijn in principe voor iedereen beschikbaar, of mensen nu wel of geen beperking hebben. Wat in een concrete situatie algemeen gebruikelijk is, hangt vaak af van de geldende maatschappelijke normen op het moment van de aanvraag (en kan ook per doelgroep verschillen). Algemeen gebruikelijke voorzieningen hoeven niet vanuit de Wmo te worden verstrekt. Algemeen gebruikelijke voorzieningen voldoen aan de volgende voorwaarden:

- niet speciaal bedoeld voor mensen met een beperking én;
- in de reguliere handel verkrijgbaar, én
- in prijs vergelijkbaar met soortgelijke producten.

Algemeen gebruikelijke voorzieningen betreffen vaak commerciële diensten zoals de glazenwasser en boodschappenservice van de plaatselijke supermarkt. Maar ook de wasmachine, droger, rollator, elektrische fiets en thermostatische kranen zijn algemeen gebruikelijk. Net als veel woningaanpassingen (zie resultaatveld D3 in hoofdstuk 4), de kinderopvang, het tuinonderhoud, gemaksdiensten van de zorgverzekeraar en allerlei commercieel sportaanbod.

5.4 Informele ondersteuning

In het gesprek dat de consulent in de onderzoeksfase voert met een cliënt zal naast de gebruikelijke zaken ook de mogelijkheden van informele ondersteuning aan de orde komen. De wet onderscheidt twee vormen van informele ondersteuning: mantelzorg en hulp vanuit het sociale netwerk. Hoewel er in de praktijk nogal eens overlap lijkt te zijn tussen beide begrippen kan het voor een uiteindelijke inzet van een maatwerkvoorziening wel van belang zijn om dit onderscheid helder aan te brengen in het onderzoek.

Verleent iemand structureel meer dan gebruikelijke hulp aan een naaste dan noemen we dit mantelzorg. Wettelijk is dit gedefinieerd als de hulp zoals bedoeld in de Wmo, de Jeugdwet en Zorgverzekeringswet die rechtstreeks voortvloeit uit een tussen personen bestaande sociale relatie en niet wordt verleend in het kader van een hulpverlenend beroep. We spreken van structurele ondersteuning als deze valt te typeren als 'zwaar, omvangrijk en met een hoge mate van verplichting'.

Mantelzorg is geen formele afwijzingsgrond voor het verstrekken van een maatwerkvoorziening. Om drie redenen is het echter wel van belang om vast te stellen of er al dan niet mantelzorg wordt geboden:

- Op grond van de Wmo kan ook een maatwerkvoorziening worden verstrekt om de mantelzorger te ondersteunen;
- Tijdens het onderzoek kan worden geconcludeerd dat er structurele ondersteuning nodig is maar dat er toch (vooralsnog) wordt afgezien van een maatwerkvoorziening omdat iemand dit al vrijwillig vanuit sociale betrokkenheid op zich heeft genomen.
- Tijdens het onderzoek kan worden geconcludeerd dat er structurele ondersteuning nodig is, dat iemand dit al vrijwillig vanuit sociale betrokkenheid op zich heeft genomen, maar dat dit als te intensief wordt ervaren en er daarom toch een maatwerkvoorziening wordt verstrekt in de vorm van een pgb.

Daarnaast gebruikt de wet nog het begrip 'sociaal netwerk' om aan te geven dat van 'personen uit de huiselijke kring of andere personen met wie de cliënt een sociale relatie onderhoudt' verwacht wordt om af en toe iemand te helpen die ondersteuning nodig heeft. Dit 'af en toe' onderscheidt ze van mantelzorgers, maar wordt wel beschouwd als een vorm van sociale betrokkenheid die voor gaat op formele 'maatschappelijke ondersteuning'.

Tijdens het onderzoek zal er dus met de cliënt moeten worden geïnventariseerd waar er al mantelzorg wordt geboden en waar aanvullend iemand uit de familie, de wijk, de vriendenkring, het verenigingsleven, enz. kan bijspringen. Bij deze inventarisatie dient er speciale aandacht te zijn voor mantelzorg dat 'intensief' van aard is en dat zonder verdere praktische of financiële ondersteuning niet is vol te houden. Verderop wordt specifiek in gegaan op mantelzorg, niet gebruikelijke zorg en zorg vanuit het sociaal netwerk met pgb.

Een Pgb is echter niet altijd gewenst en ook niet echt noodzakelijk. Vaak kan een mantelzorger er wel weer tegen aan als hij in praktische opzicht wordt ondersteund of ontlast. Dergelijke ondersteuning kan zowel vanuit een algemene voorziening als vanuit een maatwerkvoorziening worden aangeboden. Indien we mantelzorgers tijdelijk ontlasten in zijn taken, spreken we van respijtzorg.

5.5 Respijtzorg

Voor veel mantelzorgers hoeft geen frequente ondersteuning te worden ingezet, maar volstaat respijtzorg: iemand die de verantwoordelijkheid van de mantelzorg voor een paar uren of dagen overneemt. Soms is hiervoor maatwerk nodig, maar meestal kan dit worden georganiseerd vanuit een algemene voorziening zoals bijvoorbeeld vrijwilligers.

Cliënten die permanent toezicht nodig hebben, kunnen in bepaalde situaties gebruik maken van kortdurend verblijf om hun mantelzorger tijdelijk te ontlasten. Deze tijdelijke opvang in bijvoorbeeld een gehandicapteninstelling, verpleeghuis of verzorgingshuis kan als een maatwerkvoorziening worden verstrekt.

Dit is alleen mogelijk als er permanent toezicht nodig is. Het gaat hier dan om een vorm van begeleiding dat beschikbaar is voor iemand die zelf niet in staat is om hulp in te roepen of bij een groot risico op valgevaar, escalatie van gedragsproblemen of complicaties van een ziekte. Meer hierover bij resultaatveld G1 in paragraaf 4.4 Gezondheid.

5.6 Mantelzorg, niet gebruikelijke zorg en zorg vanuit het sociaal netwerk met pgb

Naast de algemene criteria voor een pgb zullen bij het inzetten van het sociaal netwerk de volgende afwegingen moeten worden gemaakt voordat een pgb kan worden verstrekt:

- Net als bij professionele ondersteuning moet de budgethouder zijn keus goed kunnen motiveren. Zo moet bijvoorbeeld uitgesloten worden dat de beoogde zorgverlener uit het sociaal netwerk daarbij druk heeft uitgeoefend.
- Is de ondersteuning zo omvangrijk, frequent, intensief en duurzaam dat gesproken kan worden van niet-gebruikelijke zorg?
- In hoeverre is deze mantelzorg niet-gebruikelijk? Van huisgenoten kan bijvoorbeeld meer (onbetaalde) mantelzorg worden verwacht dan van uitwonende familieleden, vrienden en burens.
- Een pgb is alleen mogelijk bij niet-gebruikelijke zorg, als de draaglast zodanig is dat de mantelzorger aangeeft om te stoppen en vervangen zou moeten worden door professionele inzet, terwijl dit niet wenselijk is met oog op kwaliteit en doelmatigheid.
- De kwaliteit van de geboden ondersteuning moet voldoende geborgd zijn. Dat geldt ook voor de draagkracht van de beoogde te betalen zorgverlener uit het sociaal netwerk.

In het vorige hoofdstuk is al gezegd dat er ook persoonsgebonden budget (pgb) kan worden verstrekt voor informele ondersteuning omdat we het belangrijk vinden dat cliënten zoveel mogelijk zelf de regie voeren over de ondersteuning die ze wordt geboden. Dit staat echter op gespannen voet met een ander uitgangspunt van de Wmo, namelijk dat maatschappelijke ondersteuning (dus vanuit de overheid) alleen mogelijk is voor zover de cliënt dit niet met behulp van onder andere zijn eigen netwerk kan organiseren. Toch zijn er situaties dat dergelijke informele ondersteuning ook formeel gefaciliteerd zou moeten worden met een maatwerkvoorziening in de vorm van een pgb. Deze mogelijkheid bestaat alleen voor mantelzorg dat we kwalificeren als niet-gebruikelijk en dat zonder verdere financiële ondersteuning niet is vol te houden. Dit is pas aan de orde als de draaglast zodanig is dat de degene die de niet-gebruikelijke zorg verleent overweegt om te stoppen en vervangen zou moeten worden door professionele inzet, terwijl dit niet wenselijk is met oog op kwaliteit en doelmatigheid. Hiervan is sprake als deze wenselijkheid in het gespreksverslag feitelijk is onderbouwd en:

- De persoon uit het sociaal netwerk inkomsten derft als gevolg van de bereidheid om vol te houden.
- De sociale relatie/betrokkenheid t.o.v. de cliënt aan de persoon uit het sociaal netwerk onvoldoende intrinsieke motivatie geeft om de ondersteuning op dit niveau vol te houden.
- De cliënt terminaal is en van de beoogde zorgverlener uit het sociaal netwerk geen rationele afweging verwacht mag worden tussen draaglast en draagkracht om vol te houden.

Hierboven is al aangegeven dat mantelzorg door haar structurele karakter verschilt van gebruikelijke hulp en hulp door het sociale netwerk. Gebruikelijke hulp komt per definitie niet in aanmerking voor een pgb en overige hulp zoals gedefinieerd in de wet is daarvoor ook te veel onderdeel van het normale sociale leven. Iemand die bereid is om zijn buurvrouw of tante te ondersteunen met incidentele of lichte werkzaamheden doet dat met een intrinsieke motivatie zodat daar niet nog eens een financiële ondersteuning vanuit de overheid voor nodig is.

Ook mantelzorg gebeurt vanuit een intrinsieke motivatie. In paragraaf 5.5 is al gewezen op het vrijwillige karakter van mantelzorg. En dat de hulp soms zo intensief is dat de mantelzorger het niet volhoudt zonder praktische (respijtzorg of financiële (pgb) ondersteuning vanuit de Wmo. Dit wordt vooral bepaald door de draagkracht van de mantelzorger en is dus enigszins afhankelijk van de specifieke situatie. Toch gelden in het algemeen wel de voorwaarden hierboven ten aanzien van intensiviteit en draaglast. Ook geldt de richtlijn dat een (niet-gebruikelijke) belasting van 8 uren of minder mantelzorg per week normaalgesproken nog niet als 'intensief' wordt beschouwd. En het college dient eerst te onderzoeken of respijtzorg voldoende lucht kan geven aan de mantelzorger (zie verder de toelichting hierboven). Het is belangrijk dat zowel de cliënt als de mantelzorger een 'eigen leven' heeft en in zijn eigen inkomen kan voorzien. Daarom is het niet acceptabel dat een mantelzorger zijn zorgtaken niet meer kan combineren met werk of anderszins in financiële problemen komt. De mantelzorger moet in staat blijven om ook in de toekomst hulp te kunnen blijven bieden zonder daarbij zelf het perspectief op de arbeidsmarkt te verliezen of zelfs te moeten stoppen met betaalde arbeid. Overigens is er geen sprake van inkomstenverlies voor zover de mantelzorger een uitkering ontvangt.

Ook moet er altijd een balans blijven tussen de wenselijkheid en bereidheid om ondersteuning in te zetten door middel van mantelzorg. Iemand kan erg gehecht zijn aan de hulp van een naaste en dit kan ook veel doelmatiger zijn dan zorg in natura, maar mantelzorg wordt begrensd door de intrinsieke motivatie van de mantelzorger zelf. En die is meestal afhankelijk van de sociale afstand die hij ervaart tot de cliënt. Veel mantelzorgers beginnen met lichte ondersteuning voor een familielid of bekende, maar haken af als dat zwaarder wordt en dit teveel van hun tijd en energie vergt. Er ontstaat een gevoel dat de zorg voor de ander ten koste gaat van de aandacht voor zichzelf en het eigen leven. Een financiële vergoeding kan dit gevoel dan vaak genoeg compenseren om de niet-gebruikelijke zorg te blijven volhouden. Het gaat hier dus om specifieke gevallen waarbij de consulent of de medewerker van het gebiedsteam erg goed onderzoek moet doen naar de motivatie van de mantelzorger om er zeker van te zijn dat hier geen sprake is van ondersteuning dat ook zonder pgb wel geboden zou worden.

Als iemand terminaal ziek wordt verklaard dan bestaat er voor de partner of kinderen niet altijd een rationele afweging tussen zorg in natura en dit zelf op zich te nemen. Men voelt een morele verplichting om dit zelf te doen en in deze fase is met name de kwaliteit van de niet-lijfgebonden begeleiding voor de cliënt ook veel hoger als dat wordt gedaan door directe naasten in plaats van professionals. Voor

deze begeleiding kan pgb worden verstrekt indien de cliënt zich volgens een arts in de terminale fase bevindt.

Uiteraard geldt ook bij mantelzorgers dat de wens om dit om te zetten in een maatwerkvoorziening met pgb voldoende is gemotiveerd, dat de kwaliteit en kosten ervan niet afwijken van de ondersteuning die in natura kan worden georganiseerd en dat de cliënt in staat moet zijn om alle daaraan verbonden taken verantwoord uit te voeren. Ook is het belangrijk dat de cliënt zijn keuze tot inzet van pgb onafhankelijk van de mantelzorger kan maken.

