



WESTFRIESLAND

Nieuwe bekostiging van Wmo-ondersteuning in Westfriesland vanaf 2020

Informatie voor lokale toegang en zorgaanbieders



Inhoud

1. Nieuwe bekostiging Wmo-ondersteuning, wat en waarom?	2
a. Wat betekent de nieuwe opzet voor het werk van de lokale toegang en de zorgaanbieders? ...	4
b. De verschillen in schema	4
2. Vraag verhelderen en verwijzen	9
 Bijlage 1 - Ondersteuningsprofielen	15
Bijlage 2 - Ondersteuningsprofielen: intensiteiten en producten	29
Bijlage 3 - Keuze ondersteuningsprofiel	31

1. Nieuwe bekostiging Wmo-ondersteuning, wat en waarom?

Wat verandert er?

Vanaf 1 januari 2020 is in Westfriesland voor Wmo-ondersteuning een andere bekostiging van kracht. De bestaande producten worden vervangen door een indeling in een vijftal profielen passend bij de ondersteuningsbehoefte van de inwoner. Voorafgaand aan een verwijzing naar een zorgaanbieder wordt eerst met de inwoner bepaald welke resultaten behaald zouden moeten worden. Afhankelijk daarvan zet de zorgaanbieder binnen het gekozen profiel ondersteuning of begeleiding in. Dit 'arrangement' omvat dan alles wat nodig is om de gewenste doelen en resultaten te behalen.

Waarom deze nieuwe opzet?

De Westfriesse gemeenten hebben tot een nieuwe financiering besloten om de toewijzing van Wmo-ondersteuning eenvoudiger en meer resultaatgestuurd te maken. De huidige financiering is gebaseerd op de oude indeling volgens de AWBZ zoals die voor de ingang van de Wmo bestond. Het is een financiering die inspanningen beloont (alle geleverde zorg wordt vergoed, ongeacht de resultaten die ermee zijn bereikt). De daarbij behorende indeling in producten gaat uit van het beschikbare aanbod. De visie van de Westfriesse gemeenten is juist dat de ondersteuningsbehoefte van de inwoner leidend moet zijn. In de nieuwe opzet coördineert één zorgaanbieder in één arrangement alle gewenste ondersteuning en/of begeleiding. Dit arrangement is erop gericht dat de gestelde resultaten, zoals beschreven in het perspectiefplan, worden bereikt. Om deze resultaten te behalen kan de zorgaanbieder eventueel via onderaanneming samenwerkingspartners inzetten om op onderdelen bij te dragen aan het gewenste maatwerk.

Perspectiefplan:

Het arrangement is in feite een samenstelling van ondersteuning die nodig is om de inwoner/het gezin te ondersteunen bij het bereiken van het door henzelf geformuleerde perspectief. Het gaat om een onderling samenhangend pakket van informele ondersteuning, algemene en individuele voorzieningen. Een randvoorwaarde voor deze werkwijze is een integrale benadering, waarin het perspectief centraal staat, zodat de juiste resultaten daarvoor geformuleerd kunnen worden. Het perspectiefplan is een belangrijk instrument voor deze werkwijze.

Het perspectiefplan is het document waarin wordt vastgelegd welk perspectief de inwoner/gezin met behulp van de ondersteuning wil bereiken. Het maakt duidelijk welke doelen worden gesteld, wat daarin prioriteit heeft en welke concrete (deel)resultaten daaraan gekoppeld zijn. Het perspectiefplan wordt bij voorkeur opgesteld door inwoner/gezin zelf, waar nodig met ondersteuning vanuit het lokale team of een onafhankelijke cliëntondersteuner.

Zowel de inwoner/het gezin, lokale team of verwijzer en aanbieder maken gebruik van het perspectiefplan. Soms zal het perspectiefplan bestaan uit meerdere perspectieven, zoals die van het gezin en het lokale team. Ook is het mogelijk dat het perspectiefplan voor meerdere personen in het gezin leidt tot ondersteuning. De insteek is dat alle inwoners/gezinnen een perspectiefplan hebben voordat een specialistische zorgaanbieder inzet pleegt. Alle informatie in een perspectiefplan en de eventuele verwijzing is inzichtelijk voor de inwoner/het gezin.

Een perspectiefplan is een dynamisch document. Een resultaat op basis waarvan specialistische hulp kan worden ingezet, wordt vastgelegd en dient als basis waarop een behandelplan wordt opgesteld.



Wat willen we met resultaatgestuurd werken bereiken?

Samen met zorgaanbieders verwachten we als Westfriese gemeenten met deze resultaatgestuurde bekostiging het volgende te bereiken:

- voor de inwoner maatwerk en samenhang in interventies;
- focus op resultaten;
- samenwerking tussen zorgaanbieders;
- ruimte voor nieuwe vormen van ondersteuning en begeleiding;
- vermindering administratief verkeer;
- effectieve inzet van middelen.

Wat betekent de nieuwe opzet voor het werk van de lokale toegang?

De nieuwe bekostiging heeft gevolgen voor het werk van de medewerkers van de lokale toegang. Zij zullen samen met de inwoner de gewenste resultaten zo moeten formuleren, dat deze ook te evalueren zijn. Wanneer ondersteuning en/of begeleiding nodig is, zal de lokale toegang verantwoordelijk zijn voor een verwijzing naar een zorgaanbieder die aan de geformuleerde resultaten kan bijdragen. Daarbij is er één grote verandering: in de huidige systematiek onderzoekt de medewerker van de lokale toegang met de inwoner de hulpvraag en zoekt daarbij de ondersteuning en/of begeleiding die passend is. In de nieuwe opzet stelt de lokale toegang op dezelfde wijze samen met de inwoner vast welke hulpvraag er is en benoemt daarbij ook de te behalen resultaten en het ondersteuningsprofiel en intensiteit passend bij de hulpvraag van de inwoner. De resultaten worden genoteerd in het perspectiefplan. Het is vervolgens aan de zorgaanbieder om de inhoudelijke ondersteuning en/of begeleiding zodanig samen te stellen en te organiseren, dat die resultaten worden gehaald. Hij voegt deze afspraken en doelen toe aan het perspectiefplan. In het perspectiefplan wordt vermeld wie de regisseur is en wie de hoofdaannemer is.

Uitgangspunt is dat de inwoner zelf de regierol voor de eigen hulpvraag op zich neemt, tenzij de inwoner hiertoe niet in staat is. In dat geval ligt de regie bij de lokale toegang.

