



Gemeente  
**Leidschendam-Voorburg**

# **Beleidsplan Transitie Sociaal Domein 2015 - 2016**

**December 2014**

1	Introductie .....	3
1.1	De drie decentralisaties .....	3
1.2	Transitiefase .....	3
1.3	Leeswijzer .....	3
2	Wat willen we bereiken? .....	4
3	Wat gaan we daarvoor doen? .....	4
3.1	Eigen kracht .....	4
3.1.1	De uitgangspunten op een rij .....	5
3.2	Voor welke voorzieningen worden wij verantwoordelijk .....	6
3.2.1	Niveaus van voorzieningen .....	6
3.2.2	Het voorzieningenaanbod .....	6
3.2.3	Transformatiekansen .....	7
3.2.4	Een specifieke voorziening: Het persoonsgebonden budget (Pgb) .....	8
3.3	Hoe organiseren wij de toegang tot maatschappelijke ondersteuning .....	10
3.3.1	Ondersteuningsplan: één huishouden, één plan, één regisseur .....	10
3.3.2	Sociaal wijknetwerk .....	10
3.3.3	Gebiedsteam: één regisseur .....	11
3.3.4	Centraal team: toegang tot vangnetvoorzieningen .....	11
3.3.5	Regionale specialistenpool .....	11
3.3.6	Aansturing van sociaal netwerk, gebieds- en centraal team .....	11
3.4	Hoe gaan we om met zorgaanbieders: opdrachtgeverschap, inkoop, contractering .....	12
3.4.1	Regionale samenwerking inkoop zorg en maatschappelijke ondersteuning .....	12
3.4.2	Bezuinigingen .....	13
3.5	Kwaliteit .....	13
3.5.1	Monitoring .....	13
3.5.2	Communicatie .....	14
3.5.3	Participatie .....	14
4	Financiën .....	14
4.1	Onzekerheden rond sociaal deelfonds .....	16
4.2	Risico's .....	16
	Bijlage 1: Verklarende woordenlijst .....	17
	Bijlage 2: inventarisatie over te komen voorzieningen .....	19
	Bijlage 3: Toegangsmodel conform stappenplan D3 .....	22
	Bijlage 4: Sociaal Wijknetwerk, Gebiedsteam, Centraal Team .....	23
	Bijlage 5: Indicatoren volgens VNG/KING .....	25
	Bijlage 6: Indicatoren Participatiewet en WWB maatregelen .....	27

# 1 Introductie

## 1.1 De drie decentralisaties

Per 1 januari 2015 worden omvangrijke taken en verantwoordelijkheden op het gebied jeugd, participatie en zorg overgeheveld van Rijk naar gemeenten. Een even belangrijke als omvangrijke verantwoordelijkheid; het gaat immers om ondersteuning en zorg aan kwetsbare mensen. Als overheid die het dichtst bij inwoners staat begrijpen en herkennen wij deze beweging vanuit het Rijk. Gemeenten hebben ook aangegeven dat zij in staat zijn de maatschappelijke ondersteuning voor hun inwoners beter te organiseren dan nu het geval is.

## 1.2 Transitiefase

De decentralisatie van taken op het gebied van jeugd, zorg en participatie van rijk naar gemeenten vormt de aanzet tot een transformatie van het sociale domein; een verandering in houding en gedrag van onze inwoners, onze partners en niet in de laatste plaats van onszelf. De transformatie is een langdurig proces. Tegelijkertijd moeten we op 1 januari 2015 de wettelijke verantwoordelijkheden en de (financiële) consequenties die voortkomen uit de decentralisaties waar maken. Dit is de korte(re) termijn en daarbij kunnen we spreken van een transitie in het sociale domein.

Vooralsnog ligt de focus op de transitie zodat onze inwoners per 1 januari de ondersteuning krijgen die nodig is. Hierbij hanteren wij een aantal centrale uitgangspunten:

- De beleidsplannen zijn een vervolg op de Kadernota 3D en het Stappenplan 3D.
- In de transitie doen we wat de wet voorschrijft om voor de 3D's te doen.
- Het bieden van zorg continuïteit voor bestaande cliënten, Dit maakt 2015 tot een overgangsjaar waarin de zorg voor het grootste deel van de cliënten onveranderd blijft. Dit betekent dat de ruimte voor inhoudelijke vernieuwing door gemeenten en aanbieders in het ondersteuningsaanbod zich veelal beperkt tot cliënten die in 2015 voor het eerst zorg ontvangen. Vanaf 2016 is meer ruimte voor zorgvernieuwing.
- Samenwerking met de maatschappelijke partners en zorgaanbieders, afstemming nodig met de zorgverzekeraars en een integrale aanpak van de drie decentralisaties
- Waar het kan werken we lokaal, waar het nodig is werken Leidschendam-Voorburg, Voorschoten en Wassenaar samen en waar het moet pakken we onderdelen op met de regio. Dit concept-beleidsplan is bijvoorbeeld het resultaat van de samenwerking van Leidschendam-Voorburg, Voorschoten en Wassenaar.
- Daarbij staat "eigen kracht" en "participatie" van de burger centraal.
- Dit concept-beleidsplan is geldig voor de periode 2015-2016. Hierdoor is het mogelijk om meer tijd te nemen voor de invulling van de transformatie en hiervoor ervaring, kennis en kunde op te doen. Mocht tussentijds blijken dat aanpassing en/of aanvulling nodig is, dan zullen daar separaat voorstellen voor worden gedaan.

## 1.3 Leeswijzer

Dit beleidsplan bestaat uit 4 delen welke samen het Beleidsplan Transitie Sociaal Domein vormen. Deel 1 betreft onderwerpen die alle drie de decentralisaties raken en in samenhang moeten worden opgepakt. Het gaat hierbij om specifieke keuzes die we maken op het gebied van eigen kracht, de voorzieningen, toegang en opdrachtgeverschap. Dit zijn onderdelen die alle drie de decentralisaties raken. Onderwerpen als kwaliteit, communicatie en cliënt participatie komen in dit deel eveneens aan de orde. Afgesloten wordt met Financiën. In bijlage 1 is verder nog een verklarende woordenlijst toegevoegd.

Deel 2, 3, en 4 vormen de specifieke beleidsplannen per decentralisatie. Hier is voor gekozen omdat de eisen die de verschillende wetten stellen aan de beleidsplannen en verordeningen, sterk uiteenlopen.

In de afzonderlijke beleidsplannen wordt aangegeven hoe de gemeente invulling geeft aan de specifieke taken en bevoegdheden die vanuit het rijk en de provincie overkomen en die zijn omschreven in respectievelijk de Jeugdwet, Wmo 2015 en Participatiewet. Met deze beleidsplannen

zorgen we ervoor dat we op 1 januari 2015 dát geregeld hebben voor onze inwoners om de komende jaren verzekerd te blijven van goede, betaalbare en passende ondersteuning en zorg.

## 2 Wat willen we bereiken?

Het hoofddoel van de transitie is dat de gemeentelijke organisatie per 1 januari 2015 volledig voorbereid is op bestaande en nieuwe cliënten die bij ons aankloppen voor ondersteuning op het terrein van jeugd, participatie en zorg. In dit kader formuleren we de volgende doelstellingen:

In dit kader formuleren we de volgende doelstellingen:

1. Invulling geven aan het begrip “eigen kracht”;
2. Inwoners die vanaf 2015 een ondersteuningsvraag hebben, weten waar zij terecht kunnen met hun vraag en krijgen de ondersteuning die noodzakelijk is volgens het principe ‘één huishouden, één plan en één regisseur’;
3. Inwoners die op 31 december 2014 jeugd/AWBZ zorg ontvangen, ontvangen deze zorg ook in 2015, zolang hun indicatie geldt (zorgcontinuïteit);
4. Er zijn op 1 januari 2015 in omvang en kwaliteit voldoende zorg- en participatievoorzieningen ingekocht en gecontracteerd;
5. Bij de uitvoering van de nieuwe taken blijven we binnen de door het rijk opgelegde financiële kaders;
6. We werken regionaal samen om als opdrachtgever voldoende slagkracht naar aanbieders te hebben en volume en efficiency voordelen te kunnen behalen;
7. Er is een wijze van financiële monitoring en verantwoording middels de planning en control cyclus;
8. We doen in 2014 en 2015 kennis, kunde en ervaring op om invulling te geven aan de transformatie. Waar mogelijk starten we in 2015 al met transformeren.

## 3 Wat gaan we daarvoor doen?

De nadruk in de transitiefase ligt op het tijdig organiseren van zaken als de toegang, de inkoop en de beschikbaarheid van de benodigde voorzieningen. In de concept beleidsplannen die voorliggen wordt aangegeven wat hiervoor moet worden gedaan. Op welke wijze dit moet gebeuren wordt uitgewerkt in een “Uitvoeringsprogramma transitie sociaal domein 2015-2016”.

Beslispunt:

1. Het opstellen van een “Uitvoeringsprogramma transitie sociaal domein 2015-2016”

### 3.1 Eigen kracht

Bij de veranderingen in het sociaal domein is in beginsel de individuele verantwoordelijkheid van iedere inwoner voor zichzelf en zijn naasten het uitgangspunt. Het is essentieel dat zoveel mogelijk inwoners op eigen kracht of met hulp van familie en vrienden, meedoen in de samenleving.

De term ‘Eigen Kracht’ staat voor een verzameling van de kernbegrippen: zelfregie, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. Deze begrippen vormen de kern van twee belangrijke veranderingen die al langer gaande zijn in de samenleving maar die nu versneld worden door de decentralisaties en de bijkomende bezuinigingen.

1. De verandering van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving. De rol van de overheid in zorg en ondersteuning wordt kleiner en inwoners gaan meer voor zichzelf en voor elkaar zorgen. Zij krijgen daarbij ruimte om zelf initiatief te nemen.
2. De emancipatie van patiënten en cliënten. Zij zijn niet alleen cliënt of patiënt maar ook gewoon inwoner en ze willen een waardevol leven leiden, op een manier die bij hen past. Maatwerk is daarbij belangrijk: ondersteuning die aansluit bij hun mogelijkheden, wensen en voorkeuren.