5.7 Algemene voorzieningen

De definitie van een algemene voorziening in de Wmo 2015 luidt: "een aanbod van diensten of activiteiten dat, zonder voorafgaand onderzoek naar de behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van de gebruikers, toegankelijk is en dat is gericht op het versterken van zelfredzaamheid en participatie, of op opvang. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen voorzieningen in de markt, waarmee de gemeente geen bemoeienis heeft en voorzieningen die geheel of gedeeltelijk door de gemeente worden bekostigd. De gemeente heeft volgens de wet wel een verantwoordelijkheid om te zorgen dat er algemene voorzieningen zijn ter bevordering van de zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang aan alle inwoners die maatschappelijke ondersteuning behoeven. Dit geldt weer niet voor de algemeen gebruikelijke voorzieningen, waar de gemeente meestal ook niet bij betrokken is.

In de inleiding is al aangegeven dat er geen maatwerkvoorziening wordt verstrekt als de benodigde ondersteuning ook door middel van een algemene voorziening kan worden georganiseerd. In de jurisprudentie is de afgelopen jaren bepaald dat deze ondersteuning dan wel passend, feitelijk beschikbaar en financieel mogelijk moet zijn. Deze voorwaarden zijn inherent aan de maatwerk-gedachte van de nieuwe Wmo. Na de melding van een ondersteuningsvraag wordt er namelijk altijd onderzoek gedaan naar de persoonlijke situatie van de cliënt.

De zin "zonder voorafgaand onderzoek toegankelijk" moet wel in de context worden bekeken. Het betekent dat de gemeente voor deze voorziening geen beschikking afgeeft en dat de bevindingen van het onderzoek grondig worden beargumenteerd en vastgelegd in een verslag. Wel zal de aanbieder van een algemene voorziening altijd moeten toetsen of iemand tot de gestelde doelgroep behoort. Als een gemeente subsidie verstrekt voor een algemene voorziening dan is dat namelijk vaak ten behoeve van een specifieke doelgroep. Bijvoorbeeld algemeen maatschappelijk werk voor mensen die even het overzicht kwijt zijn in hun leven, welzijnswerk gericht op ouderen of een passantenverblijf voor daklozen. Andere voorbeelden van algemene voorzieningen zijn peuterspeelzalen, scholen, schuldhulpverlening, de GGD, jongerenwerk, informatie en advieswerk, sportvoorzieningen, sociale alarmering, cliëntondersteuning, de gebiedsteams en maatschappelijke diensten als een formulierenbrigade, klussendienst, wasservice en maaltijdvoorziening. De landelijke bijdrageregeling is niet van toepassing op algemene voorzieningen. De gebruiker betaalt de marktprijs of al dan niet een kostendekkend tarief voor gesubsidieerde voorzieningen.

5.8 Maatwerkvoorzieningen

Als uit het onderzoek blijkt dat er naast informele ondersteuning en algemene voorzieningen ook een maatwerkvoorziening nodig is, dan moet daarvoor een formele aanvraag worden geformuleerd waarop het college een besluit moet nemen. Dit besluit krijgt de vorm van een beschikking waarin een maatwerkvoorziening wordt verstrekt voor één of meerdere resultaatvelden. Deze voorziening bestaat weer uit prestaties. Dit zijn de bestandsdelen van het onderliggende ondersteuningsplan en/of uitvoeringsplan.

5.8.1 In te zetten ondersteuning: Huishoudelijke ondersteuning

Algemeen

Huishoudelijke ondersteuning (HO) is een voorziening die ingezet kan worden om inwoners langer zelfstandig te laten wonen. Het is gericht op het ondersteunen van de zelfredzaamheid en de participatie van inwoners met een beperking of chronische psychische of psychosociale problemen. Er is onderscheid gemaakt in drie producten van dienstverlening; HO type 1 (HO1), HO type 2 (HO2) en HO type 3 (HO3).

Doel huishoudelijke ondersteuning

Het algemene doel van huishoudelijke ondersteuning is het realiseren van een gestructureerd huishouden. Het huishouden vormt een basis waar de inwoner mensen kan ontvangen en van waaruit de inwoner kan participeren in de samenleving. Hiervoor zijn de zelfredzaamheid en eigen mogelijkheden van de cliënt belangrijke voorwaarden.

Resultaten huishoudelijke ondersteuning

De volgende resultaten gelden voor alle typen van huishoudelijke ondersteuning:

- Het vergroten van de zelfredzaamheid van inwoners met betrekking tot het voeren van een gestructureerd huishouden.
- Het betrekken van de omgeving (het sociale netwerk) van de cliënt bij de uitvoering van de werkzaamheden en het waar mogelijk begeleiden en activeren van het sociaal netwerk van de cliënt.

- Het ontlasten van de persoon die gebruikelijke hulp of mantelzorg levert, als er sprake is van (dreigende) overbelasting van de betreffende persoon.
- Het wijzen van de cliënt op andere beschikbare diensten die bijdragen aan een gestructureerd huishouden (bijvoorbeeld boodschappendienst).
- Het afstemmen van de zorg en ondersteuning daar waar de cliënten zowel WLZ- als Wmo-diensten ontvangt. Goede zorg voor de cliënt staat daarbij centraal.
- Het tijdig signaleren van veranderingen in de leefomstandigheden, gezondheidssituatie en sociale omstandigheden van de cliënt. Dit kan zowel een verslechtering of verbetering van de situatie betekenen.

Overzicht resultaten per type en (mogelijke) activiteiten per resultaat

Resultaten	HO1	HO2	HO3
Schoon en leefbaar huis	Het schoonhouden van: - een woonkamer; - slaapvertrekken die in gebruik zijn; - de keuken; - maximaal 1 toilet en 1 badkamer (inclusief toilet); - gang, trap en overloop.	Het schoonhouden van: - een woonkamer; - slaapvertrekken die in gebruik zijn; - de keuken; - maximaal 1 toilet en 1 badkamer (inclusief toilet); en - gang, trap en overloop.	Het ondersteunen bij en het aanleren van het uitvoeren van huishoudelijk taken zoals benoemd bij HO1.
Schone kleding en linnengoed	Het gebruik kunnen maken van schone kleding, bedden- en linnengoed.	Het gebruik kunnen maken van schone kleding, bedden- en linnengoed.	Het ondersteunen bij en het aanleren van het wassen van kleding/linnengoed zoals benoemd bij HO1.
Kunnen beschikken over voldoende levensmiddelen en het kunnen nuttigen van maaltijden. (alleen in geval de boodschappen- of maaltijdservices ontoereikend zijn)	Het ondersteunen bij het opstellen van boodschappenlijst en opruimen van boodschappen. Het bereiden van broodmaaltijd. Het opwarmen van maaltijden.	Het ondersteunen bij het opstellen van boodschappenlijst en opruimen van boodschappen. Het bereiden van broodmaaltijd. Het opwarmen van maaltijden.	Het ondersteunen bij en het aanleren van het verzorgen van maaltijden en boodschappen.
Zorg voor kinderen onder de 6 jaar (kinderopvang is voorliggend aan deze vorm van ondersteuning)	Niet van toepassing.	Helpen/ondersteunen bij de persoonlijke verzorging van de kinderen (bijv. tandenpoetsen, aan/uitkleden, wassen, luier verschonen) Hulp bij eten en/of drinken bij baby's en kinderen; Broodmaaltijd bereiden/warme maaltijd opwarmen/flesje melk bereiden voor baby.	Het ondersteunen bij en het aanleren van vaardigheden op het gebied van zorg voor kinderen die tot het gezin behoren zoals bedoeld bij HO2
Veranderingen herkennen en signaleren	Bij veranderingen in de situatie van de cliënt wordt dit besproken met de direct leidinggevende. De leidinggevende koppelt dit terug aan de gemeente indien de signalen daar aanleiding toe geven.	Bij veranderingen in de situatie van de cliënt bespreekt de ondersteuner dit met cliënt en indien nodig met andere betrokkenen (sociaal) netwerk of hulpverleners. De bevindingen worden door de ondersteuner teruggekoppeld aan de gemeente.	Het proactief signaleren en in de gaten houden van veranderingen in de situatie van de cliënt. De ondersteuner is verplicht de gemeente direct te informeren over relevante veranderingen in de situatie van de cliënt. Van de ondersteuner wordt verwacht dat deze actie onderneemt op de veranderende situatie van de cliënt. Onder deze prestatie vallen ook die situaties van sterk 'ontregelde

			huishoudens' waar niet volstaan kan worden met planbare zorg op vaste tijdstippen.
Dagelijkse organisatie van het huishouden	Het is aan de cliënt om werkzaamheden te prioriteren en keuzes te maken. Van de cliënt mag immers worden verwacht dat hij of zij de regie over het huishouden kan voeren.	Het plannen, organiseren en tijdig uitvoeren van de benodigde huishoudelijke activiteiten. Helpen handhaven, verkrijgen of terugkrijgen van structuur in het huishouden.	Het ondersteunen van de cliënt bij het oefenen met het aanbrengen van (dag)structuur en/of het voeren van regie over eigen huishouden en/of de dagelijkse organisatie van het huishouden. Hieronder wordt verstaan het aanleren van: - het organiseren, plannen van huishoudelijke taken; - het uitvoeren van lichte administratieve taken. Er vindt afstemming plaats met andere professionele hulpverleners. Het ondersteunen van de cliënt bij het toepassen en inslijpen van aangeleerde vaardigheden en gedrag in het dagelijks leven.

Doelgroepen

De cliënt die onder deze doelgroep valt is ouder dan 18 jaar, zelfstandig wonend en is beperkt bij het uitvoeren van/dan wel voeren van regie op het eigen huishouden. Cliënt wordt in staat geacht met deze vorm van ondersteuning de regie, daar waar mogelijk, (deels) zelf op te pakken en/of met zijn/haar directe leefomgeving.

Grondslag

Cliënten met een somatische (SOM), psychiatrische (GGZ), psychogeriatrische (PG) aandoening/beperking, een verstandelijke (VG), lichamelijke (LG) handicap, zintuiglijke (ZG) handicap en/of met niet aangeboren hersenletsel (NAH) met beperkingen op het terrein van en/of:

1. sociale zelfredzaamheid;
2. het bewegen en verplaatsen;
3. het psychisch functioneren;
4. het geheugen en de oriëntatie;
5. het vertonen van probleemgedrag.

Eisen aan de uitvoering

Degene die de huishoudelijke ondersteuning levert:

- heeft een servicegerichte en klantvriendelijke instelling;
- heeft correcte werkhouding;
- kan veranderingen opmerken en heeft aandacht hiervoor;
- heeft kennis (of ervaring) met betrekking tot de omgang met specifieke doelgroepen
- (bijvoorbeeld mensen met een lichamelijke beperking, verstandelijke beperking, psychisch (sociale) problematiek);
- beheerst de Nederlandse taal in woord en geschrift;
- moet zich kunnen legitimeren als medewerk(st)er van de zorgaanbieder;
- heeft respect voor geloofsovertuiging en/of leefwijze van de cliënt;
- kan discreet omgaan met vertrouwelijke informatie.

De ondersteuning binnen het beschikte type huishoudelijke ondersteuning dient zoveel als mogelijk geleverd te worden door de dezelfde ondersteuner.

Voor HO3 dient een ondersteuningsplan te worden opgesteld.

Voor het uitvoeren van werkzaamheden gelden specifieke opleidingseisen per type ondersteuning.

HO1	HO2	HO3
------------	------------	------------

Minimaal verplichte interne training op gebied van kwaliteit, hygiëne richtlijnen en signaleren.	Minimaal afgeronde opleiding verzorgende niveau 1.	Minimaal afgeronde Mbo opleiding op minimaal niveau 4 in de gezondheids- of welzijnszorg.
--	--	---

5.8.2 In te zetten ondersteuning: Individuele begeleiding

Algemeen

Een cliënt kan in aanmerking komen voor individuele begeleiding als

- bij cliënt sprake is van een complexe ondersteuningsvraag, blijkend uit de noodzaak tot inzet van individuele begeleiding, of
- er bij het functioneren van de cliënt sprake is van risico voor zichzelf of diens omgeving, of
- toezicht op de cliënt nodig is.

Individuele begeleiding richt zich op het begeleiden in het dagelijks functioneren. Het gaat om het actief herstellen, dan wel compenseren van het beperkte of afwezige regelvermogen van een persoon waardoor hij onvoldoende of geen regie over het eigen leven kan voeren. De ondersteuning bestaat bijvoorbeeld uit het helpen plannen van activiteiten, het regelen van dagelijkse zaken, het nemen van besluiten en het structureren van de dag.

De individuele begeleiding kan ook praktische hulp en ondersteuning bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen inhouden zoals begeleiden bij het wassen en aankleden (dit is de functie persoonlijke verzorging, welke valt onder begeleiding). Daarbij is geen medische ondersteuning nodig of een hoog risico daarop.