De verschillen in schema

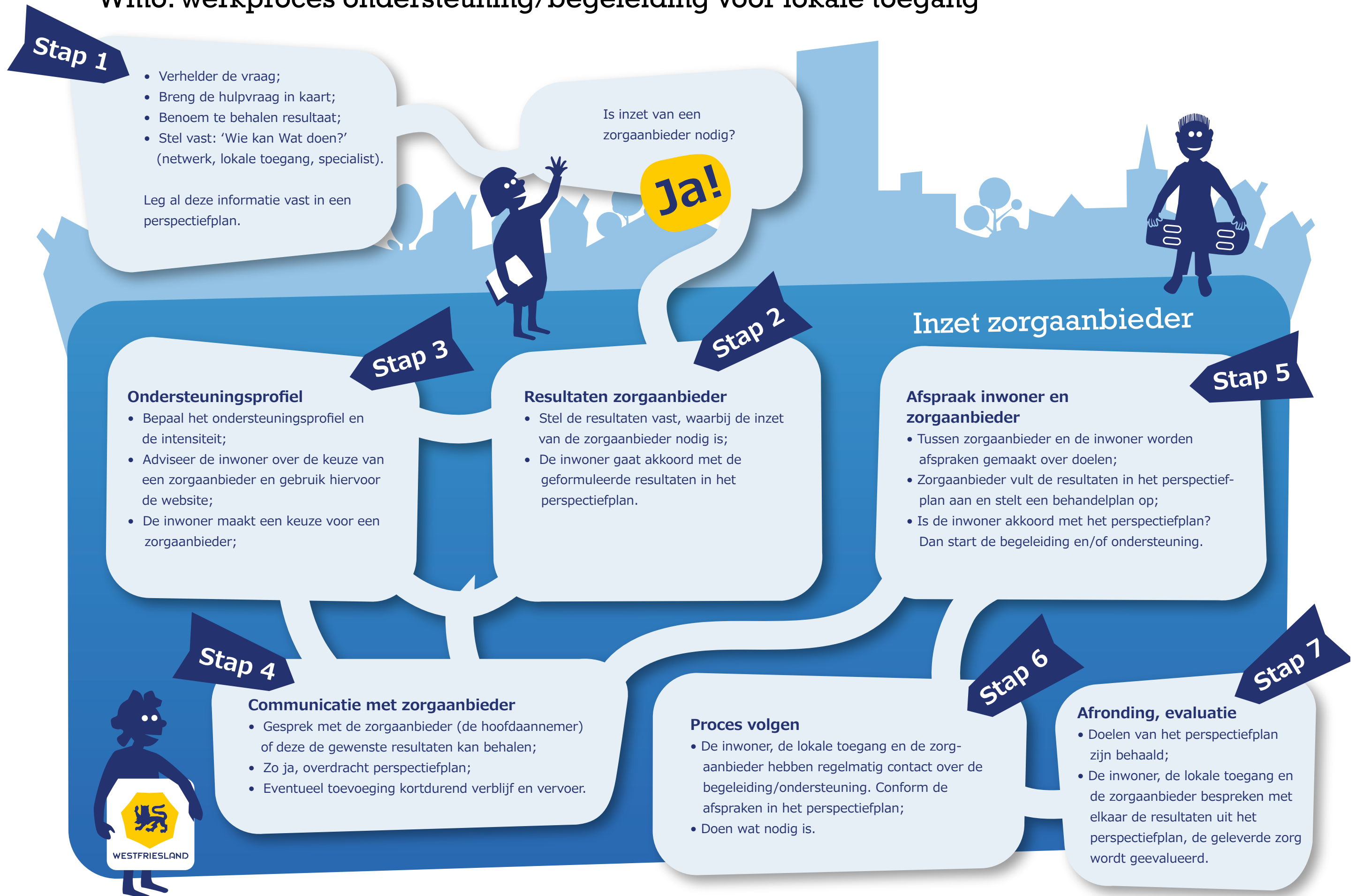
NU	STRAKS
• accent op in te zetten 'middelen'	• focus op te behalen doelen/resultaten
• medewerker lokale toegang zoekt verschillende producten voor de inwoner	• medewerker lokale toegang bepaalt één ondersteuningsprofiel
• per zorgaanbieder wordt een beschikking afgegeven met aanwijzingen over maximale duur en aantal uren per week	• lokale toegang formuleert WAT bereikt moet worden; het HOE wordt in vertrouwen overgelaten aan de zorgaanbieder
• bij complexe problematiek: per inwoner veelal meerdere zorgaanbieders, die ondersteuning leveren	• één zorgaanbieder levert alle gewenste ondersteuning per inwoner, dus in één arrangement
• veel gepuzzel over codes, tarieven en veel administratief verkeer	• communicatie gaat over de inhoud: welke resultaten dienen te worden behaald?



Wat verandert er?

De nieuwe bekostiging geldt voor het grootste deel van de Wmo-ondersteuning (arrangementen waarbinnen alle ondersteuningsvormen worden uitgevoerd). Voor een arrangement vindt de bekostiging via een vast tarief per maand plaats. Als er binnen een arrangement vervoer van en naar dagbesteding benodigd is, wordt dit apart bekostigd met een vast tarief per dag. Kortdurend Verblijf blijft een product, dat op basis van een tarief per etmaal wordt bekostigd.

Wmo: werkproces ondersteuning/begeleiding voor lokale toegang





2. Vraag verhelderen en verwijzen

Het contact met een inwoner kan op verschillende manieren tot stand komen, namelijk via een inloopsprekbeurt, telefonisch, een schriftelijk meldingsformulier of een digitaal meldingsformulier.

Het werkproces, zoals hieronder beschreven, begint op het moment dat er een meldingsformulier is ingevuld. Het meldingsformulier wordt onderdeel van het perspectiefplan en is ingevuld door de inwoner (eventueel met hulp van het sociale netwerk, onafhankelijke cliëntondersteuning of de lokale toegang).

Na ontvangst van het meldingsformulier vindt er een gesprek plaats en wordt er gekeken of er eventueel inzet van een zorgaanbieder nodig is.

2.1. Gesprek met de inwoner

Stap 1: vraagverhelderen door lokale toegang

Hier worden de gebruikelijke stappen gezet:

- verhelder de vraag;
- breng de hulpvraag in kaart;
- benoem het te behalen resultaat;
- stel vast: "Wie kan wat doen?" (netwerk, lokale toegang, specialist);
- leg al deze informatie vast in een perspectiefplan.

Let op!

De Wmo schrijft voor dat, als iemand een vraag heeft, de gemeente binnen een bepaalde termijn dient te reageren. De gemeente dient namelijk zo snel mogelijk met de inwoner in gesprek te gaan en uiterlijk binnen twee weken een reactie te geven. Het gesprek met de gemeente vindt uiterlijk binnen zes weken na de melding (vraag) plaats. Zie voor meer informatie www.schulinck.nl/Opi-nie-wmo-veranderingen-in-de-aanvraagprocedure.

Het **perspectiefplan** vermeldt in ieder geval:

- de ondersteuningsbehoefte op alle leefgebieden van de inwoner;
- de te behalen resultaten geformuleerd vanuit de inwoner;
- bijdrage aan het te behalen resultaat vanuit het eigen netwerk;
- bijdrage aan het te behalen resultaat vanuit de lokale toegang;
- bijdrage aan het te behalen resultaat door de zorgaanbieder;
- wijze waarop de inwoner, de lokale toegang en de zorgaanbieder contact met elkaar onderhouden over de te behalen resultaten;
- wijze waarop en wanneer er geëvalueerd wordt.



Formuleren van resultaten

Hoe concreter, hoe beter: 'vermindering klachten' is te algemeen, 'inwoner kan zelfstandig huishoudelijke taken uitvoeren' is wel concreet. (SMART=specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden) Formuleer het resultaat uitkomstgericht; wat kan de inwoner straks (weer)? Verwoord de doelen en verwachtingen zo, dat deze voor de inwoner zelf begrijpelijk en betekenisvol zijn. Gebruik omschrijvingen waar de inwoner zelf mee gekomen is.

2.2. Inzet van zorgaanbieder

Stap 2: resultaten specialistische zorgaanbieder

- Stel de resultaten vast, waarbij de inzet van de zorgaanbieder nodig is;
- Adviseer de inwoner over de keuze van een zorgaanbieder en gebruik hiervoor de website;
- De inwoner maakt een keuze voor een zorgaanbieder;
- De inwoner gaat akkoord met de geformuleerde resultaten in het perspectiefplan.

Als hulpmiddel komt een website beschikbaar waarop per arrangement een overzicht wordt gegeven van de beschikbare zorgaanbieders. Ook is het mogelijk op regio te selecteren om te zien welke zorgaanbieders dicht bij de woonplaats van de inwoner beschikbaar zijn. Zodra de website gereed is, wordt dit onder andere via de nieuwsbrief van de regio Westfriesland bekend gemaakt.