### 3.1.1 De uitgangspunten op een rij

Inwoners zijn gewend geraakt aan een overheid en een maatschappelijk middenveld dat voor vrijwel ieder probleem professionele hulp biedt. Er is sprake van een toenemende afhankelijkheid van de overheid, alsmäär stijgende collectieve lasten en een afname van wat inwoners individueel of samen oplossen. Dit vraagt een fundamentele verandering voor de relatie tussen inwoners, organisaties en onze gemeente.

'Eigen kracht' vormt de basis van de transitie en de beoogde transformatie van het sociale domein. Wij willen daarom ruimte in het budget en ontwikkelruimte bieden voor de belangrijkste maatschappelijke partners om zo te komen tot een effectief preventief aanbod van voorzieningen dat aansluit bij de eigen kracht van inwoners. Bestaande budgetten blijven hiervoor beschikbaar. In het "Uitvoeringsprogramma transitie sociaal domein" wordt hier specifiek aandacht aan besteed. Daarbij onderzoeken we ook in hoeverre verenigingen, scholen en organisaties activiteiten kunnen uitvoeren die bijdragen aan preventie en aan het aanbod van basis/algemene voorzieningen in het sociaal domein. In gemeente Leidschendam-Voorburg wordt hiermee aangesloten bij de ambities zoals die staan in het Coalitieakkoord Leidschendam-Voorburg 2014-2018.

Gelet op het bovenstaande, worden onderstaande uitgangspunten een vast en gezamenlijk vertrekpunt voor de ontwikkeling van beleid, de organisatie van de toegang en de subsidieverstrekking en opdrachtverlening aan welzijns- en zorgaanbieders.

Uitgangspunten:

1. Inwoners<sup>1</sup> hebben de verantwoordelijkheid voor hun eigen leven, de problemen die daarin voorkomen en de belangrijkste mogelijkheden deze op te lossen. Waar dat de individuele inwoner niet lukt, is de eerst stap niet naar een professioneel loket te gaan maar wordt naar ondersteuning in de eigen sociale omgeving gezocht.
  - a. Inwoners worden gestimuleerd (eenvoudige) ondersteuning zelf te organiseren. De gemeente is er wanneer dat niet of onvoldoende lukt.
  - b. De regie blijft indien mogelijk, ook bij complexere ondersteuningsvragen, bij de inwoner en de sociale omgeving<sup>2</sup>. Als de inwoner de regie heeft, zelf het probleem definieert en met de sociale omgeving tot oplossingen komt, pakt de inwoner ook de verantwoordelijkheid.
2. Het maatschappelijk middenveld, verenigingen en de gemeenten formuleren in samenspraak een samenhangend aanbod dat aansluit op wat inwoners aanvullend nodig hebben om zelf de verantwoordelijkheid te behouden. Hierbij wordt ingezet op:
  - a. Versterken en zo nodig vernieuwen van het aanbod 'preventie en lichte ondersteuning';
  - b. Versterken van de informele zorg - mantelzorg en (zorg)vrijwilligers.
3. Professionele ondersteuning is complementair aan de eigen kracht van inwoners. Eigen kracht is geen alternatief voor professionele zorg;
  - a. het maatschappelijke middenveld en de gemeente sluiten met het professionele aanbod van ondersteuning aan bij alles wat de inwoners zelf kunnen oplossen;
  - b. Inwoners kunnen een beroep doen op onafhankelijke cliëntondersteuning.
4. Inwoners, het maatschappelijk middenveld en de gemeente moeten zich bewust zijn van de nieuwe rolverdeling
  - a. Binnen de gemeentelijke organisatie is aandacht voor de noodzakelijke omslag in denken en doen en wordt geïnvesteerd in de daarvoor benodigde competenties van de ambtenaren;
  - b. Er wordt zorgvuldig gecommuniceerd met inwoners over de transitie en transformatie. Dit gebeurt in afstemming en samenwerking met de maatschappelijke partners;
  - c. De veerkracht in de samenleving wordt geactiveerd: Er is ruimte voor burgerinitiatieven.
  - d. Er wordt ingezet op wederkerigheid - iedereen levert naar vermogen een bijdrage aan de maatschappij.
5. De gemeente en het maatschappelijk middenveld reiken inwoners middelen aan om regie te houden of (in eigen kring) te herwinnen

<sup>1</sup> Kinderen/jongeren dragen deze verantwoordelijkheid (nog) niet zelf. Ouders/opvoeders zijn niet alleen verantwoordelijk voor zichzelf, maar ook voor hun minderjarige kinderen.

<sup>2</sup> Uitzonderingen zijn bijvoorbeeld (gezins-) situaties waarin er sprake is van drang en dwang.

- a. Er wordt een 'sociale kaart' ontwikkeld. De Sociale Kaart wijst inwoners de weg en biedt informatie om in eigen kring tot oplossingen te komen;
- b. Inwoners hebben keuzevrijheid door een ruim en divers aanbod van Zorg in natura (Zin) en de mogelijkheid om te kiezen voor een Pgb.

Beslispunten:

2. Bovenstaande uitgangspunten voor 'Eigen kracht' zijn leidend;
3. Voor inwoners en professionals wordt in overleg en samenwerking met maatschappelijke partners een sociale kaart ontwikkeld;
4. De gemeentelijke budgetten die op dit moment beschikbaar zijn voor algemene voorzieningen en lichte ondersteuning<sup>3</sup> blijven in 2015 en 2016 beschikbaar voor het sociale domein.

### 3.2 Voor welke voorzieningen worden wij verantwoordelijk

Voor bestaande en nieuwe cliënten zullen wij per 1 januari 2015 voldoende (in volume en kwaliteit) voorzieningen moeten inkopen en organiseren. Het gaat hierbij om een diversiteit aan voorzieningen, van zware specialistische jeugdzorg tot verschillende vormen van dagbesteding. Voor een inventarisatie van de huidige jeugdzorg- en AWBZ-voorzieningen die over komen naar de gemeente verwijzen wij u naar bijlage 2. Deze inventarisatie wordt gebruikt als basis voor de inkoop voor 2015, mede vanwege de verplichte zorgcontinuïteit.

#### 3.2.1 Niveaus van voorzieningen

De talrijke voorzieningen uit de stelsels jeugd, participatie en AWBZ zijn onderverdeeld in de drie niveaus van de piramide zoals deze in het Stappenplan 3D is vastgesteld. Het gaat hierbij om het onderscheid tussen:

1. Vangnetvoorzieningen: Dit zijn complexe, specialistische en kostbare voorzieningen<sup>4</sup>. Deze zijn niet vrij toegankelijk;
2. Maatwerkvoorzieningen Wmo en de individuele voorzieningen Jeugd en Participatie. Deze zijn niet vrij toegankelijk;
3. Algemene voorzieningen. Deze zijn vrij toegankelijk.

De Wmo 2015 en de Jeugdwet schrijven voor dat gemeenten in hun beleidsplan en verordening aangeven welke voorzieningen behoren tot respectievelijk de maatwerkvoorzieningen Wmo en de individuele voorzieningen jeugd, en de algemene voorzieningen. Daarmee is bepaald welke voorzieningen vrij- en niet vrij toegankelijk zijn. Dit onderscheid is van belang omdat bij de inzet en toekenning van de niet-vrij toegankelijke voorzieningen de toegang ertoe moet worden georganiseerd. Er moet ook sprake zijn van een (officiële) vorm van toekenning door of namens de gemeente.

#### 3.2.2 Het voorzieningenaanbod

In onderstaande tabel zijn de nieuwe Jeugd, Wmo en Participatievoorzieningen opgenomen en onderverdeeld naar de 3 bovenstaande niveaus. Voor de voorzieningen waar de gemeente nu al verantwoordelijk voor is<sup>5</sup>, geldt dat deze op eenzelfde wijze (vrij toegankelijk of via een besluit) worden toegekend als nu het geval is. De bestaande voorzieningen zullen wel betrokken worden bij het vernieuwen van het ondersteuningsaanbod vanaf 2015.

#### Overzicht nieuwe voorzieningen en verdeling naar niveau

##### 1. Vangnetvoorzieningen Jeugd en WMO

Jeugd	Wmo
Crisis zorg	Kortdurend verblijf Volwassenen
JeugdzorgPlus	Zorg aan zintuigelijk gehandicapten
Woonvormen met zorg	Specialistische begeleiding individueel
Pleegzorg	Specialistische begeleiding groep

<sup>3</sup> Welzijnvoorzieningen, maatschappelijke werk, voorzieningen voor opvoed- en opgroei-ondersteuning en preventieve voorzieningen op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid.

<sup>4</sup> In de Wmo vallen ze onder de definitie van maatwerkvoorzieningen en in de Jeugdwet onder de definitie van individuele voorzieningen.

<sup>5</sup> Hieronder vallen alle bestaande algemene en individuele voorzieningen op het gebied van welzijn, maatschappelijke ondersteuning, jeugd en werk.

Open en gesloten klinische zorg	
Jeugdhulp buiten de regio	
Gedwongen kader, zijnde jeugdbescherming en jeugdreclassering	

## 2. Individuele voorzieningen Jeugd, Maatwerkvoorzieningen Wmo en Participatie

Jeugd	Wmo <sup>6</sup>	Participatiewet
Basis jeugd GGZ	Huishoudelijke ondersteuning	Loonkostensubsidie
Specialistische jeugd GGZ	Doelgroepenvervoer	Tegenprestatie
Zorg aan Jeugd zonder verblijf	Dagbesteding als maatwerk	Individuele studietoeslag
Jeugd en opvoedhulp		Persoonlijke begeleiding
Kortdurend verblijf Jeugd		Ondersteuning bij leerwerktrajecten
Persoonlijke verzorging Jeugd		
Ambulante begeleiding (individueel en groep)		

Er wordt nader onderzocht op welke wijze de individuele jeugdvoorzieningen officieel door of namens de gemeente worden toegewezen/toegekend. Huisartsen, de jeugdarts en medisch specialisten kunnen conform de jeugdwet vrij doorverwijzen naar alle jeugdzorgvoorzieningen.