Daarbij wordt onderscheid gemaakt in 3 niveaus, oplopend in zwaarte (licht, middel, zwaar)

Bij vraagverheldering dient binnen dit spectrum de juiste afweging te worden gemaakt, passend bij de vraag en het lerend vermogen. De zwaarte van de begeleiding wordt bepaald door de mate van complexiteit van de uit te voeren activiteiten en/of aanwezige stoornissen en/of beperkingen van de cliënt. Begeleiding individueel kan tijdelijk worden ingezet ter overbrugging van een periode tot opname in een intramurale voorziening.

Doel individuele begeleiding

Het algemene doel is dat de cliënt (zo lang mogelijk) een zo zelfstandig mogelijk leven leidt. De begeleiding bestaat, afhankelijk van de zwaarte van de beperking, uit:

- Het ondersteunen bij of het oefenen van vaardigheden of handelingen.
- Het ondersteunen bij of het oefenen met het aanbrengen van (dag)structuur en/of het voeren van regie.
- Het overnemen van toezicht op de cliënt en/of het aansturen van gedrag.

Resultaten individuele begeleiding

De volgende resultaten gelden voor alle drie de niveaus van individuele begeleiding:

- Het voorkomen van achteruitgang van de zelfredzaamheid.
- Het bevorderen van het behoud van de zelfredzaamheid.
- Het daar waar mogelijk vergroten van de zelfredzaamheid.

Andere resultaatgebieden:

- Persoonlijke verzorging
- Relatiemanagement
- Ondersteuning bij of het aanleren van Post/administratie/financiën
- ondersteuningsvraaganalyse

Overzicht resultaten per niveau

Resultaat	Niveau licht	Niveau middel	Niveau zwaar
Passende ondersteuning	Er is geen noodzaak tot het overnemen van taken. Toelichting op het resultaat: De cliënt kan zelf om hulp vragen. Bijv. bij de dagelijkse routine en met het uitvoeren van vooral complexe activiteiten.	De ondersteuning wordt geboden bij het oplossen van problemen. Toelichting op het resultaat: De cliënt kan zelf om hulp vragen. Het zelfstandig nemen van besluiten, het regelen van dagelijkse bezigheden en de dagelijkse routine (gebrek aan dag – en	De ondersteuning richt zich op het overnemen van taken door een professional, omdat de cliënt ernstige problemen heeft. Toelichting op het resultaat: De cliënt kan niet altijd zelf om hulp vragen. De cliënt kan niet zelfstandig problemen oplossen en/of besluiten nemen. Het gaat

	De ondersteuning is erop gericht door stimulans en/of toezicht ervoor te zorgen dat de cliënt in staat is om zijn/haar sociale leven zelfstandig vorm te geven.	nachtritme) zijn voor de cliënt niet vanzelfsprekend. Dit kan zodanige problemen opleveren dat de cliënt afhankelijk is van ondersteuning. De communicatie gaat niet altijd vanzelf doordat de cliënt soms niet goed begrijpt wat anderen zeggen en/of zichzelf niet voldoende begrijpelijk kan maken. Het niet inzetten van ondersteuning kan leiden tot verwaarlozing/opname.	dan bijvoorbeeld om ondersteuning bij complexe taken die voor de cliënt moeten worden overgenomen. Ook het uitvoeren van eenvoudige taken en communiceren gaan moeizaam.
Dagstructuur	Invulling dagstructuur ligt bij cliënt, met (op onderdelen) ondersteuning door begeleider. De cliënt kan zelf om hulp vragen.	De cliënt heeft ondersteuning nodig en kan hier zelf om vragen. Er is geen noodzaak tot het daadwerkelijk overnemen van taken van de cliënt. Ondersteuning wordt geboden bij het oplossen van problemen, het zelfstandig nemen van besluiten, het regelen van dagelijkse bezigheden en de dagelijkse routine die voor de cliënt niet vanzelfsprekend zijn. Dit kan zodanige problemen opleveren dat de cliënt afhankelijk is van ondersteuning.	Voor de dagstructuur en het voeren van regie is de cliënt afhankelijk van de hulp van anderen. De cliënt heeft ondersteuning nodig, maar kan hier niet (altijd) zelf om vragen. De ondersteuning richt zich op het (gedeeltelijk) overnemen van taken door een professional, omdat de cliënt ernstige problemen heeft. Het gaat om ondersteuning bij complexe taken. Ook het uitvoeren van eenvoudige taken en communiceren gaat moeizaam.

Doelgroepen

Het gaat hierbij om ondersteuning voor mensen vanaf 18 jaar (volwassenen). Deze ondersteuning is bedoeld voor cliënten die beperkingen hebben op het terrein van sociale redzaamheid, bewegen en verplaatsen, psychisch functioneren, geheugen en oriëntatie en/of probleemgedrag. De cliënt heeft ondersteuning nodig bij de zelfregie over het dagelijks leven, en omvat meer dan alleen het voeren van een gestructureerd huishouden.

Niveau licht	Niveau middel	Nivea zwaar
Voor cliënten geldt: Dat er sprake is van beperkingen die niet dermate complex zijn dat een passende graad van deskundigheid nodig is voor de omgang.	Voor cliënten geldt: Dat er sprake is van complexere beperkingen dan bij niveau licht. Er zijn zodanige stoornissen en beperkingen, dat kennis van het ziektebeeld en deskundigheid in de omgang hiermee noodzakelijk is.	Voor cliënten geldt: Dat er sprake is van complexe beperkingen waarbij ook sprake is van ernstige gedragsstoornissen, een risicovol instabiel ziektebeeld en/of (multi)complexe probleemsituaties waarbij een hoge graad van deskundigheid in de omgang nodig is.

Grondslag

Cliënten met een somatische (SOM), psychiatrische (GGZ), psychogeriatrische (PG), aandoening/beperking, Niet aangeboren hersenletsel (NAH), een verstandelijke (VG) en/of lichamelijke (LG) handicap met beperkingen op het terrein van:

1. sociale zelfredzaamheid;
2. het bewegen en verplaatsen;
3. het psychisch functioneren;
4. het geheugen en de oriëntatie;
5. het vertonen van probleemgedrag.
6. algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)

De in te zetten categorie wordt bepaald door een combinatie van de volgende factoren, waarbij de zorgvraag van de cliënt leidend is:

- complexiteit van de activiteit
- noodzaak kennis van het ziektebeeld

- noodzaak methodisch handelen
- zwaarte van de beperking
- aanwezigheid van een ondersteunend sociaal netwerk

Indiceren van begeleiding

Het indiceren is erop gericht dat er een combinatie gemaakt kan worden tussen de categorieën. Zo kan zwaar heel goed gecombineerd worden met lichte of middelzware ondersteuning omdat er door de specialistische ondersteuner begeleidingsdoelen uitgezet kunnen worden die door een lichte of middelzware ondersteuner kunnen worden uitgevoerd.

Begeleiding niveau licht

Lichte begeleiding houdt in het ondersteunen bij het aanbrengen van structuur, danwel het uitvoeren van regie en/of het ondersteunen bij praktische vaardigheden/handelingen en het participeren in de maatschappij. Taken die de cliënt zelf niet (meer) kan en die ook niet meer kunnen worden aangeleerd worden overgenomen.

De cliënt heeft voldoende ziekte inzicht om zijn eigen beperkingen te kunnen herkennen of de cliënt heeft een licht verstoord ziekte inzicht waardoor er onvoldoende eigen inzicht is in de eigen beperkingen.

Begeleiding niveau middel

In deze categorie wordt methodisch handelen verwacht van de ondersteuner/begeleider. Er zal doelgericht gewerkt moeten worden aan het behalen van een resultaat conform het gemaakte ondersteuningsplan. Dit resultaat kan zijn (gedeeltelijk) herstel, behoud of vertraging in (mogelijke) achteruitgang van de zelfredzaamheid van de cliënt.

Cliënt heeft een verstoord ziekte inzicht waardoor er sprake is van een licht verstoord zelfbeeld op het gebied van beperkingen.

Bij middelzware begeleiding is sprake van:

- a. meer complexe ziektebeelden. Er is sprake van zodanige stoornissen en beperkingen dat kennis van het ziektebeeld en deskundigheid in de omgang hiermee noodzakelijk is. Of
- b. meer complexe activiteiten. Er is bijvoorbeeld toezicht en sturing nodig om op het psychische lichamelijke functioneren van cliënt of cliënt is leerbaar en er kan geoefend worden met het aanbrengen van structuur en/of het uitvoeren van handelingen/vaardigheden.

Begeleiding niveau zwaar

Zware begeleiding en ondersteuning wordt geboden in de meest complexe situaties waarin er sprake is van ernstige gedragsstoornissen, risicovolle instabiele ziektebeelden en/of multi-problem situaties. Van de begeleider wordt methodisch handelen en vaardigheden op het gebied van crisisinterventie verwacht.

Bepaling niveau zwaar per grondslag, beperkingen blijven leidend:

NAH en Zintuiglijk: Wanneer ondersteuningsbehoefte, diagnostiek en persoonsbeeld nog niet in kaart gebracht zijn of wanneer specialistische ondersteuning langdurig noodzakelijk is omdat er sprake is van multi problematiek. Denk aan bijkomende psychiatrische klachten, verstoorde sociale vaardigheden waardoor er sprake is van vereenzaming of conflictgedrag met omgeving en/of weinig tot geen ziekte-inzicht.

Justitie: Verstoring openbare orde, veelvuldig contact met justitie, recidiverend delictgedrag, reclassering. Verslaving: Verslavingsproblematiek is dusdanig dat het de zelfredzaamheid verstoort waardoor er ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren ontstaan.

Psychiatrie: In de afgelopen vijf tot tien jaar diverse opnames door instabiel ziektebeeld of actuele dreiging tot opname, suïcide neigingen, gevaar voor zichzelf en omgeving en/of geen inzicht in eigen ziektebeeld. Er is sprake van een ernstige verstoring in de zelfredzaamheid door zeer beperkte leerbaarheid en/of beperkt inzicht in eigen handelen door psychiatrisch beeld. En/of de cliënt blijft afhankelijk van extern aanbrengen van structuur door een intrinsieke beperking.

Multi problem: (KOPP-kinderen van ouders met psychiatrische problemen) kinderen zijn betrokken of op meerdere leefgebieden ernstige problematiek of een zeer beperkt probleemoplossend vermogen.

Eisen aan de uitvoering

Eisen ten aanzien van degene die de zorg levert

- heeft een servicegerichte en klantvriendelijke instelling;
- heeft correcte werkhouding;
- kan veranderingen opmerken en heeft aandacht hiervoor;
- heeft kennis (of ervaring) met betrekking tot de omgang met specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld mensen met een lichamelijke beperking, verstandelijke beperking, psychisch (sociale) problematiek);
- beheerst de Nederlandse taal in woord en geschrift;
- moet zich kunnen legitimeren
- heeft respect voor geloofsovertuiging en/of leefwijze van de cliënt;

- kan discreet omgaan met vertrouwelijke informatie.

Opleidingseisen

Voor het uitvoeren van werkzaamheden gelden specifieke opleidingseisen per niveau ondersteuning.

Niveau licht	Niveau middel	Niveau zwaar
Minimaal afgeronde Mbo-opleiding op minimaal niveau 4 in de gezondheids- of welzijnszorg.	Minimaal afgeronde Mbo opleiding op minimaal niveau 4 in de gezondheids- of welzijnszorg aangevuld met minimaal 1 jaar werkervaring met één of meerdere van de bovenstaande doelgroepen.	Minimaal afgeronde Hbo opleiding in de gezondheids of welzijnszorg aangevuld met minimaal 1 jaar werkervaring met één of meerdere van de bovenstaande doelgroepen.

Overige eisen

- Degene die zorg levert werkt op basis van een, met cliënt en/of mantelzorger opgesteld en ondertekend ondersteuningsplan. Dit plan bevat de te behalen doelen/resultaten en de verwachte duur van de begeleiding.
- Dit ondersteuningsplan dient te worden ingediend bij het college.

Overige bijzonderheden

Afbakening met Huishoudelijke ondersteuning, type 3 (HO 3)

Er is ook een mogelijkheid tot het indiceren en toekennen van Huishoudelijke ondersteuning type HO3. Deze voorziening gaat specifiek in op het aanleren van vaardigheden gericht op het voeren van een gestructureerd huishouden. Dit is een expliciet verschil met individuele begeleiding, waarbij de aan te leren vaardigheden breder zijn

De invulling van individuele begeleiding is vaak afhankelijk van de doelgroep. De aard van de activiteiten verschilt dan niet heel erg, maar er is in de begeleiding wel kennis nodig van de specifieke problematiek. Zo hebben ouderen met psychogeriatrische beperkingen andere aandacht nodig dan hun leeftijdsgenoten met somatische klachten en mensen met andersoortige (verstandelijke/lichamelijke) beperkingen. Wel zijn er situaties dat de algemene individuele begeleiding moet worden geïntensiveerd. De begeleiding van psychische stoornissen (PSY) is zo specifiek dat dit vaak andersoortige activiteiten vergt.