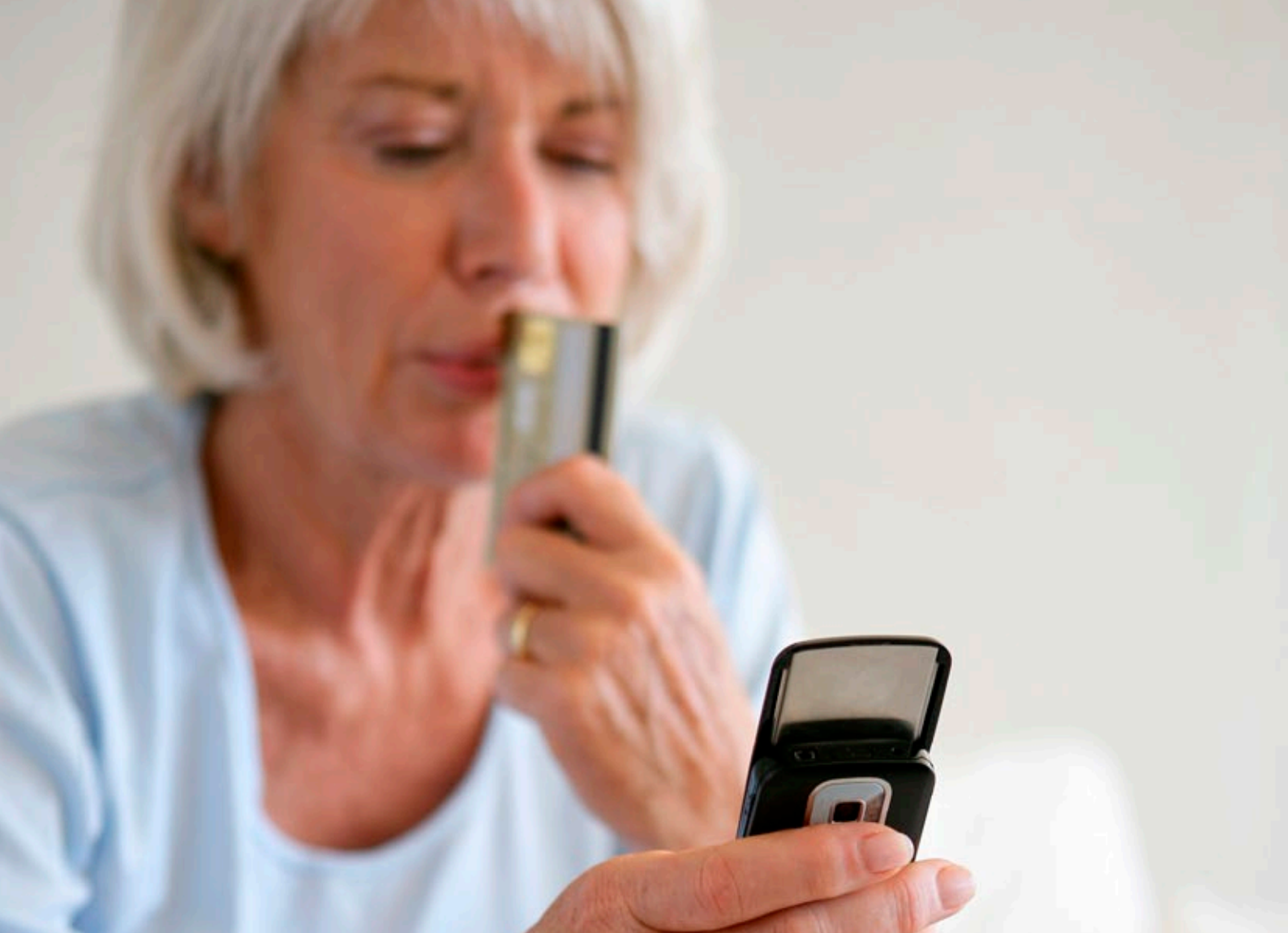
Opmerking

Bij elk van de ondersteuningsprofielen (zie bijlage 1) staan ook resultaten vermeld. Deze zijn algemeen geformuleerd en kunnen bruikbaar zijn als 'kapstok' om tot resultaten te komen, die passen bij de inwoner.

Stap 3: ondersteuningsprofiel en intensiteit

- Bepaal het ondersteuningsprofiel en de intensiteit.

In de communicatie naar de inwoner gaat het om de resultaten. Het profiel en de intensiteit samen vormt samen het arrangement en de inzet van een zorgaanbieder.



Algemene aandachtspunten:

- De zorgaanbieder moet alle ondersteuningsvormen binnen een profiel kunnen organiseren (huishoudelijke ondersteuning (HO), individuele begeleiding (IB), persoonlijke verzorging (PV) onder Wmo en dagbesteding, inclusief vervoer);
- Profiel vier (4) bevat alleen huishoudelijke ondersteuning en is passend voor alle inwoners die uitsluitend huishoudelijke ondersteuning nodig hebben. Indien door de lokale toegang wordt geconstateerd dat een inwoner meer ondersteuning nodig heeft, volgt plaatsing in het meest passende profiel;
- Wanneer HO in onderaannemerschap wordt ingezet, dient deze ondersteuning te voldoen aan alle eisen zoals die ook van toepassing zijn op profiel vier (4), lichamelijke beperking (LB-HO);
- Voor elk arrangement is een vast tarief vastgesteld. Specifiek voor NAH-inwoners binnen het profiel LB (profiel vijf (5)) geldt een afwijkend tarief;
- Voor het profiel drie (3) 'cognitieve achteruitgang/dementie' is het wenselijk dat zorgaanbieders op alle intensiteiten inschrijven. Bij dit profiel is de verwachting dat de problematiek verergert en dat daarom regelmatig opschaling nodig is.



Stap 4: communicatie met de zorgaanbieder

- Gesprek met de zorgaanbieder (de hoofdaannemer) of deze de gewenste resultaten kan behalen;

Het draait er in deze communicatie om zoveel mogelijk gedeelde beelden te krijgen over wat er nodig is voor de inwoner. Bij het bereiken van overeenstemming daarover is het wel goed om te weten wat de formele rolverdeling is, namelijk:

- De lokale toegang geeft aan wat het ondersteuningsprofiel en de intensiteit zijn;
- De zorgaanbieder geeft aan of vervoer of de kortdurend verblijf component noodzakelijk is;
- De zorgaanbieder/hoofdaannemer is verantwoordelijk voor (de formulering van de) doelen binnen de ondersteuning en/of begeleiding (indien nodig roept hoofdaannemer hiervoor hulp in van onderaannemers).

In bijlage 2 is te zien welke profielen en intensiteiten mogelijk zijn en staan de hierbij passende tarieven.

Stap 5: afspraak met de inwoner en de zorgaanbieder

- Tussen zorgaanbieder en inwoner worden afspraken gemaakt over doelen;
- Zorgaanbieder vult de resultaten in het perspectiefplan aan en stelt een behandelplan op;
- Zorgaanbieder en inwoner bespreken eventuele toevoeging (vervoer of kortdurend verblijf).
- Is de inwoner akkoord met het perspectiefplan? Dan start de ondersteuning en/of begeleiding.

Stap 6: proces volgen

- De inwoner, de lokale toegang en de zorgaanbieder hebben regelmatig contact over de voortgang van de ondersteuning en/of begeleiding, conform de afspraken in het perspectiefplan;
- Doen wat nodig is en gemaakte afspraken nakomen.
- Indien de situatie zodanig wijzigt dat aanpassing van het perspectiefplan nodig is, neemt de zorgaanbieder of de inwoner contact op met de lokale toegang.

Stap 7: afronding, evaluatie

- Doelen behandelplan zijn behaald en/of worden geëvalueerd;
- De inwoner, de lokale toegang en de zorgaanbieder bespreken met elkaar de resultaten uit het perspectiefplan.

De situatie van de inwoner kan gedurende de looptijd van een arrangement veranderen. In een gesprek wordt met de inwoner besproken wat nodig is en worden nieuwe resultaten geformuleerd.