## 3. Algemene voorzieningen

Wmo	Wmo/Jeugd
Laagdrempelige inloop GGZ en dagbesteding ouderen	Advies- en Meldpunt kindermishandeling en huiselijk geweld (AMHK)
Hulp op afstand	
Doventolk	
Clïëntondersteuning (MEE)	
Kortdurende interventies	
Waakvlamcontact (na kortdurende interventie)	

### 3.2.3 Transformatiekansen

Bij de indeling van het benodigde ondersteuningsaanbod is een aanpak gehanteerd die tevens handvatten biedt om in 2015 en 2016 een start te maken met de transformatie. De indeling van de nieuwe voorzieningen geeft een eerste zicht op transformatiekansen ten aanzien van het ondersteuningsaanbod namelijk:

1. De beweging in gang zetten van zwaardere naar lichtere vormen van ondersteuning doordat inzichtelijk wordt welke voorzieningen zich waar in de piramide bevinden;
2. Mogelijke overlap signaleren in voorzieningen die nu binnen verschillende stelsels afzonderlijk van elkaar bestaan, maar zich in de piramide allen in dezelfde laag bevinden;
3. Inzichtelijk maken van mogelijke combinaties van welzijn met zorg (onderste laag piramide) of zorg met welzijn (tweede en derde laag van de piramide in relatie tot de eerste laag).

#### Beslispunten:

5. Vanuit het bestaande aanbod en in samenwerking met zorgaanbieders toegroeien naar een samenhangend ondersteuningsaanbod voor het sociaal domein in 2017;
6. De indeling van de nieuwe voorzieningen naar de drie niveaus van ondersteuning is het vertrekpunt voor het ondersteuningsaanbod sociaal domein.
7. Voor de inzet van vangnetvoorzieningen moet een toekenningsbesluit/beschikking worden afgegeven. Dit wordt uitgewerkt in de verordeningen voor Jeugd en Wmo 2015;
8. Voor de inzet van Wmo maatwerkvoorzieningen moet een toekenningsbeschikking worden afgegeven. Dit wordt vastgelegd in de verordening Wmo 2015;
9. Onderzoeken op welke wijze de individuele jeugd voorzieningen door (namens) de gemeente, formeel worden toegekend/toegewezen. Dit wordt vastgelegd in de verordening Jeugd.

<sup>6</sup> Bestaande voorzieningen worden aangehouden.

### **3.2.4 Een specifieke voorziening: Het persoonsgebonden budget (Pgb)**

Het Pgb is, naast zorg in natura (zin) een instrument om tot individueel maatwerk te komen en om mensen zoveel mogelijk regie over hun eigen leven te geven. Daarnaast vergroot het Pgb de keuzevrijheid. Omdat wordt voorzien in een uitgebreid en divers aanbod van zorg in natura, is het de verwachting dat de noodzaak van inzet van het Pgb op termijn afneemt.

Voor sommige cliënten is de zorgvraag zo specifiek dat binnen het aanbod van zorg in natura geen passende oplossing gevonden kan worden. Deze cliënten mogen niet buiten de boot vallen. Bij de vaststelling van het Integraal Stappenplan 3D is daarom besloten om de mogelijkheid tot verstrekking van een Pgb ook na 2015 te behouden.

Hoewel verreweg de meeste inwoners die een Pgb krijgen op correcte wijze van deze voorziening gebruik maken, kent het huidige Pgb ook een aantal knelpunten. Bijvoorbeeld: beperkt zicht op de kwaliteit van de ingekochte zorg, oneigenlijk gebruik en financiering van informele zorg die voorheen zonder vergoeding werd geboden. De nieuwe Wmo en de Jeugdwet beogen een solide Pgb te realiseren door voorwaarden te stellen aan toewijzing van het Pgb, door gemeenten beleidsruimte te geven voor lokaal maatwerk en door invoering van het zogenaamde trekkingsrecht.

#### **3.2.4.1 Wettelijke kaders**

Vanaf 2015 is een Pgb beschikbaar voor alle maatwerkvoorzieningen (Wmo) en de individuele voorzieningen (jeugd) exclusief de kindbeschermingsmaatregel, jeugdreclassering en de gesloten jeugdzorg met machtiging.

De wettelijke bepalingen in de Wmo en de Jeugdwet zijn bijna hetzelfde, met als belangrijkste verschil dat in de Jeugdwet wordt gesteld dat de algemene kwaliteitseisen voor zorg geleverd door een jeugdhulpaanbieder ook gelden voor het Pgb. In de Wmo 2015 en de Jeugdwet worden drie voorwaarden beschreven om aanspraak te kunnen maken op een Pgb. Gemeenten dienen hiervoor toetsingscriteria te formuleren.

1. De cliënt is, op eigen kracht dan wel met hulp, voldoende in staat tot een redelijk waardering van zijn belangen ter zake en om de aan het Pgb verbonden taken op verantwoorde wijze uit te voeren.
2. De cliënt stelt gemotiveerd dat de geboden voorzieningen in natura door hem niet passend worden geacht.
3. De dienstverlening is van goede kwaliteit.

Trekkingsrecht: Om oneigenlijk gebruik van het Pgb te voorkomen verplicht de wet dat het budget wordt beheerd door de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Dit zogenoemde trekkingsrecht betekent dat het Pgb niet meer beschikbaar wordt gesteld in de vorm van een geldbedrag op de rekening van de betrokkene. De cliënt blijft opdrachtgever richting de zorgverlener en de SVB betaalt zorgverleners (namens het College), nadat de inwoner hiertoe opdracht heeft gegeven.

#### **3.2.4.2 Beleidsvrijheid en keuzemogelijkheden Pgb**

Gemeenten zijn, naast de wettelijke verplichtingen, vrij om naar eigen inzicht vorm te geven aan het Pgb-beleid. Ons uitgangspunt is een uniform Pgb-beleid, waarbij specifieke punten die enkel gelden voor de Wmo óf de Jeugdwet, expliciet worden benoemd. Uniform pgb-beleid zorgt voor een soepele overgang van een Jeugd-Pgb naar een Wmo-Pgb wanneer inwoners meerderjarig worden. Wij willen de volgende aanvullende criteria gebruiken

##### Aanvullende criteria Pgb

1. *Informele zorg*  
Voor zorg die in redelijkheid verwacht mag worden van het eigen netwerk (eigen kracht) wordt geen indicatie en dus geen Pgb verstrekt. Hieruit vloeit voort dat de betaling van informele zorg uit een Pgb uitsluitend is voor zorg die aanvullend is op de zorg die in redelijkheid verwacht mag worden van het sociale netwerk.
2. *Bemiddelingsbureaus*  
De kosten voor bemiddelingsbureaus worden niet vergoed uit het Pgb.



3. *Geen meerkosten voor vervoer*

Bij zorg in combinatie met vervoer kunnen de vervoerskosten hoger zijn wanneer de cliënt kiest voor zorg in een andere regio. In principe worden de meerkosten van vervoer dan niet vergoed, tenzij de aanvrager aannemelijk kan maken dat het aanbod dichterbij niet passend is. Dit sluit aan bij het overig beleid, waarin het Pgb maximaal de tarieven vergoed die gelden voor zorg in natura. De cliënt mag wel kiezen voor deze zorg, maar de meerkosten voor vervoer kunnen in principe niet vergoed worden met het Pgb.

**3.2.4.3 Aanvullende maatregelen ter bestrijding van onrechtmatig en oneigenlijk gebruik**

Het Pgb kent voorbeelden van oneigenlijk gebruik en fraude in het verleden. Om dat te beperken is onder meer het trekkingsrecht ingevoerd. Gemeenten moeten zelf aanvullende regels stellen voor het tegengaan van oneigenlijk gebruik en fraude. Wij stellen de volgende aanvullende regels voor:

1. *Informeren over de mogelijkheid van het Pgb*

Als een inwoner in aanmerking komt voor een individuele of maatwerk voorziening, is de gemeente verplicht om de aanvrager (en bij minderjarigen ook de ouders) te informeren over zowel de mogelijkheid van een Pgb als over de gevolgen van deze keuze. De informatie moet vindbaar, toegankelijk, betrouwbaar, authentiek en volledig zijn.

2. *Periodiek onderzoek*

Uit het thematisch onderzoek van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) blijkt dat door de lange looptijd van AWBZ indicaties, deze niet altijd aansluiten bij de actuele zorgbehoefte van de budgethouder. Om dit te voorkomen is het wenselijk dat de looptijd van indicaties wordt verkort. Aan de andere kant blijkt dat te vaak heroverwegen leidt tot veel onzekerheid en de noodzaak hiertoe bovendien sterk verschilt per persoon. Wij zetten daarom in om de duur van de Pgb-beschikking afhankelijk van de situatie (maatwerk) te bepalen. Omdat de zorgvraag na verloop van tijd kan veranderen is het wenselijk om frequenter te evalueren of het Pgb nog passend is. Deze evaluatiemomenten maken onderdeel uit van het ondersteuningsplan.

3. *Toetsing achteraf*

Het Pgb wordt toegewezen op basis van intensief persoonlijk klantcontact. De inzet wordt gepleegd op een stevige toetsing vooraf, onder andere door het opstellen van een ondersteuningsplan en bijbehorend budgetplan. Aanvullend daarop is een meer of minder strenge controle achteraf mogelijk. De verwachting is dat een sterke voorkant in combinatie met het (verplichte) trekkingsrecht via de SVB een doelmatige zorginkoop realiseert en veel oneigenlijk gebruik of misbruik voorkomt. Om onnodige bureaucratie en kosten te voorkomen wordt de controle achteraf te beperkt tot het opsporen van directe signalen voor misbruik. Hiertoe dienen zogenaamde red-flag afspraken gemaakt te worden met de SVB. De VNG komt met een handreiking voor deze afspraken. Eventueel kunnen op basis hiervan aanvullende regels gesteld worden voor het tegengaan van oneigenlijk gebruik en fraude.

**3.2.4.4 De hoogte van de Pgb tarieven**

Gemeenten bepalen zelf de hoogte van en eventuele differentiatie binnen de tarieven. Het tarief moet (wettelijke verplichting, na amendement 93 door D66, SGP en ChristenUnie) wel toereikend zijn om de zorg en ondersteuning in te kopen. De VNG adviseert om het Pgb-tarief te baseren op de benodigde zorg volgens het door de cliënt opgestelde plan en deze af te leiden van de kostprijs van een vergelijkbare voorziening in natura.