Het bepalen van de omvang van begeleiding

Uren en frequentie individuele begeleiding

Als uitgangspunt wordt 1 uur per week individuele ondersteuning ingezet om cliënt te ondersteunen in plannen, overzicht en inzicht te bieden. Indien minder nodig is of een cliënt geen begeleiding behoeft op het gebied van plannen, overzicht en inzicht wordt dit in het onderzoeksverslag beargumenteerd. Deze tijd kan om verschillende redenen opgehoogd worden. Hieronder staat redenen van ophogen benoemd met daarachter de uitgangsnorm voor het ophogen. De consultant kan te allen tijde ervoor kiezen om per onderdeel extra tijd bij te indiceren. Uiteraard dient dit gemotiveerd te worden.

Het ophogen kent vier varianten:

- ophogen i.v.m. extra activiteiten
- ophogen in verband met extra problematiek
- ophogen in verband met systeemgerichte begeleiding en ondersteunen van meerdere mensen in één indicatie
- ophogen in verband met extra administratieve handelingen en afstemming met derden van de begeleider

Ophogen variant a.	Extra activiteiten	Extra tijd
A1 administratie en financiën	Het doornemen en ordenen van post, administratie op orde houden, financiën beheren, budget- en schuldenoverzicht bijhouden	15 minuten
A2 coördineren en opstarten van ondersteuning	Bijvoorbeeld bewindvoering, verhuizen, opstarten verslavingszorg of jeugdhulpverlening	1 uur
A3 toeleiding arbeid en/of dagbesteding	Het regelen van een passende voorziening qua werk/dagbesteding omdat er problemen zijn of omdat er nog geen passende voorziening is gevonden	30 minuten
A4 begeleiden van en naar afspraken		15 minuten excl vervoer

A5 aanleren van vaardigheden		1 uur
A6 persoonlijke verzorging	Dit is niet lijfelijk gebonden verzorging en bij een niet medische oorzaak. Gericht op stimuleren, structureren en het aanleren van vaardigheden	30 minuten

Ophogen variant b	Extra problematiek	Extra tijd
B1 het maken van een vertaalslag tussen cliënt en derde wanneer er sprake is van een verminderde informatieverwerking	Cliënt neemt erg moeilijk informatie op en dit kost meer tijd dan gebruikelijk, uitleg brieven waarna cliënt zelf keuze kan maken, herhalend uitleg geven (bijvoorbeeld bij een zintuiglijke beperking, verstandelijke beperking, NAH, dementie)	1 uur
B2 visualiseren van informatie gericht op plannen en aanbren- gen van structuur	Zoals het gedetailleerd invullen van agenda onder begeleiding, pictogrammen gebruiken, dagprogramma maken (ipv week)	15 minuten
B3 zeer wisselend beeld wat meer afstem- ming vraagt met be- handelaar / betrokken instanties	In te zetten bij gedragsproblematiek met wisselende uitingen zoals borderline of bij veranderlijke situaties. Denk ook aan een cliënt die zorgmijndend is met gedragsproblematiek wat meer inzet van een begeleider vraagt	30 minuten
B4 medische en/of psychiatrische proble- matiek waardoor er meer afspraken dan gebruikelijk zijn met professionals		15 minuten in combinatie met A4
B5 ernstige psychiatri- sche of cognitieve proble- matiek wat meer di- recte begeleiding ver- eist		30 minuten

Ophogen variant c	systemgerichte begeleiding en ondersteunen van meerdere mensen in één indicatie	Extra tijd
C1 betrekken van gezinsleden bij de geleverde begeleiding of zelfs begeleiden van gezinsleden op één indicatie	Systeemgerichte begeleiding inzetten die zich richt op bijvoorbeeld familieleden zodat zij leren om te gaan met de beperkingen van de cliënt of inzetten bij een echtpaar die beide begeleiding nodig hebben maar een vergelijkbare hulpvraag hebben.	30 minuten tot 1 uur per gezinslid
C2 extra signaalfunctie afstemming met jeugd indien nodig		15 minuten

Ophogen variant d	extra administratieve handelingen en afstemming met derden van de begeleider	Extra tijd
D1 afstemmingstaken in verband met parallel lopende behandeling		15 minuten
D2 afstemmingstaken in verband activeren / versterken van het sociaal netwerk		15 minuten

D3 afstemmingstaken in verband met werk en/of dagbesteden		15 minuten
---	--	------------

Persoonlijke verzorging: Omvat het ondersteunen bij of aanleren van vaardigheden op het gebied van de persoonlijke verzorging. Vanuit de Wmo wordt persoonlijke verzorging afgegeven in de vorm van individuele begeleiding. Daarnaast kan er kortdurende inzet van lijflijk gebonden ondersteuning via de Wmo ingezet worden gericht op het aanleren van vaardigheden.

Om in aanmerking te komen voor persoonlijke verzorging dient te zijn vastgesteld dat cliënt:

1. beperkingen heeft op het gebied van persoonlijke zorg en
2. de vaardigheden/kennis mist om de persoonlijke zorg zelfstandig uit te voeren en de regievoering hierin overgenomen dient te worden. De cliënt is leerbaar en kan uiteindelijk zelfstandig de persoonlijke verzorgingstaken uitvoeren.

5.8.3 In te zetten ondersteuning: Groepsbegeleiding of Dagbesteding

Groepsbegeleiding wordt ook vaak dagbesteding genoemd. Deze groepsvormen zijn nadrukkelijk anders dan welzijnsactiviteiten, ook al zijn er wel overeenkomsten. Groepsbegeleiding is programmatisch (met een vast dag en/of weekprogramma), methodisch (een methode voor werken met de doelgroep als basis) met een welomschreven doel en gericht op het structureren van de dag en/of het oefenen met vaardigheden die de zelfredzaamheid bevorderen. De groepsbegeleiding is gericht op het structureren van de dag, op praktische ondersteuning waaronder bijvoorbeeld het oefenen van vaardigheden die de zelfredzaamheid bevorderen. De ondersteuning houdt een structurele tijdsbesteding in met een welomschreven doel en een methodische aanpak waarbij de cliënt actief wordt betrokken en die hem zingeving verleent. De activiteiten moeten gericht zijn op het bevorderen van zelfredzaamheid en een passende vorm van maatschappelijke participatie.

Waar maatschappelijke participatie buiten de dagopvang niet mogelijk of gewenst is en voorliggende voorzieningen voldoende zijn onderzocht maar niet toereikend zijn kan een cliënt in aanmerking komen voor groepsbegeleiding.

De begeleiding is gericht op het opbouwen/onderhouden van contacten en een betekenisvolle invulling van de dag. Het bieden van activiteiten met als doel het aanbrengen van structuur, participatie en bevorderen van zelfredzaamheid en cognitieve vaardigheden, het voorkomen van sociaal isolement en het ontlasten van mantelzorgers.

Cliënten die in aanmerking kunnen komen voor groepsbegeleiding zijn:

- cliënten met een beperking of een chronisch psychisch of psychosociaal probleem, en
- die niet op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, met mantelzorg of met hulp van andere personen uit zijn sociale netwerk voldoende zelfredzaam is of in staat participatie.

Dagbesteding mag niet worden verward met dagbehandeling. Bij dagbehandeling staat niet de begeleiding, maar de behandeling centraal. Dagbehandeling valt onder de Zvw.

Niet alle groepsvormen vergen evenveel begeleiding. De cliëntgroepen PSY, PG-SOM en LG-VG vragen soms om hele specifieke begeleiding, ook in groepsverband. Daarnaast bestaan er binnen de dagbesteding weer allerlei varianten, globaal te verdelen in belevingsgerichte en arbeidsmatige activiteiten. Bij groepsbegeleiding maken we daarom een onderscheid tussen:

- belevingsgerichte dagbesteding
- arbeidsmatige dagbesteding

5.8.4 In te zetten ondersteuning: Arbeidsmatige dagbesteding

Algemeen

De arbeidsmatige dagbesteding is een voorziening passend binnen de kaders van de Wmo 2015 en de Jeugdwet.

Arbeidsmatige dagbesteding zorgt ervoor dat cliënten arbeidsprestatie naar vermogen onder begeleiding kunnen verrichten zonder arbeidscontract. De activiteiten zijn gericht op productie en/of dienstverlening. De begeleiding is enerzijds gericht op ondersteuning, coaching (motivatie, aanleren werknemersvaardigheden) en anderzijds op het creëren van veiligheid en structuur. Arbeidsmatige dagbesteding omvat activiteiten ter ondersteuning van de zelfredzaamheid en (arbeids)participatie voor cliënten van West-Friesland die daartoe op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, met mantelzorg of met hulp van andere personen uit hun sociale netwerk, niet of onvoldoende in staat zijn. De arbeidsmatige dagbesteding is afgestemd op de behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van een persoon met verstandelijke dan wel fysieke beperking, chronische psychische of psychosociale problemen.

Onder arbeidsmatige dagbesteding valt ook de begeleiding die gegeven wordt aan scholieren, in het bijzonder Praktijkonderwijs (Pro) en Voortgezet speciaal onderwijs (Vso).

De mogelijke opbrengst van de productie en/of dienstverlening kan worden ingezet als bijdrage aan de kosten van de aanbieder. Voor de cliënt heeft deze vorm van dagbesteding veelal de functie van werk, zonder daarvoor loon te ontvangen.

Dagdeel

Een dag kent twee dagdelen. Een dagdeel kent minimaal 3,5 uur directe ondersteuning (exclusief reistijd van cliënt). Tijdens de dagbesteding kan geen individuele begeleiding worden ingezet.

Doel arbeidsmatige dagbesteding

Het doel van arbeidsmatige dagbesteding is de cliënt te laten participeren in de samenleving door het leveren van een arbeidsprestatie naar vermogen onder begeleiding. Dit kan zowel individueel als in groepsverband.

Resultaten arbeidsmatige dagbesteding

Met de cliënt worden gerichte afspraken gemaakt, onder andere over het aantal uren dat de cliënt werkzaam is, het tijdstip en de werkzaamheden die verricht worden. Deze worden vastgelegd in een overeenkomst tussen cliënt en zorgaanbieder. Deze overeenkomst maakt onderdeel uit van het ondersteuningsplan. Het gaat om onbetaalde werkzaamheden. De arbeidsmatige activiteiten zijn gericht op:

- persoonlijke ontplooiing en verkenning van individuele mogelijkheden;
- het aanleren en/of onderhouden van arbeidsvaardigheden; er is een stimulerende leer-en oefenomgeving;
- de bevordering van de maatschappelijke (her-)integratie van cliënten met psychiatrische en/of psychische problemen, en
- een stabiliserend effect op het dagelijks leven van de cliënten en dragen op die manier bij aan het voorkomen van isolement en terugval.

Deze vorm van dagbesteding moet bijdragen aan de mogelijkheid om uit te stromen naar begeleid of ondersteund werk, betaald werk, vrijwilligerswerk.

Doelgroepen

Arbeidsmatige dagbesteding is voor cliënten van alle gemeenten in Westfriesland die 16 jaar of ouder zijn. Als gevolg van zijn beperking kan de cliënt niet (meer) of nog niet werken. Daarnaast kan de cliënt ook geen gebruik maken van regulier onderwijs of van de basisvoorzieningen op het gebied van participatie, omdat gespecialiseerde begeleiding en/of toezicht gedurende de activiteiten noodzakelijk is. Iemand komt in aanmerking voor arbeidsmatige dagbesteding als hij/zij:

- niet voldoende vaardig is om structuur aan te brengen of regie te voeren in het dagelijks leven, en
- veel, maar niet continue, begeleiding nodig heeft tijdens de arbeidsmatige dagbesteding, en
- geen of zeer geringe loonvormende arbeidsprestatie kan leveren door het ontbreken van werkvaardigheden als gevolg van beperkingen.

Eisen aan de uitvoering

Eisen ten aanzien van degene die zorg levert

- heeft een servicegerichte en klantvriendelijke instelling;
- heeft een correcte werkhouding;
- kan veranderingen opmerken en heeft aandacht hiervoor;
- heeft kennis (of ervaring) met betrekking tot de omgang met specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld mensen met een lichamelijke beperking, verstandelijke beperking, psychisch (sociale) problematiek);
- beheerst de Nederlandse taal in woord en geschrift;
- heeft respect voor geloofsovertuiging en/of leefwijze van de cliënt;
- kan discreet omgaan met vertrouwelijke informatie.

Eisen ten aanzien van de werkomgeving

- Het bieden van een werkomgeving waarin de capaciteiten van de cliënt optimaal gebruikt en ontwikkeld worden en waarvan het veiligheidsrisico is bepaald.
- Een takenpakket dat passend is bij de (ontwikkelings)mogelijkheden van de cliënt.
- Begeleiding door een professional, eventueel aangevuld met vrijwilligers.