BIJLAGE 1

Ondersteuningsprofielen

Met de inwoner worden doelen gesteld, die worden vertaald in een perspectiefplan. De profielbeschrijving wordt gebruikt om deze doelen te helpen stellen en de inwoner uit te kunnen leggen wat hiermee wordt bedoeld.

Ondersteuningsprofiel 1

Ondersteuningsprofiel gericht op personen met ondersteuningsvragen als gevolg van psychosociale problematiek of van (een vermoeden van) psychische problematiek.

Algemene beschrijving	Volwassenen in deze groep hebben acute of chronische psychosociale problemen. De oorzaak van deze problemen ligt niet altijd in een (gediagnosticeerde) psychiatrische aandoening. De problemen kunnen voortkomen uit belemmeringen op meerdere levensgebieden (bijvoorbeeld op het gebied van relaties, opvoeding, ingrijpende gebeurtenissen, schulden, werk, huisvesting, eenzaamheid, zin in het leven of zin van het leven). De beperking manifesteert zich vooral in de complexiteit van de problemen. Deze groep heeft geen 24-uurs toezicht nodig.
Algemene kenmerken	• Milde tot complexe meervoudige (chronische) problematiek. • Kan sprake zijn van multiproblematiek (combinatie met gezinsproblematiek, lichtverstandelijke beperking, hoogbegaafdheid of verslaving). • Kan sprake zijn van traumatisering en/of sociaal economische terugval (bijvoorbeeld bij verlies van huis, inkomen, et cetera). • Problemen uiten zich vaak in sociaal isolement als gevolg van uitsluiting (non- acceptatie en probleemgedrag). • Het psychisch functioneren kan worden belemmerd door een samenspel van emotionele, sombere of ongeremde stemmingen, chaotische gedachten, wanen, depressiviteit, manie, psychose of autisme. • Er kan sprake zijn van verwardheid, passiviteit, angst of naar buiten gericht grensoverschrijdend gedrag. • Er kan zorgmijdend gedrag worden vertoond. • Intensief kortdurende- of langdurige zorgvraag. • Zorgvraag is dynamisch en fluctuerend van weinig tot veel inzet. • Mogelijk niet-planbare zorg (incidenteel) buiten kantooruren.
Algemene eis	Bij dagbesteding wordt uitgegaan van het participeren naar vermogen. Er wordt zoveel mogelijk ingezet op arbeidsmatige activiteiten en waar mogelijk doorstroom naar begeleid of ondersteunend werk, betaald werk of vrijwilligerswerk.

PROFIEL PSYCHOSOCIALE OF PSYCHISCHE PROBLEMATIEK - INTENSITEIT A

Beschrijving	Over het algemeen geldt dat deze persoon: • In hoge mate mogelijkheden heeft tot het oppakken van zelfregie. • Met lichte ondersteuning zelf de benodigde zorg kan aangeven en initiëren en organiseren. • Open staat voor hulp, maar er kan sprake zijn van verminderd zelfinzicht. • Ondersteuningsvragen op enkele levensgebieden heeft. • Geen beperkingen van functionele aard ervaart. • Zelfstandig het huishouden doet. • Enige belemmeringen bij zijn sociale zelfredzaamheid ervaart/heeft. • Over het algemeen een eigen steunend sociaal netwerk heeft, maar enige ondersteuning nodig heeft. • Een stabiele daginvulling heeft. • Enige belemmeringen in zijn psychische zelfredzaamheid ervaart/heeft.
Toestand	Tijdelijke belemmering.
Perspectief/doel	Ontwikkelen gericht op zelfredzaamheid.
Duur ondersteuningsvraag	Kort.
Looptijd beschikking	Maximaal één (1) jaar.
Specifieke eis	Geen.

PROFIEL PSYCHOSOCIALE OF PSYCHISCHE PROBLEMATIEK - INTENSITEIT B

Beschrijving	Over het algemeen geldt dat deze persoon: • In beperkte mate de regie heeft. • Met ondersteuning zelf de benodigde zorg kan aangeven, initiëren en organiseren. • Minder openstaat voor hulp omdat er sprake is van verminderd zelfinzicht. • Ondersteuningsvragen op meerdere levensgebieden heeft. • Lichte beperkingen van functionele aard ervaart. • Gedeeltelijk zelfstandig het huishouden doet. • Belemmeringen bij zijn sociale zelfredzaamheid ervaart/heeft. • Een beperkt en mogelijk negatief sociaal netwerk heeft en ondersteuning nodig heeft. • Een beperkte dag invulling heeft. • Belemmeringen in zijn psychische zelfredzaamheid ervaart/heeft.
Toestand	Blijvende belemmering.
Perspectief/doel	Waar mogelijk ontwikkelen gericht op verbetering.
Duur ondersteuningsvraag	Variabel.
Looptijd beschikking	Maximaal drie (3) jaar.
Specifieke eis	Gemiddelde groepsgrootte dagbesteding: acht (8) cliënten per professional.



PROFIEL PSYCHOSOCIALE OF PSYCHISCHE PROBLEMATIEK - INTENSITEIT C

Beschrijving	Over het algemeen geldt dat deze persoon: • Weinig tot geen eigen regie heeft. • Niet zelf de benodigde zorg kan aangeven, initiëren en organiseren. • Minder of niet openstaat voor hulp omdat er sprake is van verminderd zelfinzicht. • Ondersteuningsvragen op nagenoeg alle levensgebieden heeft. • Beperkingen van functionele aard ervaart. • Niet zelfstandig het huishouden doet. • Grote belemmeringen bij zijn sociale zelfredzaamheid ervaart/heeft. • Geen of negatief sociaal netwerk heeft en ondersteuning nodig heeft. • Geen dag invulling heeft. • Zware belemmeringen in zijn psychische zelfredzaamheid ervaart/heeft.
Toestand	Blijvende belemmering.
Perspectief/doel	Ontwikkelen gericht op consolideren.
Duur ondersteuningsvraag	Langdurig.
Looptijd beschikking	Maximaal vijf (5) jaar.
Specifieke eis	Gemiddelde groepsgrootte dagbesteding: vier (4) cliënten per professional.



Ondersteuningsprofiel 2

Ondersteuningsprofiel gericht op personen met ondersteuningsvragen als gevolg van een (vermoeden van) een (licht) verstandelijke beperking.

Algemene beschrijving	Volwassenen in deze groep hebben een verstandelijke beperking en maken geen gebruik van 24-uurs toezicht. Bij deze groep speelt zelfoverschatting en daarmee overvraging een rol. Ze zijn beperkt in hun sociale redzaamheid. Men is in staat een dagactiviteitencentrum te bezoeken of werkzaamheden uit te voeren op locatie van een inschrijver. Ook detachering naar een reguliere bedrijfsomgeving met eenvoudig werk is soms haalbaar. De hoeveelheid druk die men aan kan is sterk wisselend.
Algemene kenmerken	• IQ-score waarschijnlijk tussen de 50 en 85 wat leidt tot beperkt begrip van wat anderen zeggen. • Beperkte vaardigheden op het gebied van lezen, schrijven en rekenen en het oplossen van problemen. • Beperkt op het gebied van concentratie, geheugen en informatieverwerking. • Kunnen de gevolgen van het eigen handelen vaak niet overzien. • Probleem, dwangmatig en manipulatief gedrag is mogelijk. • Oriëntatiestoornissen, waarbij men ernstige problemen heeft met het herkennen van personen uit de omgeving zijn mogelijk. • Jonge leeftijd (18 - 35) vraagt meer inzet (proactief en preventief). • Regelmatig sprake van multiproblematiek ((L)VB/psychiatrie/verslaving). • Door overvraging/zelfoverschatting regelmatig (veel) bijkomende problematiek. • Zorgvraag langdurig. • Zorgvraag fluctueert van weinig tot veel inzet.
Algemene eis	Bij dagbesteding wordt uitgegaan van het participeren naar vermogen. Er wordt zoveel mogelijk ingezet op arbeidsmatige activiteiten en waar mogelijk doorstroom naar begeleid of ondersteunend werk, betaald werk of vrijwilligerswerk.