Het Pgb-tarief koppelen aan het tarief voor een vergelijkbare voorziening in natura (zelfde tarief minus een korting voor de overheadkosten) heeft als belangrijk voordeel dat de korting voor 2015 op gelijke wijze wordt doorberekend voor ZIN en Pgb. Er wordt dus voorkomen dat een onbedoelde prikkel ontstaat om juist wel of juist niet te kiezen voor het Pgb. Op dit moment zijn de tarieven van ZIN nog niet bekend. Pas als deze bekend zijn kunnen we nagaan wat een reëel afgeleid tarief is voor een Pgb.

Door koppeling van de tarieven wordt tevens voldaan aan de wettelijke voorwaarde dat de gemeente een Pgb alleen mag weigeren voor dat deel dat het budget wat hoger is dan zorg in natura voor een vergelijkbare hulpvraag. In geval van hogere kosten bij een Pgb mag het Pgb niet geheel worden afgewezen. Er dient dan een budget ter hoogte van het ingekochte ZIN-tarief verstrekt te worden, waarbij de cliënt bijbetaalt uit eigen middelen.

Beslispunten:

*Wettelijke voorwaarden*

10. De toetsingscriteria om te beoordelen of de aanvrager van een Pgb en zijn aanvraag voldoen aan de drie wettelijke voorwaarden worden uitgewerkt in de verordeningen Jeugd en Wmo

*Aanvullende voorwaarden*

11. Het Pgb wordt ingezet voor formele en informele zorg. Voor informele zorg geldt, dat een Pgb alleen ingezet kan worden wanneer deze aanvullend is op de zorg die in redelijkheid verwacht mag worden van het eigen netwerk. De criteria hiervoor worden uitgewerkt in de verordeningen Wmo en Jeugd.
12. De kosten van bemiddelingsbureaus kunnen niet worden vergoed uit het Pgb;
13. Meerkosten voor vervoer kunnen niet worden vergoed uit het Pgb, tenzij de aanvrager aannemelijk kan maken dat er geen passend alternatief is zonder meerkosten.

*Maatregelen voor bestrijding oneigenlijk gebruik*

14. De genoemde aanvullende maatregelen voor bestrijding van onrechtmatig en oneigenlijk gebruik worden opgenomen en uitgewerkt in de verordeningen Jeugd en Wmo.

*Hoogte van de Pgb tarieven*

15. het Pgb tarief wordt gerelateerd aan de tarieven voor zorg in natura (hetzelfde tarief minus een nader te bepalen korting voor de overheadkosten).

### **3.3 Hoe organiseren wij de toegang tot maatschappelijke ondersteuning**

De Jeugdwet en de Wmo 2015 stellen dat de gemeente in beleidsplannen moet aangeven op welke wijze inwoners toegang krijgen tot maatschappelijke ondersteuning.

Toegang betreft alle activiteiten en organisatie die nodig zijn voor de weg die een inwoner bewandelt om ondersteuning te krijgen. Met het Stappenplan 3D is een toegangsmodel vastgesteld waarin een sociaal wijknetwerk, gebiedsteam en centraal team zijn opgenomen. In bijlage 3 is dit model weergegeven. Hieronder wordt het model geconcretiseerd en worden de functies, het beoogd mandaat, de doelgroepen en de aansturing van de verschillende onderdelen voorgesteld als kader voor de periode 2015 en 2016 (zie hiervoor ook bijlage 4).

#### **3.3.1 Ondersteuningsplan: één huishouden, één plan, één regisseur**

Bij meervoudige problematiek wordt er samen met de cliënt een onderzoek of zorgbehoeftebepaling gedaan en een ondersteuningsplan opgesteld. Het ondersteuningsplan is een schriftelijke weergave van de uitkomsten van het onderzoek. Er staat in welke voorzieningen worden ingezet<sup>7</sup> en verdere afspraken die zijn gemaakt. Dit ondersteuningsplan voldoet aan de eisen die vanuit de specifieke wetten worden gesteld. Consulents Wmo, W&I en specifieke jeugdprofessionals hebben vanuit hun onafhankelijke positie het mandaat om het ondersteuningsplan vast te stellen. Dit ondersteuningsplan kan zowel binnen het sociaal netwerk, als binnen het gebieds- of centraal team worden opgesteld.

#### **3.3.2 Sociaal wijknetwerk**

De toegang tot ondersteuning is laagdrempelig georganiseerd. Inwoners kunnen met hun ondersteuningsvragen, volgens het 'klik, bel, kom'-principe, terecht bij de gemeenten (huidige loketten/consulents) of bij aanbieders van algemene en basisvoorzieningen zoals welzijn, maatschappelijk werk en jeugdgezondheidszorg. Deze aanbieders en de maatschappelijke partners in de wijk vormen samen met de gemeentelijke consulents een sociaal wijknetwerk. Afhankelijk van de omvang en de diversiteit van de bevolking kunnen per gemeente een of meerdere sociale wijknetwerken worden gefaciliteerd. Het sociaal wijknetwerk is met elkaar in staat problematiek vroegtijdig te signaleren, zo mogelijk te normaliseren en, waar nodig, toe te leiden naar passende ondersteuning. Het is belangrijk dat huisartsen en wijkverpleegkundigen samenwerken met professionals uit het netwerk. Hiertoe moeten regionaal afspraken worden gemaakt met zorgverzekeraars en lokaal met huisartsen en zorgaanbieders zelf.

<sup>7</sup> Dit kunnen zowel inspanningen vanuit het sociaal netwerk, algemene voorzieningen als maatwerkvoorzieningen zijn en alle combinaties daarvan.

### **3.3.3 Gebiedsteam: één regisseur**

Het gebiedsteam moet een cruciale rol vervullen bij het verhogen van de kwaliteit van hulp, de coördinatie van zorg en de vermindering van het gebruik van (zware) specialistische voorzieningen. Huishoudens die te maken hebben met meervoudige (complexe) problematiek worden daarom begeleid door professionals uit het gebiedsteam (volgens het principe één huishouden, één plan, één regisseur). Het gebiedsteam heeft geen directe toegang voor burgers. Toeleiding naar het gebiedsteam wordt gedaan door partners die actief zijn in het sociale wijknetwerk of via het centraal team. De communicatielijnen tussen de gebiedsteams en de sociale wijknetwerken zijn kort, waardoor er nauw kan worden samengewerkt en de ondersteuning aan het huishouden nabij georganiseerd wordt.

In het gebiedsteam is doorzettingsmacht belegd om op te kunnen treden in situaties waarin bestaande regelgeving de beste oplossing in de weg staat of in situaties waarin de werkwijze één huishouden, één plan onvoldoende wordt toegepast

Ook hier geldt dat samenwerking met huisartsen en wijkverpleegkundigen georganiseerd moet worden. In het bijzonder vanwege de bevoegdheid van de huisarts om door te verwijzen naar de jeugdhulp en jeugd GGZ. Voor 1 januari 2015 moeten er samenwerkingsafspraken worden gemaakt met de voor onze gemeente betreffende zorgverzekeraar over inzet van wijkverpleegkundigen in sociaal netwerk en/of gebiedsteam. Ook moeten voor 1 januari lokaal samenwerkingsafspraken met huisartsen worden gemaakt ten aanzien van de doorverwijzing naar zorg en ondersteuning en de verbinding met het gemeentelijk toegangsmodel.

### **3.3.4 Centraal team: toegang tot vangnetvoorzieningen**

Een deel van de niet vrij toegankelijke ondersteuning en zorg is langdurig, kostbaar, schaars en/of specialistisch. Dit zijn de vangnetvoorzieningen die, op een klein deel na, specifiek de jeugdzorg betreffen. Deze (jeugd)zorgvoorzieningen kunnen alleen door middel van een toekenningsbesluit door de gemeenten worden toegekend. Toetsing hiervan vindt plaats in het centraal team. Hiervoor dient het centraal team over specifieke expertise te beschikken. Daarnaast vormt het centraal team de toegang tot het gedwongen kader in de jeugdzorg en geldt het als centraal aanmeldpunt voor AMHK- en zorgmeldingen en crisissituaties.

### **3.3.5 Regionale specialistenpool**

Daar waar nodig kunnen professionals uit het gebiedsteam of centraal team een specialist erbij halen uit de zogenaamde specialistenpool. Deze specialistenpool wordt samen met de andere gemeenten uit de regio Haaglanden ingericht en bestaat uit een binnenste en een buitenste ring. De binnenste ring is bestaat uit specialisten die nu vaak worden ingezet, bijvoorbeeld: (gekwalificeerd) gedragswetenschappers, gezondheidszorg-psychologen en (licht) verstandelijk gehandicapten deskundigen. Zij kunnen de professionals van het gebiedsgerichte team ondersteunen om de problematiek te verhelderen of een diagnose te stellen, maar ook om een advies over passende hulp of zorg(arrangement) te geven. Deze algemene specialisten vormen de kern van de specialistenpool.

De buitenste ring bestaat uit specialisten die over (zeer) specialistische kennis beschikken over een specifieke doelgroep of specifieke problematiek. Deze specialisten zijn net zoals nu werkzaam bij een zorgaanbieder en onderhouden hun specialisme in hun eigen werkomgeving. Zij worden met name benaderd door de algemeen specialisten uit de binnenste ring, maar op termijn is denkbaar dat professionals uit het gebiedsgerichte team zelf gericht specialisten kunnen benaderen.

### **3.3.6 Aansturing van sociaal netwerk, gebieds- en centraal team**

In de transitiefase is in de (directe) aansturing een belangrijke rol weggelegd voor de gemeente.

Sturing op (de professionals in) het wijknetwerk loopt voor 2015 en 2016 vooral via bestaande (subsidie) overeenkomsten. Door middel van de ervaringen die nu worden opgedaan in de pilot "samenwerken in de wijk" zullen (subsidie)overeenkomsten en afspraken met betrokken organisaties nader gespecificeerd worden.

Het gebieds- en centraal team vallen vooralsnog onder directe aansturing van de gemeente. Dit betekent niet dat de deelnemers van de teams in dienst komen van de gemeente maar wel dat zij direct door een onderdeel van de gemeentelijke organisatie worden aangestuurd.