Overige eisen

- De zorgleverancier werkt op basis van een, met cliënt en/of mantelzorger opgesteld en ondertekend ondersteuningsplan. Dit plan bevat de te behalen doelen/resultaten en de verwachte duur van de begeleiding.
- Het ondersteuningsplan dient te worden ingediend bij het college

5.8.5 In te zetten ondersteuning: Belevingsgerichte dagbesteding

Dagbesteding is een voorziening passend binnen de kaders van de Wmo 2015. Het doel is dat de cliënt (zo lang mogelijk) een zelfstandig leven leidt. Dagbesteding is een structurele tijdsbesteding met een vaste regelmaat. Er is een goed geformuleerd doel per cliënt en er wordt gewerkt middels een methodische aanpak in de groep. De cliënt wordt actief betrokken en de dagbesteding is voor de cliënt een betekenisvolle activiteit.

Dagdeel

Een dag kent twee dagdelen. Een dagdeel kent minimaal 3,5 uur directe ondersteuning (exclusief reistijd van cliënt). Tijdens de dagbesteding kan geen individuele begeleiding worden ingezet.

Omschrijving

Belevingsgerichte dagbesteding is een activiteit in groepsverband. De dagbesteding is afgestemd op de behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van de cliënten - waar mogelijk - gericht op deelname aan de (lokale) samenleving. De activiteiten zijn gericht op de beleving van de cliënten, en niet op prestatie of productie. Het accent ligt hierbij meer op het stabiliseren van functioneren en voorkomen van verergering van klachten en betreft met name zingevende activiteiten van een eenvoudig niveau met extra aandacht voor sfeer, geborgenheid, veiligheid, ritme en regelmaat.

Wanneer persoonlijke verzorging gedurende de dagbesteding noodzakelijk is en dit geen geneeskundige zorg betreft, dan dient deze door de begeleider geboden te worden als integraal onderdeel van de dagbesteding.

Doel belevingsgerichte dagbesteding

De voorziening draagt bij aan verlichting van sociaal isolement van de betreffende cliënt, of aan verlichting van de zorg thuis door mantelzorgers.

Resultaten belevingsgerichte dagbesteding

Beoogde resultaten kunnen zijn (afhankelijk van de grondslag van de cliënt):

- Verlichten, voorkomen of opheffen van het sociaal isolement van de cliënt.
- Vergroten, in standhouden of zo lang mogelijk behoud van de zelfredzaamheid van de cliënt. Thuis wonen langer mogelijk maken op verantwoorde wijze.
- De draagkracht van de mantelzorgers blijft intact; overbelasting van mantelzorgers wordt voorkomen.
- Voorkomen van achteruitgang in fysieke, cognitieve en sociaalemotionele vaardigheden.
- Stabiliseren of afremmen van achteruitgang in het (zelfstandig) functioneren.
- Verminderen van (het ervaren van) beperkingen en stimuleren van persoonlijke ontwikkeling.
- Leren omgaan met fysieke, psychische en/of cognitieve beperkingen.
- Voorkomen van achteruitgang en het bevorderen van het behoud van (praktische) vaardigheden
- Bieden van structuur, activering tot zelfstandige of (zo mogelijk) vrijwilligerswerk, of deelname aan buurt- en wijkinitiatieven
- Voorkomen van achteruitgang van sociaal-maatschappelijke participatie en het bevorderen van het behoud daarvan
- Signalerende functie met betrekking tot de mogelijke andere ondersteuningsvragen, veiligheidsrisico's en voorkomen van escalatie

Doelgroepen

Cliënten van 18 jaar of ouder kunnen in aanmerking komen voor belevingsgerichte dagbesteding als:

- de cliënt beperkt zelfredzaam is door een lichamelijke, zintuiglijke, cognitieve, verstandelijke of psychiatrische beperking of een combinatie daarvan, en
- de cliënt als gevolg van de beperking of stoornis niet kan deelnemen aan betaald en begeleid werk of reguliere voorliggende voorzieningen, en
- er professionele begeleiding nodig is, mogelijk ook gericht op zelfzorg en/of communicatie.

Grondslag

Cliënten met een somatische (SOM), psychiatrische (GGZ), psychogeriatrische (PG) aandoening/beperking, niet aangeboren hersenletsel (NAH), een verstandelijke (VG) en/of lichamelijke (LG) handicap met beperkingen op het terrein van en/of:

1. sociale zelfredzaamheid;
2. het bewegen en verplaatsen;
3. het psychisch functioneren;
4. het geheugen en de oriëntatie;
5. het vertonen van probleemgedrag.

Eisen ten aanzien van degene die de zorg levert

- heeft een servicegerichte en klantvriendelijke instelling;
- heeft correcte werkhouding;
- kan veranderingen opmerken en heeft aandacht hiervoor;
- heeft kennis (of ervaring) met betrekking tot de omgang met specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld mensen met een lichamelijke beperking, verstandelijke beperking, psychisch (sociale) problematiek);
- beheerst de Nederlandse taal in woord en geschrift;
- moet zich kunnen legitimeren als medewerk(st)er van de zorgaanbieder;
- heeft respect voor geloofsovertuiging en/of leefwijze van de cliënt;
- kan discreet omgaan met vertrouwelijke informatie.

Opleidingseisen

- Begeleiding door een professional met een minimaal afgeronde Mbo opleiding op minimaal niveau 4 in de gezondheids- of welzijnszorg (eventueel aangevuld met vrijwilligers).

Overige eisen

- De beoogde zorgverlener werkt op basis van een, met cliënt en/of mantelzorg opgesteld en ondertekend ondersteuningsplan. Dit plan bevat de te behalen doelen/resultaten en de verwachte duur van de begeleiding.
- Het ondersteuningsplan dient conform het model Ondersteuningsplan te worden ingediend.
- De fysieke omgeving dient te zijn aangepast aan de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt.
- De maximale groeps grootte per professionele begeleider is 12 cliënten.

Omvang bepalen van begeleiding groep

Het indiceren van dagdelen is verdeeld over drie varianten, waarvan variant A de laagste is. Deze varianten zijn bedoeld als leidraad om te kunnen bepalen hoeveel dagdelen nodig zijn in een situatie. Het komt voor dat beperkingen zoals benoemd achter een variant ook gelden voor een andere variant. Bijvoorbeeld dreigende overbelasting thuissituatie kan ook worden opgelost met bijvoorbeeld twee dagdelen. Inzet dagbesteding is ook mogelijk als overgangssituatie naar WLZ c.q. opname.

Variant A: 1 tot maximaal 4 dagdelen

Cliënt is in staat om zelfstandig / met behulp van het eigen netwerk / voorliggende voorzieningen voldoende structurering aan te brengen aan minimaal vijf dagen van de week. Cliënt heeft onvoldoende vaardigheden om een volledige week te structureren en /of groepsgerichte ondersteuning wordt ingezet om vaardigheden te vergroten of aan te leren. Groepsgerichte ondersteuning kan worden ingezet om vereenzaming te voorkomen en het sociale netwerk te vergroten.

Variant B: 4 tot maximaal 6 dagdelen

Cliënt is in staat om zelfstandig / met behulp van eigen netwerk / voorliggende voorzieningen voldoende structurering aan te brengen aan minimaal 4 dagen van de week. Inzet van meer dan vier dagdelen zijn nodig omdat er sprake is van een lichte overbelasting van de thuissituatie, milde verstoorde zelfredzaamheid en/of aanleren van vaardigheden waar doelmatige ondersteuning bij nodig is.

Variant C: 6 tot maximaal 9 dagdelen

Cliënt is niet in staat om zelfstandig / met behulp van eigen netwerk / voorliggende voorzieningen zijn week zelfstandig te structureren en/of er is sprake van ernstige overbelasting van de thuissituatie en/of er is sprake van een ernstig ziektebeeld waardoor externe structurering van de volledige werkweek noodzakelijk is.

5.8.6 In te zetten ondersteuning: Kortdurend verblijf

Algemeen

Kortdurend verblijf (KDV) wordt ingezet als het noodzakelijk is de mantelzorg te ontlasten bij zorgtaken. KDV is te karakteriseren als logeren ter aanvulling op het wonen in de thuissituatie en niet als wonen in een instelling voor het grootste deel van de week of van het jaar. Daarnaast moet de cliënt zijn aangewezen op zorg met permanent toezicht.

De activiteit bestaat uit het logeren in een instelling (verblijfscomponent) door de cliënt gedurende maximaal drie etmalen per week gedurende een kalenderjaar. Hiervan kan worden afgeweken. Denk hierbij aan vakantie of ziekte van de mantelzorg. Er worden twee varianten gehanteerd:

1. Kortdurend verblijf exclusief individuele begeleiding en/of dagbesteding.

Onder deze ondersteuningsvorm valt de verblijfscomponent. De vergoeding betreft de huisvestings- en verblijfskosten, waarbij in ieder geval de volgende kosten zijn inbegrepen:

- huishoudelijke verzorging;
- keuken(personeel);
- facilitaire dienst;

- dagelijkse welzijnsactiviteiten. Per etmaal wordt ten minste drinken, een ontbijt, lunch en avondmaaltijd aangeboden aan de cliënt.

2. **Kortdurend verblijf inclusief individuele begeleiding en/of dagbesteding**

Deze ondersteuningsvorm bestaat uit twee delen:

- a. de verblijfscomponent (gelijk aan 1), inclusief
- b. ondersteuning in de vorm van individuele begeleiding en/of dagbesteding, in passende mate voor de desbetreffende cliënt.

Doelgroepen

Het gaat om cliënten met een leeftijd vanaf achttien jaar.

Grondslag

Cliënten met een somatische (SOM), psychiatrische (GGZ), psychogeriatrische (PG) aandoening/beperking, niet aangeboren hersenletsel (NAH), een zintuigelijke (ZG), verstandelijke (VG) en/of lichamelijke (LG) handicap met beperkingen op het terrein van en/of:

1. sociale zelfredzaamheid;
2. het bewegen en verplaatsen;
3. het psychisch functioneren;
4. het geheugen en de oriëntatie;
5. het vertonen van probleemgedrag.

Een cliënt kan gedurende maximaal drie etmalen per week in aanmerking komen voor kortdurend verblijf als:

1. de cliënt is aangewezen op ondersteuning met permanent toezicht en begeleiding gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie, en
2. de mantelzorger door het overstijgen van het gebruikelijke, redelijkerwijs van hem te verwachten toezicht overbelast dreigt te worden.

Eisen aan de uitvoering

Eisen ten aanzien van degene die de zorg levert:

- heeft een servicegerichte en klantvriendelijke instelling;
- heeft correcte werkhouding;
- kan veranderingen opmerken en heeft aandacht hiervoor;
- heeft kennis (of ervaring) met betrekking tot de omgang met specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld mensen met een lichamelijke beperking, verstandelijke beperking, psychisch (sociale) problematiek);
- beheerst de Nederlandse taal in woord en geschrift;
- heeft respect voor geloofsovertuiging en/of leefwijze van de cliënt;
- kan discreet omgaan met vertrouwelijke informatie.

Opleidingseisen

Voor het uitvoeren van werkzaamheden gelden specifieke opleidingseisen:

- Minimaal afgeronde Mbo opleiding op minimaal niveau 4 in de gezondheids- of welzijnzorg aangevuld met minimaal 1 jaar werkervaring met één of meerdere van de bovenstaande doelgroepen.

Eisen ten aanzien van de locatie van het verblijf

Voor de locatie van het verblijf gelden de volgende uitgangspunten:

- Degene die de zorg levert biedt een veilig omgevingsklimaat waarin de veiligheid van de cliënt in de breedste zin van het woord is geborgd.
- Het verblijf is passend bij de doelgroep:
 - zit/slaapvoorzieningen worden aangepast aan de zorgbehoefte van de cliënt;
 - de locatie waar het aanbod plaatsvindt voldoet aan alle wettelijke eisen;
 - er zijn rolstoeltoegankelijke douche/toiletvoorzieningen aanwezig indien relevant voor de cliënt;
 - er is alarmering op de kamer aanwezig indien relevant voor de cliënt.

Men kan in aanmerking komen voor kortdurend verblijf wanneer de cliënt gezien de zorgbehoefte aangewezen is op zorg gepaard gaand met permanent toezicht. Permanent toezicht kan verschillende doelen hebben en verschillen in intensiteit. Afhankelijk daarvan kan de toezichtfunctie op verschillende manieren vorm krijgen. Het toezicht kan gericht zijn op:

1. het bieden van fysieke zorg aan de cliënt zodat tijdig kan worden ingegrepen bij bijvoorbeeld valgevaar, of complicaties bij een ziekte;
2. het verlenen van zorg aan de cliënt op frequente en/of ongeregelde tijden, omdat de cliënt zelf niet (meer) in staat is om hulp in te roepen;
3. het bij de cliënt preventief ingrijpen van gedragsproblemen (voorkomen van escalatie en gevaar).
4. de cliënt is gedurende maximaal drie etmalen per week per kalenderjaar op deze zorg aangewezen;
5. er is sprake van (dreigende) overbelasting van de persoon die gebruikelijke zorg of mantelzorg aan de cliënt levert.