PROFIEL (LICHT) VERSTANDELIJKE BEPERKING - INTENSITEIT A

Beschrijving	Over het algemeen geldt dat deze persoon: • In hoge mate zelf de regie heeft. • Zelf de benodigde zorg kan aangeven, initiëren en organiseren. • Openstaat voor hulp. • Problemen op (een) enkel(e) levensgebied(en) heeft. • Geen beperkingen van functionele aard ervaart/heeft. • Zelfstandig het huishouden doet. • Lichte problemen ervaart/heeft in zijn sociale zelfredzaamheid. • Een eigen steunend netwerk heeft. • Een daginvulling heeft. • Geen problemen ervaart/heeft in zijn psychische zelfredzaamheid.
Toestand	Ontwikkelen gericht op herstel en het organiseren van een vangnet (waar mogelijk door het netwerk).
Perspectief/doel	Na het aanleren van vaardigheden kan deze persoon zelfstandig in samenwerking met netwerk verder.
Duur ondersteuningsvraag	Langdurig.
Looptijd beschikking	Maximaal één (1) jaar.
Specifieke eis	Geen.

PROFIEL (LICHT) VERSTANDELIJKE BEPERKING - INTENSITEIT B

Beschrijving	Over het algemeen geldt dat deze persoon: • In beperkte mate regie heeft. • Beperkt zelf de benodigde zorg kan aangeven, initiëren en organiseren. • Beperkt zelf- en probleeminzicht heeft en hierdoor soms minder openstaat voor hulp. • Problemen op meerdere levensgebieden heeft. • Mogelijk beperkingen van functionele aard ervaart/heeft. • Gedeeltelijk zelfstandig het huishouden doet. • Problemen ervaart/heeft in zijn sociale zelfredzaamheid. • Geen/weinig of negatief steunend netwerk heeft. • Beperkte dag invulling heeft. • Beperkingen ervaart/ heeft in zijn psychische zelfredzaamheid.
Toestand	Blijvende belemmering.
Perspectief/doel	Waar mogelijk ontwikkelen gericht op verbetering en vervolgens consolideren.
Duur ondersteuningsvraag	Langdurig.
Looptijd beschikking	Minimaal één (1) jaar, maximaal drie (3) jaar.
Specifieke eis	Gemiddelde groepsgrootte dagbesteding: acht (8) personen per professional.

PROFIEL (LICHT) VERSTANDELIJKE BEPERKING - INTENSITEIT C

Beschrijving	Over het algemeen geldt dat deze persoon: • Weinig tot geen eigen regie heeft. • Niet zelf de benodigde zorg kan aangeven, initiëren en organiseren. • Beperkt of geen zelf- en probleeminzicht heeft en hierdoor soms minder of niet openstaat voor hulp. • Problemen op bijna alle levensgebieden heeft. • Mogelijk beperkingen van functionele aard ervaart/heeft. • Niet zelfstandig het huishouden doet. • Ernstige problemen ervaart/heeft in zijn sociale zelfredzaamheid. • Geen/weinig of negatief steunend netwerk heeft. • Geen dag invulling heeft. • Ernstige beperkingen ervaart/heeft in zijn psychische zelfredzaamheid.
Toestand	Blijvende belemmering.
Perspectief/doel	Stabiliseren en vervolgens consolideren.
Duur ondersteuningsvraag	Langdurig.
Looptijd beschikking	Maximaal vijf (5) jaar.
Specifieke eis	Gemiddelde groepsgrootte dagbesteding: 6 personen per professional.

Ondersteuningsprofiel 3

Ondersteuningsprofiel gericht op personen met ondersteuningsvragen als gevolg van cognitieve achteruitgang en/of (een vermoeden) van dementie (psychogeriatrische problematiek).

Algemene beschrijving	Deze volwassenen ondervinden problemen als gevolg van cognitieve achteruitgang en eventueel lichamelijke problematiek, maar hebben geen 24-uurs toezicht nodig. Deze problematiek wordt veelal veroorzaakt door het ouder worden, maar het gaat hierbij ook om jongdementen. Deze groep inwoners ervaart vaak een beperking in het begrijpen van anderen en het zich uitdrukken. Daarnaast zijn er problemen op het gebied van het organiseren van dagelijkse routine en zinvolle dagbesteding, het bijhouden van de administratie, het aangaan en onderhouden van sociale contacten, het zelfstandig uitvoeren van het huishouden en het bewegen en verplaatsen in en rondom het huis. Bij deze groep is sprake van een progressief ziektebeeld.
-----------------------	--

Algemene kenmerken	• Naar mate de persoon ouder wordt is meestal sprake van toenemende zorgvraag. • Er is in toenemende mate verlies van eigen regie. • Er is meestal sprake van toenemende psychosociale problematiek. • Er is meestal sprake van toenemende somatische problematiek waardoor de persoon in zijn bewegen wordt beperkt. • Er kan sprake zijn van beperkt zelfinzicht in problematiek. • Zorgvraag is fluctuerend in de tijd van weinig tot veel inzet. • Vereenzaming kan zich uiten in vormen van vervuiling, verwaarlozing, ontreddeering. Er is vaak veel mantelzorg in beeld, die regelmatig overbelast zijn.
Algemene eis	Geen.

PROFIEL COGNITIEVE ACHTERUITGANG EN/OF DEMENTIE – INTENSITEIT A

Beschrijving	Over het algemeen geldt dat deze persoon: • Zelf de regie heeft. • Zelf de benodigde zorg kan aangeven, initiëren en organiseren. • Openstaat voor hulp. • Problemen op (een) enkel(e) levensgebied(en) heeft. • Lichte beperkingen van functionele aard ervaart/heeft. • Een eigen steunend netwerk heeft. • Geen tot weinig problematiek in het huishouden. • Geen tot lichte problemen sociale redzaamheid. • Geen tot lichte beperking in de sociale zelfredzaamheid heeft. • Een dag invulling heeft. • Lichte beperkingen in zijn psychische zelfredzaamheid als gevolg van cognitieve achteruitgang ervaart/heeft.
Toestand	Progressieve belemmering.
Perspectief/doel	Ontwikkelen om langer zelfstandig te kunnen blijven wonen, en anticiperen waar nodig.
Duur ondersteuningsvraag	Langdurig, gericht op het versterken van de eigen regie van de inwoner en het versterken en ontlasten van het netwerk waardoor uitstel van zwaardere zorg bewerkstelligd wordt.
Looptijd beschikking	Zes (6) maanden (met na drie (3) maanden een evaluatie).
Specifieke eis	Geen.

PROFIEL COGNITIEVE ACHTERUITGANG EN/OF DEMENTIE – INTENSITEIT B

Beschrijving	Over het algemeen geldt dat deze persoon: • In beperkte mate zelf de regie heeft. • In beperkte mate zelf de benodigde zorg kan aangeven, initiëren en organiseren. • Openstaat voor hulp maar de neiging kan hebben zich beter voor te doen dan hij/zij is. • Problemen op meerdere levensgebieden heeft. • Beperkingen van functionele aard ervaart/heeft. • Een beperkt eigen steunend netwerk heeft. • Geen tot weinig problematiek in het huishouden. • Geen tot lichte problemen Sociale redzaamheid. • Beperkingen in zijn sociale zelfredzaamheid heeft. • Beperkte dag invulling heeft. • Lichte beperkingen in zijn psychische zelfredzaamheid als gevolg van cognitieve achteruitgang ervaart/heeft.
Toestand	Progressieve belemmering.
Perspectief/doel	Stabiliseren, consolideren om langer zelfstandig te kunnen blijven wonen en anticiperen waar nodig.
Duur ondersteuningsvraag	Langdurig, gericht op het versterken van de eigen regie van de inwoner en het versterken en ontlasten van het netwerk waardoor uitstel van zwaardere zorg bewerkstelligd wordt.
Looptijd beschikking	Maximaal twee (2) jaar.
Specifieke eis	Gemiddelde groepsgrootte dagbesteding: zes (6) personen per professional.