Inrichting en aansturing van het gebieds- en centraal team in 2015 en 2016 wordt vastgelegd in het "Uitvoeringsprogramma transitie sociaal domein". Waar mogelijk worden hierbij al de ervaringen vanuit

de pilot "samenwerken in de wijk" meegenomen. In 2016 wordt, mede op basis van de opgedane kennis en ervaring met het netwerk en de teams, een definitieve vorm gegeven aan de inrichting en aansturing ervan.

Beslispunten:

16. In het uitvoeringsprogramma worden de mogelijkheden van het realiseren van één gemeentelijk loket waar inwoners terecht kunnen met alle vragen op het brede terrein van het sociale domein uitgewerkt. Uitgangspunt hierbij is dit te combineren met het KCC, zijnde de ingang voor alle overheidsvragen;
17. De directe aansturing van het gebieds- en centraal team voor 2015 en 2016 neer te leggen bij de gemeente.

### **3.4 Hoe gaan we om met zorgaanbieders: opdrachtgeverschap, inkoop, contractering**

Het gegeven dat de gemeente met ingang van 1 januari 2015 verantwoordelijk wordt voor vrijwel de gehele maatschappelijke ondersteuning van haar inwoners biedt de kans om de wijze van inkoop en subsidiëring van alle gemeentelijke zorg en maatschappelijke ondersteuning te vernieuwen inclusief de wijze waarop het opdrachtgeverschap van de gemeente wordt ingevuld.

Voor de transitiefase is in 2015 continuïteit van zorg het belangrijkste doel. Vanwege de gewenste continuïteit wordt het reeds bestaande systeem van bekostiging nog enige tijd voortgezet. Tegelijkertijd weten we dat de huidige wijze van bekostiging te weinig prikkels geeft om te komen tot een optimale prijs-kwaliteitsverhouding.

De bestaande gemeentelijke taken op het gebied van zorg en maatschappelijke ondersteuning betreffen voor een belangrijk deel vrij toegankelijke zorg. Deze taken worden veelal uitgevoerd op basis van een subsidierelatie. Een reeds bestaande duurzame subsidie- of contractrelatie mag om juridische redenen niet zo maar worden afgebroken. In 2015 wordt in het kader van de transformatie onderzocht of het wenselijk is bestaande subsidierelaties te beëindigen en te vervangen door een andere wijze van bekostiging.

Zowel in de transitiefase als de transformatiefase zijn er drie belangrijke doelstellingen die belangrijk zijn bij de inkoop:

- Het vergroten van keuzevrijheid voor de cliënt;
- Het behouden en verbeteren van de geleverde zorgkwaliteit;
- Het realiseren van de door het Rijk opgelegde bezuinigingstaakstellingen.

Het vergroten van de keuzevrijheid van cliënten wordt mede gerealiseerd door in het aanbestedingstraject een basisovereenkomst met zoveel mogelijk aanbieders te sluiten. We onderzoeken ook de inzet van Persoonsvolgende Bekostiging. Dit kan zowel in de vorm van een Pgb als in ZIN. We stellen ten doel in 2016 meetinstrumenten te hebben ontwikkeld om met de daaruit vergaarde informatie de juiste sturings- en bekostigingsprikkels te ontwikkelen die horen bij de doelstellingen van de transformatiefase. Vanaf 2015 zal de relatie tussen gemeenten en aanbieders op een goede manier verder verzakelijken.

#### **3.4.1 Regionale samenwerking inkoop zorg en maatschappelijke ondersteuning**

Op inkoop wordt regionaal samengewerkt omdat:

- De wet het voorschrijft (specialistische jeugdzorg)
- Inkoopvoordeel te behalen (prijs/kwaliteit/volume)
- Efficiency in de organisatie van zorg, waardoor meer geld overblijft voor de zorg zelf

Regionaal kopen we de verschillende voorzieningen op drie niveau's in:

1. Inkoop '(Specialistische) jeugdzorg en zorg voor zintuigelijk gehandicapten'
- Voor de specialistische jeugdzorg wordt wettelijk voorgeschreven dat de inkoop van deze zorg op

regionaal niveau wordt georganiseerd. In het kader van regionale samenwerking hebben de colleges van tien gemeenten in Haaglanden<sup>8</sup> daarom besloten om de inkoop van specialistische jeugdzorg onder te brengen in een gemeenschappelijk verzelfstandigd inkoopbureau.

2. Inkoop 'Niet vrij toegankelijke niet specialistische zorg: ondersteuning op maat'  
Voor de niet vrij toegankelijke niet specialistische zorg is in regionaal verband één inkoopstelsel ontwikkeld. Voor de feitelijke inkoop werken Voorschoten, Wassenaar, Leidschendam-Voorburg, Zoetermeer, Lansingerland, Pijnacker-Nootdorp samen (H6 verband).

3. Inkoop 'Overige vormen van ondersteuning'  
De inkoop van overige vormen van ondersteuning betreft grotendeels de bestaande taken van de gemeenten. De inkoop van zorg en maatschappelijke ondersteuning in deze categorie kan in de toekomst door elke gemeente individueel worden ingevuld, maar ook hier kan regionale of bovenlokale samenwerking worden gezocht. Een voorbeeld is de hulp bij het huishouden, waarbij de mogelijkheid tot resultaatfinanciering wordt onderzocht. De gemeenten Voorschoten, Leidschendam-Voorburg en Wassenaar trekken hierin samen op.

### 3.4.2 Bezuinigingen

Voor de beheersing van de kosten wordt ingezet op uniformering van de aangeboden zorgproducten en de hierbij behorende prijs, zodat zorgproducten onderling vergelijkbaar worden (transparantie van de markt). Een zorgaanbieder kan zich op deze manier in de toekomst vooral onderscheiden door kwaliteit te leveren.

Verder wordt in regionaal verband gewerkt aan een goed en gebruiksvriendelijk verantwoordingssysteem, waarbij niet méér hoeft te worden verantwoord dan nodig is voor de gemeentelijke monitoring. Dit leidt tot efficiency winst bij aanbieders.

Voor wat betreft de inkoop van de zorg zelf is een voor de hand liggende manier om kosten te beheersen door het maken van volumeafspraken met een zorgaanbieder. Een volumeafpraak houdt in dat een maximale hoeveelheid zorg en/of maatschappelijke ondersteuning mag worden geboden op basis van een bepaalde prijs. Maar het maken van volumeafspraken gaat grotendeels voorbij aan de uitgangspunten van keuzevrijheid, zelfregie en maatwerk voor de cliënten. Volumeafspraken zullen dan ook vooral in eerste instantie in het kader van de transitie worden toegepast. De ontwikkeling van alternatieve bekostigingswijzen is al ingezet.

Beslispunten:

- 18. 2015 wordt gebruikt om alternatieve bekostigingsmethodieken te ontwikkelen;
- 19. De bestaande subsidie- en contractrelaties tussen gemeente en aanbieders van zorg- en ondersteuning worden voor het jaar 2015 voortgezet;
- 20. Binnen de nieuwe én bestaande subsidie- en contractrelaties wordt aanbieders van zorg en ondersteuning de opdracht meegegeven hun aanbod te innoveren, volgens de principes van de integrale benadering van zorg- en ondersteuning in het sociale domein.

## 3.5 Kwaliteit

### 3.5.1 Monitoring

We richten een monitor in met daarin minimaal opgenomen de basisset van drie outcomecriteria die door de staatssecretarissen van VWS en V&J op 10 juni aan de Tweede Kamer zijn verzonden, te weten Uitval, Tevredenheid en Doelrealisatie en waar tenminste de volgende punten kunnen worden gemonitord en verantwoord via de planning en control cyclus:

- Uitgaven blijven binnen de door het rijk beschikbaar gestelde middelen;
- Aantallen cliënten en bijbehorende zorg per 1-1-2015 en verantwoorden dat deze cliënten zolang nodig in 2015 de zorg krijgen;
- Instroom nieuwe cliënten en bijbehorende zorg en uitstroom bestaande cliënten inzichtelijk maken en verantwoorden.

<sup>8</sup> H 10: Den Haag, Delft, Westland, Rijswijk, Midden-Delfland, Zoetermeer, Pijnacker-Nootdorp, Voorschoten, Wassenaar en Leidschendam-Voorburg

Voor deze monitor maken we gebruik van de door VNG en King opgezette monitor Sociaal Domein (VISD). Deze monitor voorziet in de horizontale beleids- en verantwoordingsinformatie. Dat betekent de informatievoorziening richting de gemeenteraad en de inwoners. De monitor maakt het mogelijk om tijdig te kunnen (bij)sturen, beleid te (her)formuleren, prestaties in de wijk te beoordelen en om van geconstateerde verschillen te leren.

Om garantie op kwaliteit te waarborgen wordt er met deze monitor stilgestaan bij 35 prestatie indicatoren die vastgelegd worden in een rapportage. Deze worden aangevuld met indicatoren op het gebied van werk en inkomen. In de manier van rapporteren wordt rekening gehouden met de privacywetgeving. In bijlage 5 is een overzicht van de gebruikte indicatoren opgenomen.

Er is geen zekerheid of we alle 35 indicatoren al per 1-1-2015 kunnen gaan monitoren. Dit wordt onderzocht. De onderdelen die in 2015 nog niet kunnen worden gemonitord, zullen in de transformatieperiode worden toegevoegd.

### **3.5.2 Communicatie**

Communicatie is cruciaal in de uitvoering van de 3 decentralisaties. De communicatie richt zich zowel op de transitie (wat gaat er veranderen, vanaf wanneer, voor wie), als de transformatie (stimuleren zelfredzaamheid en eigen kracht). Voor de uitvoering van communicatie over de drie decentralisaties heeft het college de Communicatie-aanpak programma 3D vastgesteld. De communicatie vindt plaats binnen deze vastgestelde kaders.

Bestaande cliënten worden zorgvuldig en persoonlijk geïnformeerd over de veranderingen in de huidige indicatie met ingang van 2015. Waar mogelijk wordt dit in samenwerking met de huidige zorgaanbieders vorm gegeven. Nieuwe en toekomstige cliënten, mantelzorgers, professionals en andere belanghebbenden worden middels de gemeentelijke kanalen op hoofdlijnen geïnformeerd over de veranderingen in het sociaal domein.