Respijtzorg kan tijdelijk worden ingezet voor perioden langer dan drie etmalen per week. Denk bijvoorbeeld aan twee weken aaneensluitend opvang zodat mantelzorgers op vakantie kunnen. Evenwel blijft de beoordeling van de noodzaak voor het aanvragen van een Wlz-indicatie van toepassing.

Overige bijzonderheden bij kortdurend verblijf

Afbakening met Zvw

Kortdurend verblijf onder de Wmo omvat verblijf, slapen, maaltijd(-verzorging) en toezicht en ondersteuning bij de dagelijkse activiteiten. Als een cliënt tijdens het verblijf ook verpleging en persoonlijke verzorging nodig heeft, dan valt dit deel van de begeleiding onder de Zvw.

Afbakening met de Wlz

Wanneer een cliënt een Wlz-indicatie heeft, valt de logeeropvang om de mantelzorgers te ontlasten ook onder de Wlz. Indien er geen Wlz-indicatie is, maar er wel permanent toezicht of 24-uurs nabijheid nodig is, dan dient er een indicatie te worden aangevraagd bij het ClZ of bij Beschermd wonen indien er een psychiatrische grondslag ligt.

Spoedzorg

Kortdurend verblijf is bedoeld om de mantelzorgers te ontlasten, niet voor acute opvang in crisissituaties. Acute opvang in crisissituaties valt onder spoedzorg.

Vervoer

De cliënt is zelf verantwoordelijk voor het vervoer van en naar de instelling voor kortdurend verblijf. Indien hier geen mogelijkheden toe zijn, dan kan er apart vervoer geïndiceerd worden.

Resultaatgebieden kortdurend verblijf

- voorkomen of verminderen van (dreigende) overbelasting van mantelzorgers, gebruikelijke zorg(s), en/of gezinsleden
- mogelijk maken mantelzorg te kunnen volhouden zodat plaatsing in een instelling wordt uitgesteld
- het thuis kunnen zorgen voor kinderen die tot het gezin behoren
- bieden van dagstructuur of ondersteuning
- bieden van een verzorgende, sfeervolle en veilige omgeving voor dag en nacht.

Kortdurend verblijf kan maximaal drie etmalen worden verstrekt als er permanent toezicht nodig is en de mantelzorgers overbelast dreigt te raken, of als ouders boven-gebruikelijke hulp verlenen aan hun kinderen. Bij permanent toezicht is er sprake van actieve observatie met als doel dreigende ontsporing in het gedrag of de gezondheidssituatie tijdig te signaleren, waardoor escalatie van gevaarlijke en (levens)bedreigende situaties kunnen worden voorkomen. Bijvoorbeeld kinderen met een lichamelijke beperking waarbij ouders actief de vitale functies van het kind moeten controleren. Het kan ook gaan om constante zorg of zorg op ongeregelde tijdstippen; bijvoorbeeld voor iemand met een ernstige hartaandoening of dementie.

Bij meer dan drie etmalen in een instelling is er sprake van opname waarvoor een indicatie op grond van Wlz moet worden gesteld. Het is denkbaar dat hierop in specifieke situaties een uitzondering kan worden gemaakt, bijvoorbeeld om de vakantie voor een mantelzorgers mogelijk te maken. Eerst moet echter altijd worden beoordeeld in hoeverre er andere voorzieningen zijn om in de zorgbehoefte te voorzien. Het kan dan gaan om sociale alarmering, vrijwilligers- en mantelzorgondersteuning of respijtzorg vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Wanneer tijdens het kortdurend verblijf verpleging nodig is moet hiervoor apart een indicatie op grond van de Wlz worden geïndiceerd. Behandeling behoort nadrukkelijk niet bij kortdurend verblijf. De cliënt is zelf verantwoordelijk voor vervoer van en naar de instelling voor kortdurend verblijf.

Hoofdstuk 6. Advies aanvragen

Na een hulpvraag in het kader van de Wmo wordt een onderzoek gestart. De Wmo-consulent gaat op gesprek en beoordeelt deze hulpvraag. Bij de beoordeling van de in te zetten maatwerkvoorziening is het van belang dat de beperkingen van de hulpvrager in kaart wordt gebracht. Daarnaast kan het nodig zijn dat ook de maatwerkvoorziening wordt beoordeeld. De Wmo-consulent kan hierbij gebruik maken van de expertise van een extern sociaal medische adviseur. Er zijn twee soorten adviezen mogelijk:

- het medisch advies
- het selectie advies

6.1 Het medisch advies

Het advies van de medisch adviseur is gericht op het vaststellen van de mate van fysieke, verstandelijke en geestelijke beperkingen op de domeinen van de Wmo 2015 en wordt opgesteld conform de richtlijnen van de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) systematiek.

Bij het aanvragen van een medisch advies door het college wordt de relevante aanwezige informatie de adviesaanvraag toegevoegd, inclusief eventueel aanwezige eerdere medische adviezen. Er wordt van uitgegaan dat de medisch adviseur bij de meeste adviesaanvragen kan volstaan met een eenvoudig onderzoek om te komen tot een medisch advies. Bij een eenvoudig onderzoek handelt de medisch adviseur de adviesaanvraag af door dossierbeoordeling en/of door de cliënt te zien op het spreekuur. Indien de medisch adviseur vaststelt dat bij een adviesaanvraag een uitgebreid onderzoek nodig is om te komen tot een medisch advies, vraagt de medisch adviseur toestemming aan het college om de adviesaanvraag door middel van een uitgebreid onderzoek uit te voeren. Bij een uitgebreid onderzoek is het nodig dat de medisch adviseur, naast de onderzoeksactiviteiten behorende bij het eenvoudig onderzoek als bedoeld hierboven, op huisbezoek gaat en/of medische behandelinformatie opvraagt bij de behandelend arts of specialist om te komen tot een medisch advies.

Bij het medische advies voegt de medisch adviseur een onderzoeksverantwoording toe die o.a. inzage geeft in de onderzoeksactiviteiten van de medisch adviseur, waaronder:

- Dossierstudie en welke dossiers zijn betrokken;
- De gespreksnotities van het gesprek met de cliënt;
- Welke behandelinformatie is opgevraagd bij welke arts of instantie;
- Een motivering hoe het oordeel (advies) van de medisch adviseur tot stand is gekomen met medeneming van alle betrokken informatie.

In het medische advies staan alle relevante belangen afgewogen en er wordt een goed gemotiveerde conclusie gegeven. Het resultaat is een medisch advies op basis waarvan een weloverwogen besluit kan worden gekomen, waarbij het uiteindelijk de gemeente is die beslist.

6.2 Het selectie advies

In het advies van de selectie adviseur wordt uitspraak gedaan over de in te zetten maatwerkvoorziening en de te verwachten resultaten daarvan: in hoeverre deze bijdraagt aan de zelfredzaamheid en participatiemogelijkheden van de cliënt. Naast de medische beperkingen worden hier ook de sociale omstandigheden in meegewogen.

Bij de selectieadviezen wordt onderscheid gemaakt in de volgende vier soorten, te weten;

1. Een selectieadvies voor begeleiding, dagbesteding, kortdurend verblijf en beschermd wonen
2. of een combinatie daarvan; en/of
3. Een selectieadvies voor hulp bij het huishouden; en/of
4. Een selectieadvies voor een vervoersvoorziening; en/of
5. Een selectieadvies voor een woonvoorziening.

Er wordt van uitgegaan dat de selectie adviseur bij de meeste adviesaanvragen kan volstaan met een eenvoudig onderzoek om te komen tot een selectie advies. Bij een eenvoudig adviesaanvraag handelt de selectie adviseur de adviesaanvraag af op basis van dossierbeoordeling en beoordeling van het medisch advies en/of door de cliënt te zien op het spreekuur.

Indien de selectie adviseur vaststelt dat bij een adviesaanvraag een uitgebreid onderzoek nodig is om te komen tot een selectie advies, vraagt de selectie adviseur toestemming aan het college om de adviesaanvraag door middel van een uitgebreid onderzoek uit te voeren. Bij een uitgebreid onderzoek is het nodig dat de selectie adviseur, naast de onderzoeksactiviteiten behorende bij het eenvoudig onderzoek als bedoeld hierboven, op huisbezoek gaat om te komen tot een selectie advies.

Indien binnen drie maanden na afgifte van het selectie advies een nieuwe adviesaanvraag of een herziening wordt gevraagd over dezelfde maatwerkvoorziening, welke in de adviesprocedure meegenomen had moeten worden (en er is aantoonbaar geen plotselinge wijziging in de situatie van de ondersteuningsvrager opgetreden) dan dient de selectie adviseur kosteloos een aanvulling op het selectie advies te geven.

Bij het selectie advies wordt een onderzoeksverantwoording gevoegd die o.a. inzage geeft in de onderzoeksactiviteiten van de selectie adviseur, waaronder:

- Dossierstudie en welke dossiers zijn betrokken;
- De gespreksnotities van het gesprek met de cliënt;
- Een motivering hoe het oordeel (advies) van de selectie adviseur tot stand is gekomen met medeneming van alle betrokken informatie, waaronder medische informatie en/of medisch advies.

In het selectie advies staan alle relevante belangen afgewogen en er wordt een goed gemotiveerde conclusie gegeven. Het resultaat is een selectie advies op basis waarvan het college tot een weloverwogen besluit kan komen, waarbij het uiteindelijk de gemeente is die beslist. Als het resultaat betrekking heeft op begeleiding groep, begeleiding individueel, kortdurend verblijf en/of beschermd wonen, vermeldt selectie adviseur in de conclusie van het selectieadvies ten minste de grondslag, het aantal uren, dagdelen respectievelijk nachten en de tijdsduur en hanteert de selectie adviseur de productdefinities en de bijbehorende omschrijvingen zoals vermeld in de aanbestedingen. De selectie adviseur legt alle detailinformatie rondom het onderzoek en oordeelvorming vast in het adviesdossier. Het college kan deze detailinformatie nadien opvragen in verband met nader onderzoek bij bezwaar. De selectie adviseur stelt deze informatie terstond beschikbaar.

6.3 Persoonsgegevens en de Wmo

In de Wmo staat dat de gemeente persoonsgegevens mag verwerken voor:

- het onderzoek naar een maatwerkvoorziening;
- de verstrekking van de maatwerkvoorziening;
- de eigen bijdrage;
- het persoonsgebonden budget;
- voor herbeoordeling van de situatie;
- voor controle.

Daarbij gelden altijd de regels van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming die per 25 mei 2018 in gaat.

Bij ieder onderzoek moet het college zich afvragen: welke informatie is echt van belang voor het bepalen of iemand een voorziening kan krijgen. Soms zijn meer gegevens nodig. Als bijvoorbeeld uit het gesprek blijkt dat de cliënt in financiële problemen zit, dan kan gevraagd worden of de cliënt bekend is bij de schuldhulpverlening. Als er problemen met de kinderen zijn, kan ook navraag worden gedaan bij de consultants Jeugdwet. Maar dit kan alleen als dat noodzakelijk is voor het oplossen van het probleem van de cliënt.

Als het college gegevens uit andere dossiers wil opvragen, dan moet aan de cliënt worden uitgelegd waarom dat noodzakelijk is. De cliënt moet hiervoor schriftelijk toestemming geven.

De Wmo biedt de mogelijkheid om gegevens te verwerken over de gezondheid van de cliënt. Maar alleen voor zover dat nodig is voor het bepalen van zijn zelfredzaamheid, participatie en de maatwerkvoorziening. Die gegevens mogen dus alleen in zeer uitzonderlijke gevallen worden verwerkt. Het college hoort hier zeer voorzichtig mee om te gaan. Hele medische dossiers mogen nooit worden opgevraagd, maar hoogstens uitkomsten van onderzoeken en adviezen. Aan de cliënt moet worden uitgelegd waarom het college deze gegevens nodig heeft en ook aangeven om welke gegevens het precies gaat. De cliënt moet hiervoor schriftelijk toestemming geven.

Het college mag nooit aan een cliënt vragen om zelf een heel medisch rapport of dossier bij de arts op te vragen om aan hem door te geven.

Vastgesteld in de vergadering van burgemeester en wethouders van 6 maart 2018

*De secretaris,
A.J. van den Berg*

*De burgemeester,
M. Pijl*

Bijlage 1 Grondslagen

1. Somatische aandoening of beperking

Een somatische aandoening of beperking vindt zijn oorzaak in een actuele somatische ziekte of aandoening. Een somatische aandoening die gekenmerkt wordt door progressief beloop of wisselend stabiele/instabiele fases en die bij verergering door medische en/of paramedische behandeling eventueel nog kan verbeteren heeft dus als grondslag somatische aandoening of beperking. In sommige situaties bereikt een (chronische) somatische aandoening op enig moment een "eindstadium" waarin geen functionele verbetering meer te verwachten is. Wanneer sprake is van blijvende beperkingen, veroorzaakt door stoornissen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat (bot/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel), dan is de grondslag somatische aandoening of beperking niet meer aan de orde en is de grondslag lichamelijke handicap van toepassing. Bij twijfel over de vraag of er een eindstadium is bereikt, wordt de behandelend arts geraadpleegd.