PROFIEL COGNITIEVE ACHTERUITGANG EN/OF DEMENTIE – INTENSITEIT C

Beschrijving	Over het algemeen geldt dat deze persoon: • In zeer beperkte en afnemende mate zelf de regie heeft. • Niet zelf de benodigde zorg kan aangeven, initiëren en organiseren. • Openstaat voor hulp maar mogelijk beperkt zelf- en probleeminzicht heeft. • Problemen op meerdere levensgebieden heeft. • Beperkingen van functionele aard ervaart/heeft. • Beperkt tot geen eigen steunend netwerk heeft. • Geen tot weinig problematiek in het huishouden. • Geen tot lichte problemen sociale redzaamheid. • Ernstige beperkingen in zijn sociale zelfredzaamheid heeft. • Beperkte tot geen dag invulling heeft. • Beperkingen in zijn psychische zelfredzaamheid als gevolg van cognitieve achteruitgang ervaart/heeft. • Mogelijk toegeleid moet worden tot Wlz door inschrijver.
Toestand	Progressieve belemmering.
Perspectief/doel	Stabiliseren, consolideren om langer zelfstandig te kunnen blijven wonen en anticiperen waar nodig.
Duur ondersteuningsvraag	Langdurig gericht op het zoveel mogelijk behouden van de eigen regie van de inwoner het versterken en ontlasten van het netwerk waardoor uitstel van zwaardere zorg bewerkstelligd wordt.
Looptijd beschikking	Maximaal één (1) jaar.
Specifieke eis	Gemiddelde groepsgrootte dagbesteding: vijf (5) personen per professional.

Ondersteuningsprofiel 4

Ondersteuningsprofiel gericht op personen met ondersteuningsvragen als gevolg van lichamelijke beperkingen.

PROFIEL LICHAMELIJKE BEPERKINGEN

Algemene beschrijving	Volwassenen in deze groep hebben een lichamelijke/motorische beperkingen, waardoor ze bepaalde huishoudelijke taken niet meer zelf kunnen uitvoeren. Er zijn ook geen volwassen huisgenoten die deze taken kunnen overnemen.
Algemene kenmerken	• In hoge mate zelf de regie heeft. • Zelf de benodigde zorg kan aangeven, initiëren en organiseren. • Open staat voor hulp. • Problemen op één levensgebied ervaart/heeft namelijk op het voeren van het huishouden. • Een dag invulling heeft. • (nog) geen/nauwelijks beperkingen in zijn sociale redzaamheid ervaart/heeft. • Beperkingen van functionele aard ervaart/heeft.

Toestand	Progressieve belemmering.
Perspectief/doel	Stabiliseren, consolideren om intramurale zorg te voorkomen en anticiperen waar nodig.
Duur ondersteuningsvraag	Langdurig gericht op het zoveel mogelijk behouden van de eigen regie van de inwoner het versterken en ontlasten van het netwerk waardoor uitstel van zwaardere zorg bewerkstelligd wordt.
Looptijd beschikking	Maximaal vijf (5) jaar.
Specifieke eis	De betrokken professional beschikt over de volgende vaardigheden: • Kan het dossier van de cliënt bijhouden. • Beschikt over schoonmaakvaardigheden. • Kan ordelijk en hygiënisch werken. • Beschikt over alertheid ten aanzien van wijzigingen in de situatie van de cliënt en kan deze tijdig melden bij de inschrijver. • Kan advies, instructie en voorlichting geven gericht op de uit te voeren huishoudelijke taken en kan de regie op deze taken waar nodig samen met de cliënt uitvoeren. De inschrijver is verantwoordelijk om wijzigingen in onder andere de gezondheidssituatie, leefomstandigheden, sociale omgeving en de veranderingen in de huiselijke situatie van de cliënt (bijvoorbeeld vervuiling, maatschappelijk isolement, eerste stadia van dementie et cetera) te melden aan de lokale toegang. De inschrijver heeft een actieve signalerende functie ten aanzien van bovenstaande.

Ondersteuningsprofiel 5

Ondersteuningsprofiel gericht op personen met ondersteuningsvragen als gevolg van lichamelijke beperking (mogelijk door achteruitgang, neurologische aandoening, een chronische ziekte of NAH).

Algemene beschrijving	Volwassenen in deze groep hebben lichamelijke/motorische beperkingen (door een lichamelijke of neurologische aandoening, een chronische ziekte of NAH). Deze volwassenen ervaren mogelijk problemen op het gebied van zelfstandig wonen zoals het organiseren van het huishouden, administratie en bekostiging, mobiliteit, sociale contacten maken en onderhouden en gezinsmanagement.
Algemene kenmerken	• Lichamelijke beperking, mogelijke progressief van aard. • Heeft mogelijk (in toenemende) mate moeite om regie te voeren over het eigen leven. • Het steunend netwerk kan sterk fluctueren. • Ondersteuningsvragen op toenemende aantal leefgebieden.

	• Problemen met (afnemende) mobiliteit. • Kan in het psychisch functioneren worden belemmerd door emoties, ongeremd grens- overschrijdend gedrag, chaotische gedachten en gevoelens van depressiviteit (met name bij NAH). • Er kan sprake zijn van toenemende beperkingen op het gebied van cognitief-, gedrag, emotioneel-, en psychisch functioneren (onder andere geheugen, concentratie, oriëntatie, planning en uitvoering van activiteiten, taal en spraakstoornissen en informatieverwerking. • Er kan sprake zijn van toenemende, chronische vermoeidheid. • Er kan sprake zijn van een gevoel van afnemende maatschappelijke relevantie. • Er kan sprake zijn van verlies- en rouwverwerking. • Heeft mogelijk behoefte aan hulpmiddelen.
--	---

PROFIEL LICHAMELIJKE BEPERKING – INTENSITEIT B

Beschrijving	Over het algemeen geldt dat deze persoon: • In beperkte mate zelf de regie heeft. • Zelf beperkt de benodigde zorg kan aangeven, initiëren en organiseren. • Beperkt openstaat voor hulp. • Problemen op één of meerdere levensgebieden ervaart/heeft. • Een eigen steunend netwerk heeft. • Mogelijk afnemende dag invulling heeft. • Matige problemen met het huishouden. • Lichte beperkingen in zijn sociale redzaamheid ervaart/heeft. • Lichte problemen van functionele, sociale en/of psychische aard ervaart/heeft. • Progressieve aandoening ontwikkelt zich niet agressief.
Toestand	Blijvende of progressieve belemmering.
Perspectief/doel	Ontwikkelen waar mogelijk en anders consolideren.
Duur ondersteuningsvraag	Variabel afhankelijk van situatie.
Looptijd beschikking	Maximaal drie (3) jaar.
Specifieke eis	• Bij dagbesteding wordt uitgegaan van het participeren naar vermogen. Er wordt zoveel mogelijk ingezet op arbeidsmatige activiteiten en waar mogelijk doorstroom naar begeleid of ondersteunend werk, betaald werk of vrijwilligerswerk. • Gemiddelde groepsgrootte dagbesteding: acht (8) personen per professional.