### **3.5.3 Participatie**

Bij het ontwikkelen van de 3D beleidsplannen is ook ingezet op participatie van cliëntenraden, adviesraden, maatschappelijke partners en belangenvertegenwoordigers. Dit is gebeurd door geregeld met hen het gesprek aan te gaan, informatie op te halen en te toetsen. In de periode waarin de beleidsplannen ter inzage liggen organiseren we verschillende bijeenkomsten waarbij we maatschappelijke partners, cliëntenraden en belangenvertegenwoordigers en inwoners actief uitnodigen en bevragen. Deze lijn zetten we bij de implementatie en uitvoering van het beleid voort.

## **4 Financiën**

Ten behoeve van de nieuwe taken worden middelen toegevoegd aan het “deelfonds sociaal domein”<sup>9</sup>. Het gaat om een tijdelijk fonds dat deel uitmaakt van het Gemeentefonds. Per 1 januari 2018 vervalt het deelfonds en worden de middelen verdeeld via de algemene uitkering of één of meer decentralisatie- en integratie-uitkeringen. Op dit moment zijn in het Sociaal Deelfonds alle drie de macro-budgetten bekend.

We gaan er voornamelijk van uit dat de macro-budgetten bedoeld zijn voor de inkoop van de nieuwe voorzieningen alsmede voor de incidentele en structurele gemeentelijke uitvoeringskosten die gemaakt moeten worden.

Gelet op ervaringen met de invoering van de Wmo-huishoudelijke hulp (uitvoeringskosten 11% van het budget) en de verwachte benodigde ambtelijke inzet voor de nieuwe taken is het advies een deel van het budget te reserveren als uitvoeringsbudget:

- Jeugdzorg: 3 % van het macrobudget (waarvan 2% voor overhead)
- Nieuwe taken WMO (AWBZ) : 7 % van het macrobudget (waarvan 2% voor overhead)
- Participatiewet: PM

Het verschil in de percentages is te verklaren, doordat bij de jeugdzorg de inrichting van de toegang (dit zijn de medewerkers van Bureau Jeugdzorg) zijn geraamd in het zorgbudget. Bij de Wmo moet de

---

<sup>9</sup> De budgetten waaruit momenteel welzijnsvoorzieningen en individuele voorzieningen uit de ‘oude’ Wmo worden bekostigd worden niet toegevoegd aan het sociaal deelfonds.

gemeente alles nog zelf doen en is alleen synergievoordeel te behalen met de uitvoering van huidige Wmo-taken. Bij participatie is er sprake van samenvoeging van bestaande wetgeving en dus bestaande taken en deels van nieuwe taken. In totaliteit neemt het macrobudget de komende jaren af. Vandaar dat op dit moment geen extra budget wordt gereserveerd als uitvoeringsbudget. In een later stadium is het wel mogelijk dat de uitvoering wordt versterkt, maar daar zal dan op dat moment dekking voor worden gepresenteerd.

Van beide genoemde percentages voor jeugdzorg en Wmo is 2% bedoeld om overheadkosten (t.w. ICT, factuurafhandeling, beroep en bezwaar etc.) te dekken.

Het onderstaande geeft het volgende financieel overzicht voor Leidschendam-Voorburg

<b>Jeugd</b>	
Macro budget	<b>11.892.178,00</b>
Reservering uitvoeringskosten 3%	<b>356.765,00</b>
Resteert voor inkoop	<b>11.535.413,00</b>

<b>Wmo</b>	
Macro budget	<b>8.257.421,00</b>
Reservering uitvoeringskosten 7%	<b>578.019,00</b>
Resteert voor inkoop	<b>7.679.402,00</b>

<b>Participatie</b>	
Macro budget	<b>6.164.000</b>
Reservering uitvoeringskosten	<b>nvt, bestaand</b>
Resteert	<b>6.164.000</b>

Het onderstaande geeft het volgende financieel overzicht voor Voorschoten

<b>Jeugd</b>	
Macro budget	<b>4.419.219,00</b>
Reservering uitvoeringskosten 3%	<b>132.577,00</b>
Resteert voor inkoop	<b>4.286.642</b>

<b>Wmo</b>	
Macro budget	<b>2.185.873,00</b>
Reservering uitvoeringskosten 7%	<b>153.011,00</b>
Resteert voor inkoop	<b>2.032.862,00</b>

<b>Participatie</b>	
Macro budget	<b>1.701.000</b>
Reservering uitvoeringskosten	<b>nvt, bestaand</b>
Resteert	<b>1.701.000</b>

Het onderstaande geeft het volgende financieel overzicht voor Wassenaar

<b>Jeugd</b>	
Macro budget	<b>3.003.042,00</b>
Reservering uitvoeringskosten 3%	<b>90.091,00</b>
Resteert voor inkoop	<b>2.912.951,00</b>

<b>Wmo</b>	
Macro budget	<b>2.804.898,00</b>
Reservering uitvoeringskosten 7%	<b>196.343,00</b>
Resteert voor inkoop	<b>2.608.555,00</b>

<b>Participatie</b>	
Macro budget	<b>1.780.000</b>
Reservering uitvoeringskosten	<b>nvt, bestaand</b>
Resteert	<b>1.780.000</b>

#### **4.1 Onzekerheden rond sociaal deelfonds**

De uitkeringen uit het Gemeentefonds blijven met grote onzekerheden omgeven. De onzekerheden zitten onder andere in de tweede fase van het groot onderhoud van het fonds, het vervangen van de historische verdeling van de middelen voor jeugd en maatschappelijke ondersteuning door een objectief verdeelmodel in 2016 en de inbedding van het deelfonds sociaal domein in de algemene uitkering.

#### **4.2 Risico's**

Belangrijkste risico betreft het aan de ene kant sturen op prijs en kwaliteit, terwijl er ook sprake is van overgangsrecht en sommige "open-einde"-regelingen. Er is hierdoor het risico dat gedurende het jaar blijkt dat het macrobudget niet toereikend is, terwijl het erg lastig is om hierop bij te sturen. Dit zal dan leiden tot kostenoverschrijdingen.

Beslispunten:

21. Op het macrobudget Jeugd 3% reserveren ten behoeve van gemeentelijke uitvoeringskosten;
22. Op het macrobudget Wmo 7% reserveren ten behoeve van gemeentelijke uitvoeringskosten;
23. Op het macrobudget participatie vooralsnog uitgaan van het huidige niveau van gemeentelijke uitvoeringskosten.



## Bijlage 1: Verklarende woordenlijst

**Ambulante zorg/hulp** – zorg/hulp die niet in een stelling (ziekenhuis, verpleeghuis etc.) wordt verleend en de zorgverstrekker (arts, psycholoog, verpleegkundige) zich voor behandeling of begeleiding juist verplaatst naar de patiënt.

**Civil Society** – De gemeenschappelijke activiteiten van burgers rondom het grootbrengen van kinderen. In een goed functionerende pedagogische civil society bestaat er bij de burgers de bereidheid om in de eigen sociale netwerken en in het publieke domein de verantwoordelijkheid rond het opgroeien en opvoeden van kinderen te delen.

**Clëntenraad** – De cliëntenraad bestaat uit cliënten die opkomen voor de belangen van patiënten/cliënten van de zorginstelling.

**Contourennota** – Beleidsplan van 2012-2015 dat de kader en hooflijnen bevat voor de inzet van middelen uit het Participatiebudget.

**Dagbesteding** – Een zinvolle besteding van de dag voor mensen met een handicap, voor mensen met psychiatrische problemen of voor ouderen.

**Decentralisaties** – Overheveling van taken en/of bevoegdheden van de Rijksoverheid en andere bestuurslagen naar gemeenten.

**Eigen kracht** – Situatie dat burgers 'eigen verantwoordelijkheid' nemen, en zelfredzaam zijn of zelf oplossing(en) creëren of organiseren in een probleemsituatie.

**Extramurale zorg** – ambulante zorg wordt ook wel extramuraal (buiten de muren) genoemd.

**Gebiedsteams** – Multidisciplinair samengestelde teams per gebied, met in elk team een afvaardiging van jeugd, werk, zorg en welzijn. Gebiedsteams zijn verantwoordelijk voor de bewoner die niet zelfredzaam is, zodra er sprake is van sector overstijgende problematiek.

**Mantelzorg** – Onbetaalde zorg voor zieke of gehandicapte familieleden of vrienden. Het gaat bij mantelzorg om intensieve zorg voor langere tijd.

**Modelbepaling** – Een bepaling die in de voorbeeldverordeningen is opgenomen en door gemeenten naar lokale invulling kan worden aangepast.

**Nazorg** – Alle zorg-, hulp- en/of dienstverlening die wordt geleverd ter ondersteuning, begeleiding of nacontrole van inwoners nadat alle voorzieningen en hulp uit het ondersteuningsplan zijn uitgevoerd. Periodiek wordt contact gezocht met de inwoner of zijn/haar mantelzorger/netwerk om na te gaan in hoeverre de ondersteuning voldoende is geweest of dat er sprake is van terugval. Indien nodig, wordt ondersteuning opnieuw geactiveerd.

**Ontschotting** – Een meer klantgerichte manier van werken die uiteindelijk moet gaan leiden tot vraag gestuurde zorg.

**Participatiesamenleving** – samenleving waarin de burger ruimte krijgt om zelf initiatieven te nemen.

**Respijtzorg** – Het bieden van tijdelijke professionele hulp via de AWBZ wanneer mantelzorgers de gebruikelijke zorg gedurende een korte periode niet kunnen verlenen.

**Risicotaxatie** – In schatten van het gevolg van de aard van de problematiek op het veilig fysiek en geestelijk opgroeklimaat van de jeugdige(n) op de korte en lange termijn.

**Sociaal deelfonds** – De tijdelijke wet deelfonds sociaal domein regelt de middelen voor de financiering van taken en verantwoordelijkheden op het terrein van maatschappelijke ondersteuning, participatie en jeugd. De middelen worden beschikbaar gesteld via een deelfonds sociaal domein. Dit deelfonds wordt opgenomen in de begroting van het gemeentefonds.

**Sociaal domein** – Gemeentelijke taken die betrekking hebben op de volgende levensdomeinen van burgers: werk, inkomen, zorg, onderwijs en welzijn.