Bij zorg in de terminale levensfase is altijd de grondslag somatische aandoening of beperking van toepassing. De laatste levensfase is aangebroken als het overlijden binnen afzienbare tijd verwacht wordt en de behandeling niet meer gericht is op genezing of verbetering, maar op verlichting van het lijden.

Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)

Er is sprake van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) als lichamelijke klachten langer dan enkele weken duren en als er bij adequaat medisch onderzoek geen aandoening is gevonden die de lichamelijke klachten voldoende verklaart.

Bij sommige verzekerden wordt wel een somatische aandoening gevonden, maar zijn de klachten ernstiger of langduriger ofwel beperken zij het functioneren sterker dan op grond van de aandoening te verwachten is of ontbreekt geobjectiveerde informatie over een achterliggende ziekte of aandoening. Ook in deze situatie is er sprake van SOLK.

Beperkingen ten gevolge van SOLK moeten, net als in andere situaties, altijd worden geobjectiveerd. Het oordeel van een arts is bij SOLK noodzakelijk. Het hiertoe noodzakelijke onderzoek behoort plaats gevonden te hebben in het reguliere medische circuit, voordat er sprake kan zijn van zorg vanuit de Wlz.

Bij een verzekerde met SOLK of het vermoeden van SOLK wordt altijd de medisch adviseur van het CIZ geraadpleegd.

Indien de medisch adviseur van het CIZ, na overleg met de curatieve sector de overtuiging heeft dat de situatie onomkeerbaar is en de beperkingen blijvend zijn, dan is een Wlz-indicatie mogelijk.

Het zichtbare beperkingenbeeld van de SOLK ligt vrijwel altijd op het somatische vlak. Bij het ontbreken van nadere diagnostiek wordt daarom voor een somatische grondslag gekozen.

2 Lichamelijke handicap

Ook een lichamelijke handicap is op te vatten als een fysieke aandoening. Wanneer sprake is van beperkingen als gevolg van stoornissen van het zenuwstelsel en het bewegingsapparaat (bot-/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel) waarbij geen functionele verbetering meer mogelijk is (er kan nog wel sprake zijn van een verslechtering) en er geen sprake is van een terminale situatie, dan is de grondslag lichamelijke handicap van toepassing. Het vaststellen van de mogelijkheid tot een functionele verbetering is aan de behandelend arts.

3 Psychogeriatrische aandoening of beperking

De psychogeriatrische grondslag wordt gevormd door een ziekte, aandoening of stoornis in of van de hersenen waarbij er aanwijzingen zijn voor een significante cognitieve achteruitgang ten opzichte van een eerder niveau van functioneren, in een of meer cognitieve domeinen (complexe aandacht, executieve functies, leervermogen en geheugen, taal, perceptueel-motorisch of sociaal cognitief).

De substantiële beperking in de cognitieve prestaties is bij voorkeur vastgesteld met gestandaardiseerde neuropsychologische tests, of, als die er niet zijn, een ander gekwantificeerd (klinisch) onderzoek.

De cognitieve deficiënties doen zich niet alleen voor in de context van een delirium en zij kunnen niet worden verklaard door een psychische stoornis (zoals een depressieve stoornis, schizofrenie).

De meest voorkomende aandoening die leidt tot deze grondslag is dementie. Dit is een verzamelnaam voor een aantal ziekteverschijnselen die allemaal veroorzaakt worden door niet-aangeboren afwijkingen in de hersenen, ook wel dementieel syndroom genoemd.

4 Verstandelijke handicap

Een verstandelijke beperking begint gedurende de ontwikkelingsperiode, met beperkingen in zowel het verstandelijke als het adaptief functioneren in de conceptuele, sociale en praktische domeinen.

Deficiënties in het intellectueel functioneren worden zowel vastgesteld door een professionele beoordeling als door een geïndividualiseerde gestandaardiseerde intelligentie test.

Deficiënties in het adaptief functioneren leiden er toe dat verzekerde zonder blijvende ondersteuning niet zelfstandig kan functioneren in het dagelijks leven.

Er is daarom sprake van een grondslag verstandelijke handicap:

- als een verzekerde een normscore van 70 of lager behaalt op een algemene en voor hem valide intelligentietest, en
- er dusdanige beperkingen in het adaptief functioneren zijn vastgesteld dat verzekerde aangewezen is op blijvende ondersteuning om de deficiënties in het adaptief vermogen te beperken ten einde ernstig nadeel voor verzekerde te voorkomen en
- de beperkingen op bovengenoemde terreinen al voor het 18e jaar aanwezig zijn.

Afhankelijk van de ernst van de beperkingen in het adaptief functioneren, en de eventuele aanwezige gedragsproblemen, kan ook een IQ-score tussen de 70 en 85 tot een grondslag verstandelijke handicap leiden als voldaan wordt aan de volgende voorwaarden:

- De verzekerde behaalt een normscore tussen de 70 en 85 op een algemene en voor hem valide intelligentietest, en
- Uit de bovengenoemde professionele beoordeling moet blijken dat verzekerde als gevolg van zijn verstandelijke beperkingen afhankelijk is van intensieve ondersteuning in de conceptuele, sociale en praktische domeinen, ter voorkoming van ernstig nadeel voor verzekerde.
- Bij deze professionele beoordeling wordt ter ondersteuning van de onderzoeksbevindingen bij voorkeur gebruik gemaakt van één van de binnen de beroepsgroep gebruikelijke testen om het adaptief functioneren in kaart te brengen. In ieder geval dient uit het professionele onderzoek een duidelijk beeld verkregen te worden van de actuele stoornissen en beperkingen en de mate van ondersteuning waarop verzekerde is aangewezen.
- De beperkingen op bovengenoemde terreinen moeten al voor het 18e jaar aanwezig zijn.

5. Zintuiglijke handicap

De grondslag zintuiglijke handicap kan worden toegekend aan verzekerden die een visuele of auditief-communicatieve handicap of een (zeer) ernstig spraak-/taalprobleem (of -stoornis) hebben.

Visuele handicap

Visuele beperkingen worden in Nederland gedefinieerd volgens de ICD-10 classificatie van de WHO en ingedeeld op basis van gezichtsscherpte (visus) en gezichtsveld, waarbij de diagnostiek plaatsvindt door middel van metingen met hulpmiddel (bril). Een visuele handicap valt onder de grondslag zintuiglijke handicap als er volgens de richtlijnen voor diagnostiek van de NOG sprake is van:

- een gezichtsscherpte van < 0.3 aan het beste oog, en/of
- een gezichtsveld < 30 graden, en/of
- een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

Auditief-communicatieve handicap

Van een auditieve stoornis is sprake als door of namens een arts stoornissen in het gehoorvermogen zijn vastgesteld. De mate van gehoorverlies wordt vastgesteld middels audiometrie van het beste oor, zonder gebruik van een eventueel hulpmiddel zoals een gehoorapparaat. Zoals in de FENAC -richtlijnen voor diagnostiek is aangegeven, is er sprake van een auditieve stoornis indien:

- het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen,
- of als het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz.

Om van de grondslag zintuiglijke handicap te spreken moet de auditieve stoornis samenhangen met communicatieve beperkingen en/of ernstige sociaal emotionele problematiek en/of ernstige spraak-/taalstoornis en/of leerachterstand.

Spraak-/taalstoornis

Een spraak-/taalstoornis kan worden vastgesteld als er sprake is van ernstige communicatieve beperkingen. Deze kunnen zijn ontstaan door (zeer) ernstige beperkingen op één of meer ondergenoemde terreinen:

- Spraakproductie (spreekt woorden en/of zinnen niet goed uit).
- Spraakperceptie (er is aangetoond dat de verwerking van geluid/spraak door de hersenen niet goed verloopt).
- Morfo-syntactische kennis (receptief en productie bijvoorbeeld moeite met begrijpen wat anderen zeggen).
- Lexicaal-semantische kennis (receptief en productie bijvoorbeeld moeite taal te gebruiken om zich aan anderen duidelijk te maken).

Bovenstaande moet zijn aangetoond door middel van multidisciplinaire diagnostiek verricht in het tweede compartiment, conform de FENAC-richtlijnen.

Een spraak-/taalstoornis wordt onder de grondslag zintuiglijke handicap vastgesteld als:

- de communicatieproblemen zodanig ernstig zijn dat verzekerde afhankelijk is van een-opeen begeleiding in de communicatie en daarbij een blijvende multidisciplinaire aanpak voor zijn communicatieproblemen nodig heeft, en
- er een in de persoon gelegen oorzaak is aan te wijzen, en
- de spraak-, taalstoornis¹⁹ op zich zelf staat, dat wil zeggen dat andere problematiek (psychiatrische, fysiologische, neurologische, cognitieve) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis.

Een pragmatische taalstoornis/beperking (te weinig rekening houden met anderen tijdens gesprek, alleen op kernwoorden reageren, uitingen te letterlijk opvatten waardoor misverstanden ontstaan, van de hak op de tak springen, teveel praten, geen onderscheid maken tegen wie je praat, herhalen, te precies taalgebruik, in zichzelf praten, moeite met beginnen van een gesprek) als zodanig leidt niet tot de grondslag zintuiglijke handicap.

Bijlage 2 Zelfredzaamheid-Matrix 2017



Zelfredzaamheid-Matrix® 2017 GGD Amsterdam

Instructie: beoordeel het huidige functioneren (hoe gaat het NU) op basis van wat u weet (informatie uit observatie, niet uit interpretatie) en ga uit van volledige zelfredzaamheid (score van rechts naar links). Zie de Handleiding ZRM voor verdere toelichting: www.zrm.nl

DOMEIN	1 Acute problematiek	2 Niet zelfredzaam	3 Beperkt zelfredzaam	4 Voldoende zelfredzaam	5 Volledig zelfredzaam
Financiën	<ul style="list-style-type: none"> • geen inkomsten • groeiende complexe schulden 	<ul style="list-style-type: none"> • te weinig inkomsten om te voorzien in basisbehoeften of spontaan/ ongepast uitgeven • groeiende schulden 	<ul style="list-style-type: none"> • inkomsten uit uitkering om te voorzien in basisbehoeften • gepast uitgeven • eventuele schulden zijn tenminste stabiel of inkomens/ schuld wordt beheerd door derden 	<ul style="list-style-type: none"> • inkomsten uit werk/ (basis) pensioen/ vrijwillige inkomensvoorziening om te voorzien in basisbehoeften • eventuele schulden zijn in eigen beheer • eventuele schulden verminderen 	<ul style="list-style-type: none"> • uitsluitend inkomsten uit werk/ (basis) pensioen/ vrijwillige inkomensvoorziening • aan het eind van de maand is geld over • geen schulden
Werk & Opleiding	<ul style="list-style-type: none"> • geen werk(-traject)/ opleiding of werk zonder adequate toerusting/ verzekering • geen werk-zoekactiviteiten 	<ul style="list-style-type: none"> • geen werk(-traject) maar wel werk-zoekactiviteiten of 'papierent' opleiding (ingeschreven maar niet voldoende) of dreigend ontstagi drop-out 	<ul style="list-style-type: none"> • werktraject gericht op participatie of werk niet naar vermogen of volgt opleiding maar loopt achter of vrijwillig baanloos zonder sollicitatieplicht 	<ul style="list-style-type: none"> • werktraject gericht op re-integratie of tijdelijk werk of volgt opleiding voor startkwalificatie of vrijgesteld van werk en opleiding 	<ul style="list-style-type: none"> • vast werk of volgt opleiding hoger dan startkwalificatie
Tijdsbesteding	<ul style="list-style-type: none"> • afwezigheid van activiteiten die plezierig/ nuttig zijn of geen structuur in de dag • onregelmatig dag-nacht ritme 	<ul style="list-style-type: none"> • nauwelijks activiteiten die plezierig/ nuttig zijn • nauwelijks structuur in de dag • afwijkend dag-nacht ritme 	<ul style="list-style-type: none"> • onvoldoende activiteiten die plezierig/ nuttig zijn maar voldoende structuur in de dag of enige afwijkingen in het dag-nacht ritme 	<ul style="list-style-type: none"> • voldoende activiteiten die plezierig/ nuttig zijn • dag-nacht ritme heeft geen negatieve invloed op het dagelijks functioneren. 	<ul style="list-style-type: none"> • alle tijd is plezierig/ nuttig besteed • gezond dag-nacht ritme
Huisvesting	<ul style="list-style-type: none"> • dakloos of in nachtopvang 	<ul style="list-style-type: none"> • voor wonen ongeschikte huisvesting of huur of hypotheek is niet betaalbaar of dreigende huisuitzetting 	<ul style="list-style-type: none"> • veilige, stabiele huisvesting maar slechts marginaal toereikend of in onderhuur of niet-autonome huisvesting 	<ul style="list-style-type: none"> • veilige, stabiele en toereikende huisvesting • (huur)contract met bepalingen of gedeeltelijk autonome huisvesting of ingeschreven als inwonend 	<ul style="list-style-type: none"> • veilige, stabiele en toereikende huisvesting • regulier (huur)contract • autonome huisvesting
Huiselijke relaties	<ul style="list-style-type: none"> • sprake van geweld in huiselijke kring/ kindermishandeling/ verwaarlozing 	<ul style="list-style-type: none"> • aanhoudende relationele problemen met leden van het huishouden of dreigend geweld in huiselijke kring/ kindermishandeling/ verwaarlozing 	<ul style="list-style-type: none"> • erkent relationele problemen met leden van het huishouden • probeert negatief relationeel gedrag te veranderen 	<ul style="list-style-type: none"> • relationele problemen met leden van het huishouden zijn niet (meer) aanwezig of woont alleen 	<ul style="list-style-type: none"> • steunt en wordt gesteund binnen het huishouden • communicatie met leden van het huishouden is consistent • open
Geestelijke gezondheid	<ul style="list-style-type: none"> • geestelijke noodsituatie • een gevaar voor zichzelf/ anderen 	<ul style="list-style-type: none"> • aanhoudende geestelijke aandoening maar geen gevaar voor zichzelf/ anderen • functioneren is ernstig beperkt door geestelijk gezondheidsprobleem • geen behandeling 	<ul style="list-style-type: none"> • geestelijke aandoening • functioneren is beperkt door geestelijk gezondheidsprobleem • behandeltrouw is minimaal of beperking bestaat ondanks goede behandeltrouw 	<ul style="list-style-type: none"> • minimale tekenen van geestelijke onrust die voorlopbare reactie zijn op stressoren in het leven • functioneren is marginaal beperkt door geestelijke onrust • goede behandeltrouw of geen behandeling nodig 	<ul style="list-style-type: none"> • geestelijk gezond • niet meer dan de dagelijkse bezormeringen/ zorgen