PROFIEL LICHAAMELIJKE BEPERKING – INTENSITEIT C

Beschrijving	Over het algemeen geldt dat deze persoon: • Weinig tot geen eigen regie heeft. • Niet zelf of in beperkte mate zelf de benodigde zorg kan aangeven, initiëren en organiseren. • Mogelijk beperkt openstaat voor hulp of zorgmijdend gedrag vertoont. bijvoorbeeld vanwege beperkt/geen ziekte inzicht. • Problemen op meerdere levensgebieden ervaart/heeft. • Een beperkt of geen eigen steunend netwerk heeft. • Mogelijk afnemende of geen dag invulling heeft. • Matige problemen met het huishouden. • Beperkingen in zijn sociale redzaamheid ervaart/heeft. • Mogelijk ernstige problemen van functionele, sociale en/of psychische aard ervaart/ heeft. • Progressieve aandoening ontwikkelt zich mogelijk agressief.
Toestand	Blijvende of progressieve belemmering.
Perspectief/doel	Consolideren en anticiperen.
Duur ondersteuningsvraag	Langdurig
Looptijd beschikking	Maximaal vijf (5) jaar.
Specifieke eis	• Bij dagbesteding wordt uitgegaan van het participeren naar vermogen. Er wordt zoveel mogelijk ingezet op arbeidsmatige activiteiten en waar mogelijk doorstroom naar begeleid of ondersteunend werk, betaald werk of vrijwilligerswerk. • Gemiddelde groepsgrootte dagbesteding: zes (6) personen per professional.



Kortdurend verblijf

Algemene beschrijving	Kortdurend verblijf (KDV) vanuit de Wmo betekent, dat mensen die thuis begeleiding of ondersteuning krijgen, voor een korte tijd in een instelling verblijven. Het doel is mantelzorgers tijdelijk rust te geven. KDV wordt soms ook logeeropvang of respijtzorg genoemd. KDV wordt ingezet als het noodzakelijk is de mantelzorger te ontlasten. 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. Deze ondersteuningsvorm bestaat uit de verblijfscomponent, inclusief ondersteuning in de vorm van individuele begeleiding en/of dagbesteding, in passende mate voor de betreffende persoon. De vergoeding voor de verblijfscomponent 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 tenminste drinken, een ontbijt, lunch en avondmaaltijd aangeboden aan de persoon.
Toestand	Het betreft volwassenen met lichamelijke, zintuiglijke, verstandelijke en/of psychiatrische beperking en heeft daardoor langdurig meer dan gebruikelijke hulp nodig. Om in aanmerking te komen voor kortdurend verblijf dient er sprake te zijn van de volgende cumulatieve voorwaarden: • Gezien de zorgbehoefte is de persoon aangewezen op zorg gepaard gaand met permanent toezicht*. • De persoon is gedurende maximaal drie (3) etmalen per week per kalenderjaar op deze zorg aangewezen. • Er is sprake van (dreigende) overbelasting van de persoon die gebruikelijke zorg of mantelzorg aan de verzorgde levert. • De mantelzorger of ondersteuner de zorg tijdelijk wil onderbreken om rust te nemen. • Er niemand is die tijdelijk de begeleiding of steun kan overnemen. En ook mantelzorgondersteuning vanuit de zorgverzekering is niet afdoende. • Er is geen indicatie via de Wet langdurige zorg (Wlz). * 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: • Het bieden van fysieke zorg aan de persoon zodat tijdig kan worden ingegrepen bij bijvoorbeeld valgevaar, of complicaties bij een ziekte. • Het verlenen van zorg aan de persoon op frequente en/of ongeregelde tijden, omdat de persoon zelf niet (meer) in staat is om hulp in te roepen. • Het bij de persoon preventief ingrijpen bij gedragsproblemen (voorkomen van escalatie en gevaar).

Perspectief/doel	Het doel van het kortdurend verblijf is om overbelasting van de mantelzorger(s) te voorkomen en te zorgen dat de mantelzorger de zorg kan volhouden.
Duur ondersteuningsvraag	Maximaal drie (3) etmalen per week gedurende een kalenderjaar. Hiervan kan worden afgeweken. Denk hierbij aan vakantie of ziekte van de mantelzorger.
Looptijd beschikking	De inschrijver voert kortdurend verblijf volgens de volgende uitgangspunten uit: • Inschrijver biedt een veilig omgevingsklimaat waarin de veiligheid van de cliënt in de breedste zin van het woord is geborgd. • Zit/slaapvoorzieningen worden aangepast aan de zorgbehoefte van deze persoon. • De locatie waar het aanbod plaatsvindt voldoet aan alle wettelijke eisen. • Er zijn rolstoeltoegankelijke douche/toiletvoorzieningen aanwezig indien relevant voor deze persoon. • Er is alarmering op de kamer aanwezig indien relevant voor deze persoon.



BIJLAGE 2

Ondersteuningsprofielen: intensiteiten en producten

In onderstaand schema is te zien dat de profielen 1 t/m 3 drie intensiteiten kennen, profiel 4 één intensiteit en profiel 5 twee intensiteiten.

PROFIEL		INTENSITEIT A	INTENSITEIT B	INTENSITEIT C
Profiel 1 psychosociale problematiek, psychische problematiek (PSY)			✓	✓
Profiel 2 (licht) verstandelijke beperking ((L)VB)			✓	✓
Profiel 3 cognitieve achteruitgang/psychogeriatrische problematiek (PG)			✓	✓
Profiel 4 lichamelijke beperking (LB-HO)			N.v.t	N.v.t
Profiel 5 lichamelijke beperking	LB	N.v.t	✓	✓
	LB-NAH	N.v.t	✓	✓

PRODUCT			
Kortdurend verblijf		N.v.t	N.v.t
Vervoer			
Vervoer rolstoel			

Zorgaanbieders zijn gecontracteerd voor een arrangement (combinatie profiel en intensiteit). Zorgaanbieders zoeken, indien nodig, op cliëtniveau samenwerking met andere partijen om integrale ondersteuning conform het arrangement te kunnen organiseren. Deze manier van werken betekent automatisch dat zorgaanbieders hiermee ook gecontracteerd zijn voor van de uitvoering van de rollen en taken van de hoofdaannemer.

Zorgaanbieders dienen eventuele lichtere intensiteiten binnen een profiel ook te kunnen organiseren. Concreet betekent dit, dat zorgaanbieders die gecontracteerd zijn voor intensiteit B, ook intensiteit A moeten kunnen bieden. En dat zorgaanbieders die gecontracteerd zijn voor intensiteit C, ook A en B moeten kunnen bieden.