**T-2 systematiek** – Deze systematiek houdt in dat een verdeling van de financiën wordt gemaakt op basis van de financiën twee jaar voorafgaand aan het betreffende jaar. Bijvoorbeeld: er wordt een berekening gemaakt voor verdeling van het geld in 2015. Deze berekening wordt gemaakt in 2014 aan de hand van de gegevens uit 2013.

**Toegang en toeleiding tot zorg** – Bepalen waar, hoe en bij wie inwoners terecht kunnen met hun hulp- en ondersteuningsvragen, plus hoe zij vervolgens passende ondersteuning krijgen.

**Transformatie** – Transformatie van het zorgstelsel en maatschappelijke ondersteuning. Gericht op het realiseren van de beoogde inhoudelijke effecten van de stelselwijziging: ander gedrag van professionals en burgers, andere cultuur bij instellingen en professionals, andere werkwijzen en vooral ook het anders met elkaar omgaan tussen burgers/cliënten, professionals, instellingen en gemeenten.

**Transitie** – Overdracht van taken en bevoegdheden van Rijk/provincie naar de gemeenten per 1 januari 2015.

**Triage** – Triage is het beoordelen van slachtoffers bij grote(re) ongevallen en rampen, verdeeld in verschillende categorieën naar de ernst van de verwondingen of ziektebeeld. Op de spoedeisende eerste hulp (SEH) afdeling van ziekenhuizen en op de huisartsenpost wordt de methode triage toegepast om de urgentie van binnenkomende patiënten en telefonische oproepen te bepalen. Het doel is om prioriteiten te stellen en te bepalen welke patiënten als eerste medische hulp nodig hebben en welke patiënten korte of lange tijd kunnen wachten op hulp.

**Verordening** – Een besluit van algemene strekking die door de overheid is genomen. In de gemeente wordt deze vastgesteld door de raad.

# Bijlage 2: inventarisatie over te komen voorzieningen

NIEUWE TAKEN /  
AWBZ / WMO JEUGDWET PARTICIPATIEWET

VOORSCHOTEN

COMPLEXE EN ZWARE HULPVORMEN /  
VANGNET VOOR DE MEEST KWETSBAREN

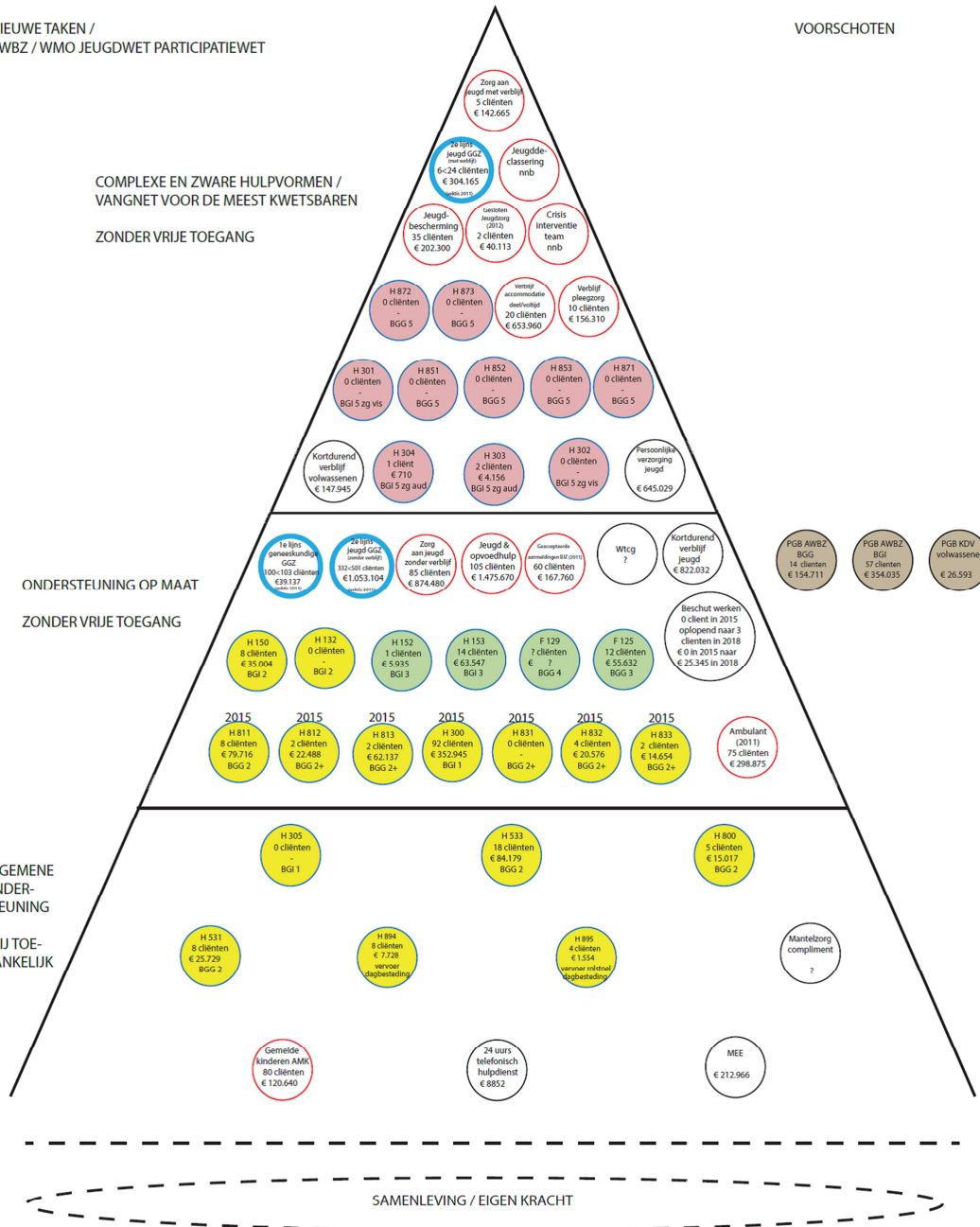
ZONDER VRIJE TOEGANG

ONDERSTEUNING OP MAAT

ZONDER VRIJE TOEGANG

ALGEMENE ONDER-  
STEUNING

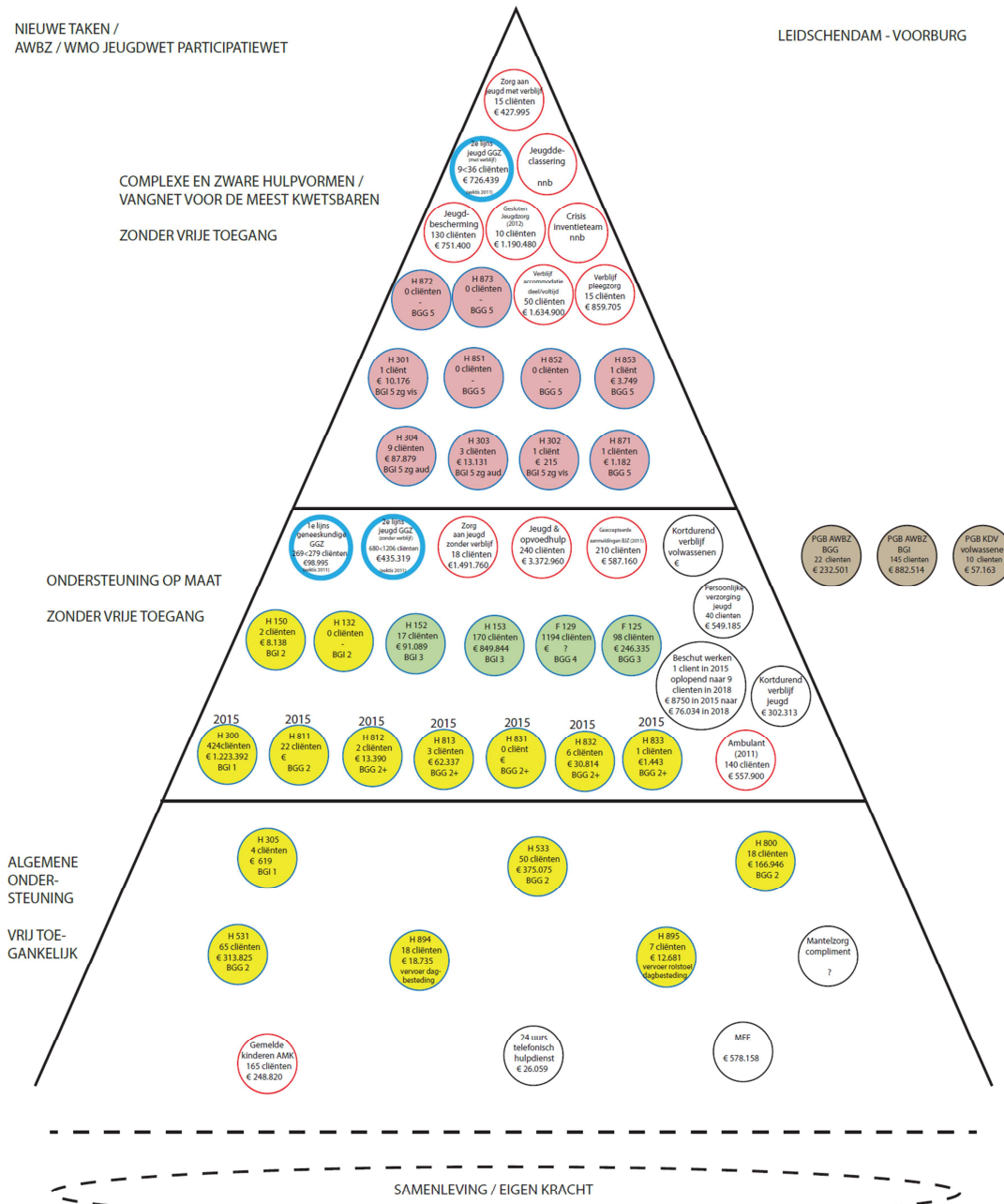
VRIJ TOE-  
GANKELIJK



**LEGENDA**

- Jeugd ggz
- Zorg
- Jeugd
- Overig t.w.: mantelzorg compliment, MEE cliëntenondersteuning, 24-uurs telefoondienst, Wtgc, Beschut werken, Kortdurend verblijf jeugd, Kortdurend verblijf volwassenen, Persoonlijke verzorging jeugd
- Welzijn ondersteund met zorg/ zorg met behulp van welzijn
- Zorg (specialistisch)