DOMEIN	1 Acute problematiek	2 Niet zelfredzaam	3 Beperkt zelfredzaam	4 Voldoende zelfredzaam	5 Volledig zelfredzaam
Lichamelijke gezondheid	<ul style="list-style-type: none"> • een noodgeval/ kritieke situatie • direct medische aandacht nodig 	<ul style="list-style-type: none"> • (chronische) lichamelijke aandoening die medische behandeling vereist • functioneren is ernstig beperkt door lichamelijke gezondheidsprobleem • geen behandeling 	<ul style="list-style-type: none"> • lichamelijke aandoening • functioneren is beperkt door lichamelijke gezondheidsprobleem • behandeltrouw is minimaal of beperking bestaat ondanks goede behandeltrouw 	<ul style="list-style-type: none"> • minimaal lichamelijk ongemak dat samenhangt met dagelijkse activiteiten • functioneren is marginaal beperkt door lichamelijk ongemak • goede behandeltrouw of geen behandeling nodig 	<ul style="list-style-type: none"> • lichamelijk gezond • gezonde leefstijl (gezonde voeding en voldoende bewegen)
Middelengebruik	<ul style="list-style-type: none"> • ernstige stoornis in het gebruik van middelen • gebruik veroorzaakt lichamelijke/geestelijke problemen die directe behandeling vereisen zoals overdosis/ drugspsychotrofische problemen/ ademhalingsproblemen 	<ul style="list-style-type: none"> • stoornis in het gebruik van middelen (verslaving) • gebruik veroorzaakt/ verergert lichamelijke/geestelijke problemen • geen behandeling 	<ul style="list-style-type: none"> • gebruik van middelen • aan middelengebruik gerelateerde problemen thuis/ op school/ op het werk maar geen lichamelijke/geestelijke problemen • behandeltrouw is minimaal of beperking bestaat ondanks goede behandeltrouw 	<ul style="list-style-type: none"> • gebruik van middelen of geen middelengebruik ondanks hunkering of behandeling met potentieel verslavende middelen zonder bijgebruik • geen aan middelengebruik gerelateerde problemen 	<ul style="list-style-type: none"> • geen middelengebruik anders dan alcohol • eventueel alcoholgebruik binnen de normen voor verantwoord gebruik • geen hunkering naar gebruik van middelen
Basale ADL	<ul style="list-style-type: none"> • een gebied van de basale ADL wordt niet uitgevoerd • verhongering of uitdroging of bevulling/ vervuiling 	<ul style="list-style-type: none"> • meerdere gebieden van de basale ADL worden beperkt uitgevoerd 	<ul style="list-style-type: none"> • alle gebieden van de basale ADL worden uitgevoerd maar een enkel gebied van de basale ADL wordt beperkt uitgevoerd 	<ul style="list-style-type: none"> • geen beperkingen in de uitvoering van de basale ADL • gebruikt hulp(middel) zoals wandelstok/ rollator/ incontinentiemateriaal/ hulp bij voeden 	<ul style="list-style-type: none"> • geen beperkingen in de uitvoering van de basale ADL • geen gebruik van hulp(middelen)
Instrumentele ADL	<ul style="list-style-type: none"> • meerdere gebieden van de instrumentele ADL wordt niet uitgevoerd • woningvervulling of onder-/over-medicatie of geen administratie of voedselvergiftiging 	<ul style="list-style-type: none"> • een enkel gebied van de instrumentele ADL wordt niet uitgevoerd of uitvoering op meerdere gebieden is beperkt 	<ul style="list-style-type: none"> • alle gebieden van de instrumentele ADL worden uitgevoerd • uitvoering van een enkel gebied van de instrumentele ADL is beperkt 	<ul style="list-style-type: none"> • geen beperkingen in de uitvoering van de instrumentele ADL • gebruikt hulp(middel) zoals begeleiding bij reizen met openbaar vervoer/ regelen bankzaken/ klein onderhoud huishoudt/ grote schoonmaak 	<ul style="list-style-type: none"> • geen beperkingen in de uitvoering van de instrumentele ADL • geen gebruik van hulp(middelen)
Sociaal netwerk	<ul style="list-style-type: none"> • ernstig sociaal isolement • geen contact met familie • geen steunende contacten of alleen belemmerende contacten 	<ul style="list-style-type: none"> • weinig contact met familie • nauwelijks steunende contacten • veel belemmerende contacten 	<ul style="list-style-type: none"> • enig contact met familie • enkele steunende contacten • weinig belemmerende contacten 	<ul style="list-style-type: none"> • voldoende contact met familie • voldoende steunende contacten • nauwelijks belemmerende contacten 	<ul style="list-style-type: none"> • gezond sociaal netwerk • veel steunende contacten • geen belemmerende contacten
Maatschappelijke participatie	<ul style="list-style-type: none"> • niet van toepassing door crisissituatie of in 'overlevingsmodus' of veroorzaakt ernstige overlast 	<ul style="list-style-type: none"> • maatschappelijk geïsoleerd of veroorzaakt overlast 	<ul style="list-style-type: none"> • nauwelijks participeren in maatschappij (bijwonen) of uitsluitend zorgtaken 	<ul style="list-style-type: none"> • enige maatschappelijke participatie (meedoen) maar er zijn hindernissen zoals vervoer/ zorgtaken/ kinderopvang 	<ul style="list-style-type: none"> • actief participeren in de maatschappij (bijdragen)
Justitie	<ul style="list-style-type: none"> • zeer regelmatig (maandelijks) contact met politie of openstaande zaken bij justitie 	<ul style="list-style-type: none"> • regelmatig (meerdere keren per jaar) contact met politie of lopende zaken bij justitie 	<ul style="list-style-type: none"> • incidenteel (eens per jaar) contact met politie of 'voorwaardelijke straf' voorwaardelijke invrijheidstelling 	<ul style="list-style-type: none"> • zelden (minder dan eens per jaar) contact met politie of strafblad 	<ul style="list-style-type: none"> • geen contact met politie • geen strafblad

© GGD Amsterdam, Launiks, Buster, De Wit, Van de Weerd, Van den Boom, Segeren, Kläufus, Kamann, Fassaert & Tigheelaar. 2016. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs. De gebruiker mag deze uitgave niet voor willekeurige commerciële doeleinden gebruiken, aanpassen, of overbrengen. Contact: zmi@ggd.amsterdam.nl



ZRM-supplement: Ouderschap[®] 2017 GGD Amsterdam

DOMEIN	1 Acute problematiek	2 Niet zelfredzaam	3 Beperkt zelfredzaam	4 Voldoende zelfredzaam	5 Volledig zelfredzaam
Lichamelijke verzorging	<ul style="list-style-type: none"> sprake van lichamelijke mishandeling/verwaarlozing de lichamelijke veiligheid van kind(eren) is direct in gevaar of een gebied van de lichamelijke basiszorg wordt niet uitgevoerd 	<ul style="list-style-type: none"> vermoeden van lichamelijke mishandeling/verwaarlozing maar de veiligheid van kind(eren) is niet direct in gevaar meerdere gebieden van de lichamelijke basiszorg worden beperkt uitgevoerd 	<ul style="list-style-type: none"> vermijdbare risico's in de fysieke omgeving of alle gebieden van de lichamelijke basiszorg worden uitgevoerd maar een enkel gebied wordt beperkt uitgevoerd 	<ul style="list-style-type: none"> fysieke omgeving is veilig goede lichamelijke basiszorg ouder stimuleert een gezonde leefstijl van het kind (gezonde voeding en voldoende beweging) 	
Sociaal-emotionele ondersteuning	<ul style="list-style-type: none"> sprake van geestelijke mishandeling/verwaarlozing het geestelijk welzijn van kind(eren) is direct in gevaar of de ouder isoleert kind(eren) of zet aan tot ongewenst/fout gedrag 	<ul style="list-style-type: none"> vermoeden van geestelijke mishandeling/verwaarlozing ouder stelt geen grenzen/ stelt grenzen niet leeftijdsadequaaf of beperkt relaties tussen kind(eren) en leeftijdgenoten of ouder ontmoedigt maatschappelijk wenselijk gedrag 	<ul style="list-style-type: none"> geen geestelijke mishandeling/verwaarlozing ouder stelt grenzen leeftijdsadequaaf maar is niet consequent of toont geen interesse in relaties tussen kind(eren) en leeftijdgenoten 	<ul style="list-style-type: none"> ouder stelt grenzen consequent, leeftijdsadequaaf en redelijk bevordert relaties tussen kind(eren) en leeftijdgenoten vervult voorbeeldfunctie 	
Scholing	<ul style="list-style-type: none"> leerplichtig(e) kind(eren) staat niet ingeschreven bij een school of gaat niet naar les 	<ul style="list-style-type: none"> frequent ongeoorloofd verzuim van leerplichtig(e) kind(eren) of geen mogelijkheden om huiswerk te maken ouder is niet betrokken bij school 	<ul style="list-style-type: none"> regelmatig ongeoorloofd verzuim van leerplichtig(e) kind(eren) of beperkte mogelijkheden om huiswerk te maken ouder is minimaal betrokken bij school 	<ul style="list-style-type: none"> er zijn geen leerplichtige kinderen of zelden ongeoorloofd verzuim van leerplichtig(e) kind(eren) voldoende mogelijkheden om huiswerk te maken ouder is voldoende betrokken bij school 	<ul style="list-style-type: none"> nooit ongeoorloofd verzuim van leerplichtig(e) kind(eren) goede mogelijkheden om huiswerk te maken ouder is zeer betrokken bij school
Opvang	<ul style="list-style-type: none"> opvang van kind(eren) is noodzakelijk maar niet beschikbaar of opvang is ernstig beperkt op (bijna) alle gebieden van lichamelijke basiszorg en opvoedtaken 	<ul style="list-style-type: none"> noodzakelijke opvang van kind(eren) is amper beschikbaar of er is een belangrijk probleem op één/ meer gebieden van lichamelijke basiszorg meerdere opvoedtaken worden door opvang niet uitgevoerd 	<ul style="list-style-type: none"> noodzakelijke opvang is onbetrouwbaar beschikbaar of opvang voorziet in alle aspecten van lichamelijke basiszorg maar één/ meerdere opvoedtaken worden door opvang niet uitgevoerd 	<ul style="list-style-type: none"> opvang is niet noodzakelijk of opvang is betrouwbaar beschikbaar opvang voorziet in alle aspecten van lichamelijke basiszorg toereikende uitvoering opvoedtaken 	<ul style="list-style-type: none"> opvang is beschikbaar naar keuze opvang voorziet in goed ontwikkelde basiszorg en opvoedtaken

© GGD Amsterdam. Fassaert, Lauriks, Buster, De Wit, Van de Weerd en Schöenberg. 2016. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervoerd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs. De gebruiker mag deze uitgave niet voor willekeurige commerciële doeleinden gebruiken, aanpassen, of overbrengen. Contact: zrm@ggd.amsterdam.nl