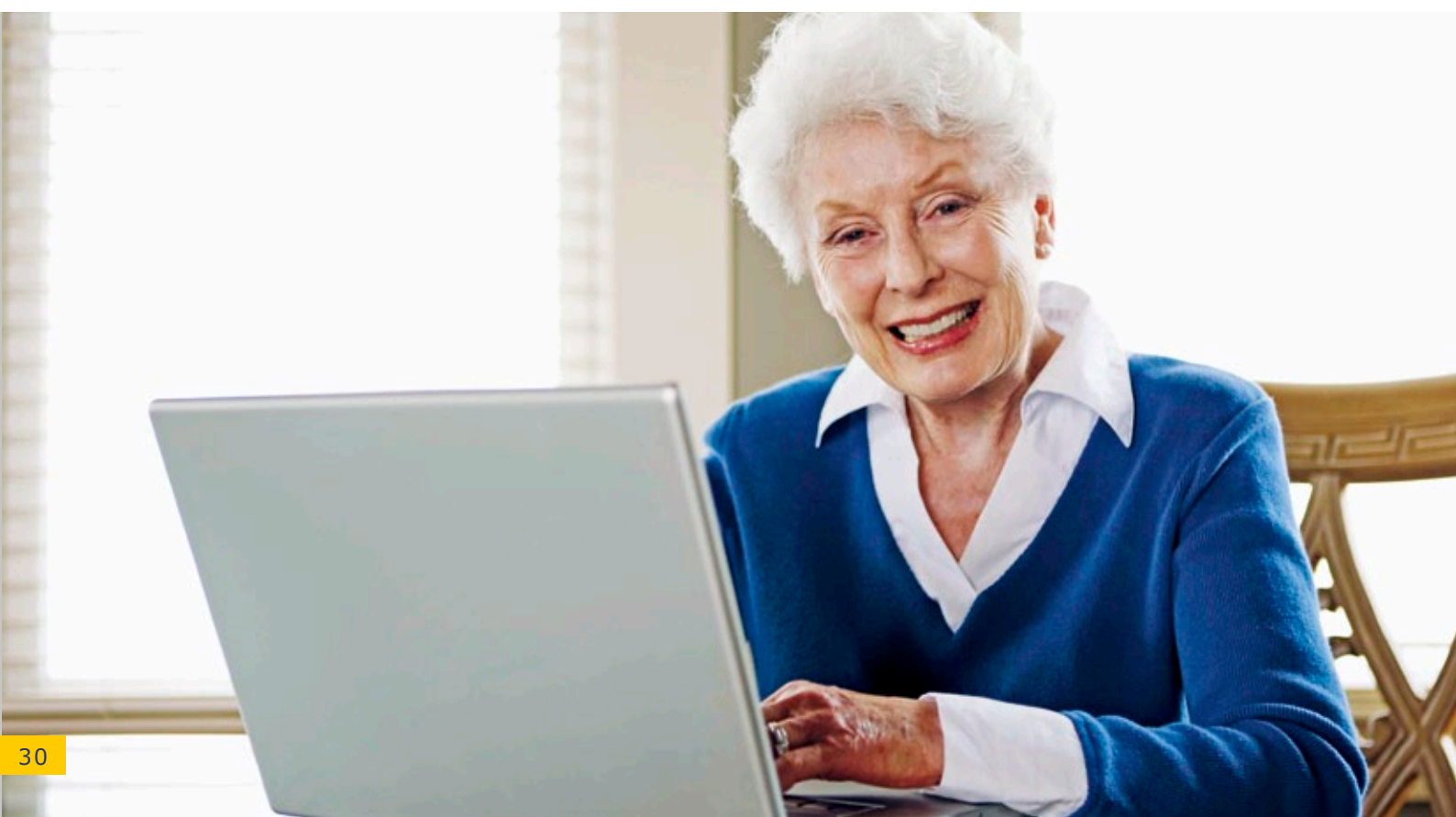
Productcodes ondersteuningsprofielen:

PROFIEL	ONDERSTEUNINGSPROFIEL GERICHT OP PERSONEN MET HULPVRAGEN ALS GEVOLG VAN	INTENSITEIT A	INTENSITEIT B	INTENSITEIT C
Profiel 1	psychosociale problematiek, psychische problematiek (PSY)	1001A	1001B	1001C
Profiel 2	(licht) verstandelijke beperking (L)VB)	1002A	1002B	1002C
Profiel 3	cognitieve achteruitgang / psychogeriatrische problematiek (PG)	1003A	1003B	1003C
Profiel 4	lichamelijke beperking (LB-HO)	1004A	N.v.t.	N.v.t.
Profiel 5	lichamelijke achteruit- gang (LB), inclusief NAH	Regu- lier	1005B	1005C
	NAH	N.v.t.	1005D	1005E

Productcodes overige producten:

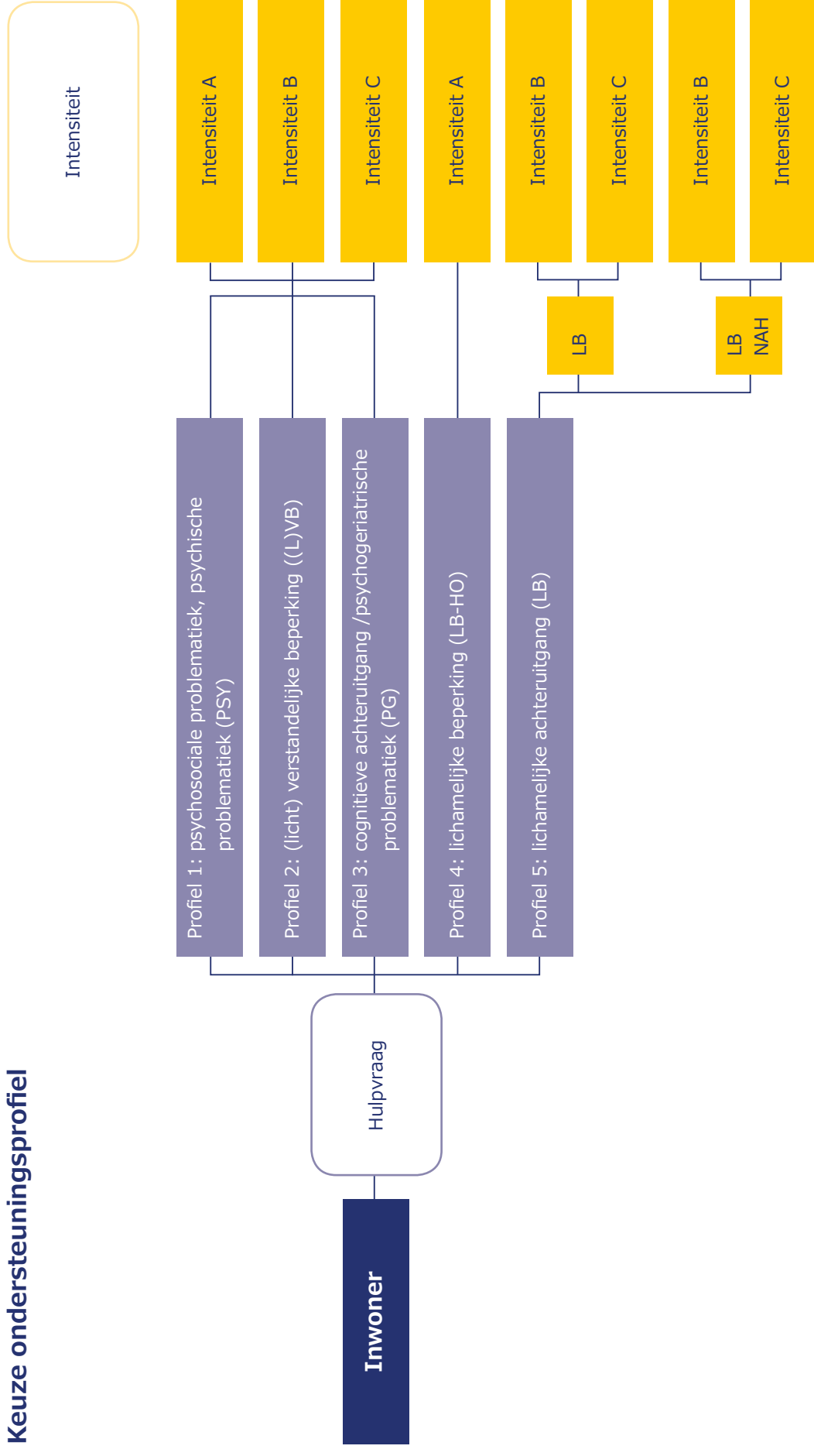
KORTDUREND VERBLIJF	CODE
Tarief per etmaal	16A01

PRODUCTCODES VERVOER NAAR DAGBESTEDING	CODE
Vervoer niet rolstoelgebonden (retour)	08A11
Vervoer - rolstoel (retour)	08A12



BIJLAGE 3

Keuze ondersteuningsprofiel



Disclaimer

De inhoud van deze uitgave is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid tot stand gekomen.

De bekostiging en de werkwijze zijn echter nog volop in ontwikkeling. Het kan zijn dat over bepaalde aspecten nieuwe inzichten ontstaan of nieuwe informatie beschikbaar komt. Hierover worden betrokkenen gepast geïnformeerd. Aan deze uitgave kunnen dan ook geen rechten worden ontleend.



WESTFRIESLAND

Nieuwe bekostiging van Wmo-ondersteuning en/of begeleiding in Westfriesland vanaf 2020

versie december 2019