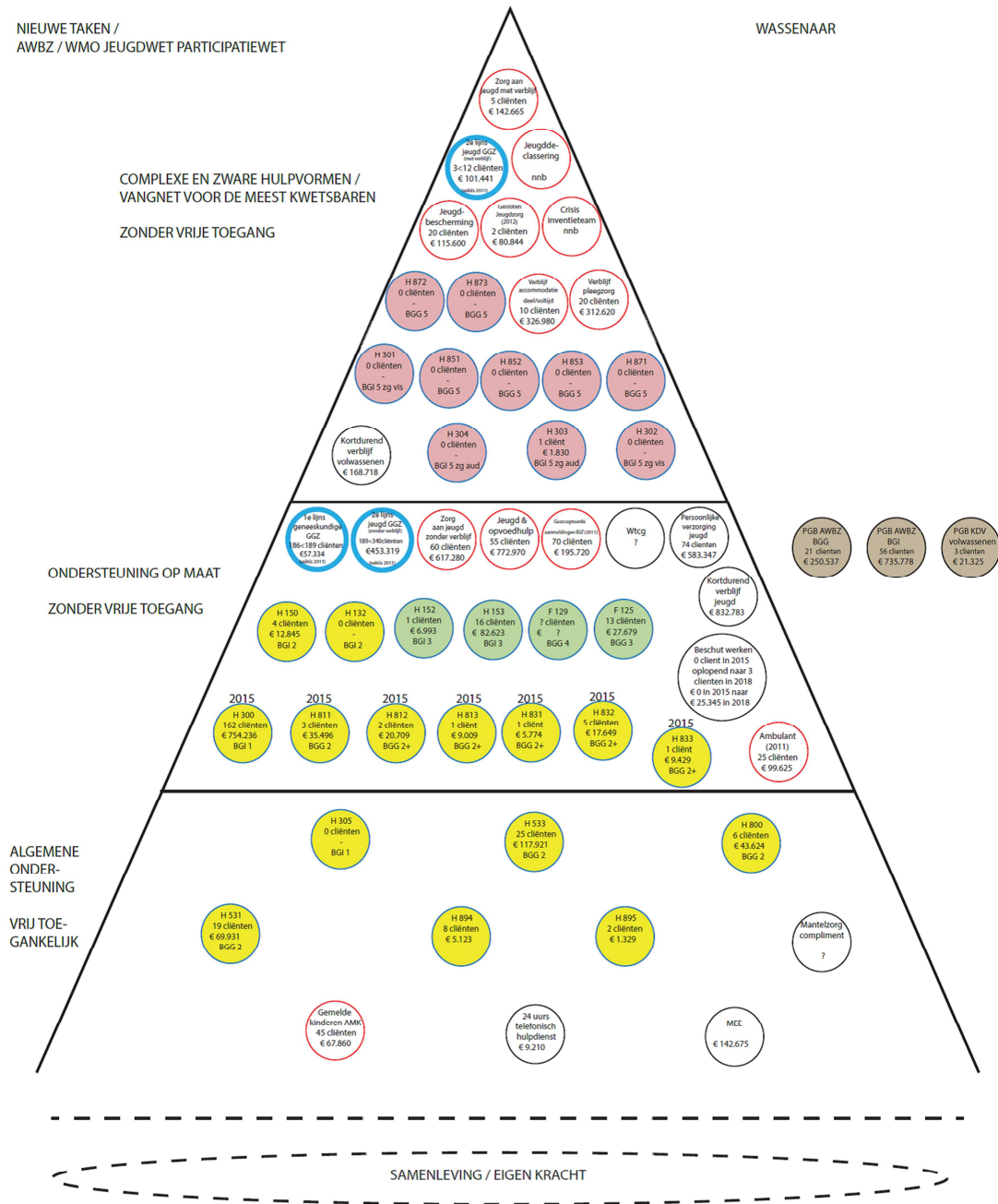
Bron: datacijfers AWBZ, Vektis ZIN (2013) PGB 2012



**LEGENDA**

- Jeugd ggz
- Zorg
- Jeugd
- Overig t.w. : mantelzorg compliment, MEE cliëntenondersteuning, 24-uurs telefoondienst, Wtgc, Beschut werken, Kortdurend verblijf jeugd, Kortdurend verblijf volwassenen, Persoonlijk verzorging jeugd
- Welzijn ondersteund met zorg/ zorg met behulp van welzijn
- Zorg (specialistisch)

Bron: datacijfers AWBZ, Vektis ZIN (2013) PGB 2012

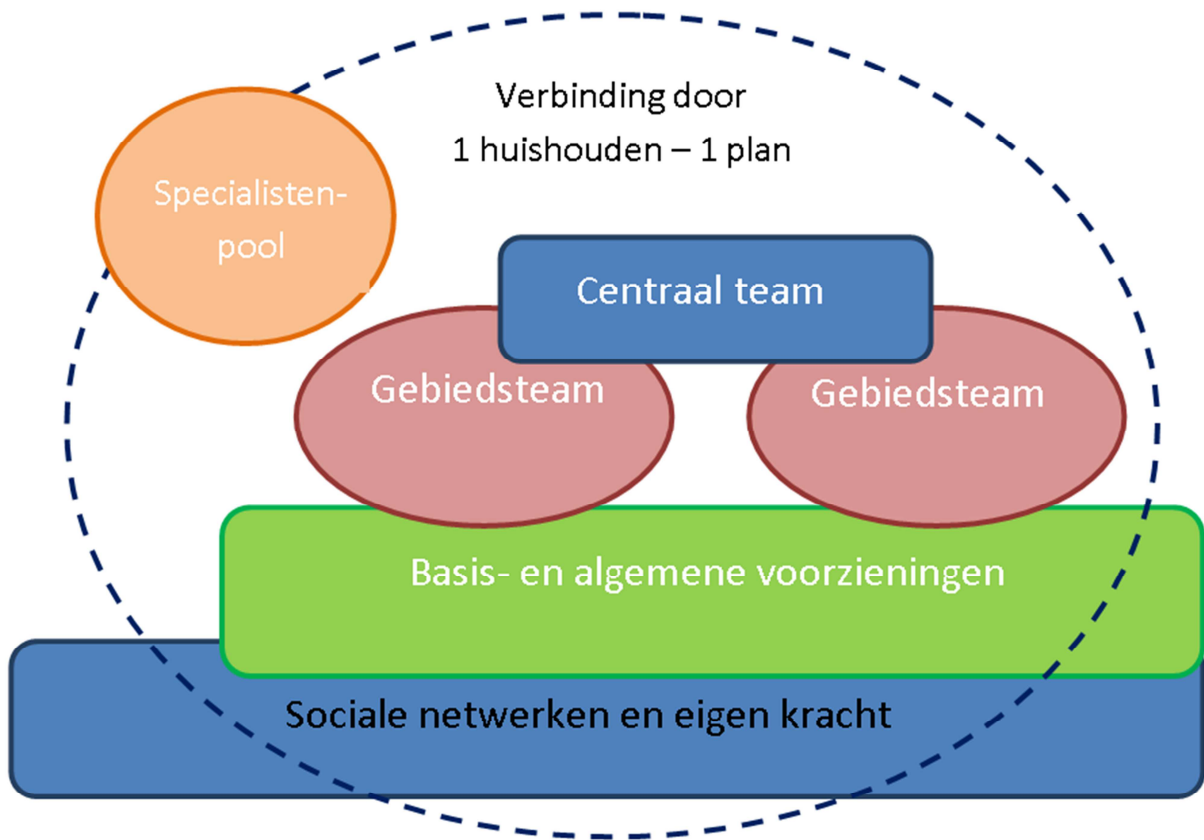


**LEGENDA**

- Jeugd ggz
- Zorg
- Jeugd
- Overig t.w.: mantelzorg compliment, MEE cliëntenondersteuning, 24-uurs telefoondienst, Wtsg, Beschut werken, Kortdurend verblijf jeugd, Kortdurend verblijf volwassenen, Persoonlijk verzorging jeugd
- Welzijn ondersteund met zorg/ zorg met behulp van welzijn
- Zorg (specialistisch)

Bron: datacijfers AWBZ, Vektis ZIN (2013) PGB 2012

### Bijlage 3: Toegangsmodel conform stappenplan D3



## Bijlage 4: Sociaal Wijknetwerk, Gebiedsteam, Centraal Team

<b>Sociaal wijknetwerk</b>	
Wie nemen deel aan het sociaal wijknetwerk?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aanbieders van basisvoorzieningen</li> <li>- Maatschappelijke- en welzijnsorganisaties</li> <li>- Jeugd-, Wmo- en Werk en Inkomen (W&amp;I)-consulenten</li> </ul>
Wat doet het sociaal wijknetwerk?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorkomen, signaleren en normaliseren van problematiek</li> <li>- Informeren over ondersteuningsmogelijkheden</li> <li>- Bieden van (informele) ondersteuning</li> <li>- Samen met de cliënt de vraag verhelderen (brede intake/ keukentafelgesprek) en indien nodig een ondersteuningsplan opstellen.</li> <li>- Toeleiden naar algemene (vrij toegankelijke) voorzieningen</li> <li>- Indien mandaat aanwezig, toeleiden naar maatwerk- en individuele voorzieningen;</li> <li>- Indien nodig regievoering bij eenvoudige problematiek</li> </ul>
Welk beoogd mandaat hebben professionals uit het sociaal wijknetwerk?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle professionals hebben mandaat voor toeleiding naar algemene (vrij toegankelijke) voorzieningen en het opstellen van een ondersteuningsplan.</li> <li>- Consulenten Wmo, W&amp;I en specifieke professionals jeugd hebben de bevoegdheid om het ondersteuningsplan goed te keuren. Het besluit op het ondersteuningsplan wordt door een gemeentelijke of andere onafhankelijke functionaris genomen.</li> <li>- Consulenten Wmo en W&amp;I en specifieke professionals jeugd zijn gemandateerd om toe te leiden naar maatwerk- en individuele voorzieningen</li> <li>- Consulenten Wmo, W&amp;I en specifieke professionals jeugd hebben, na toestemming van het centraal team, mandaat om toe te leiden naar vangnetvoorzieningen</li> <li>- In overleg met de zorgverzekeraar zijn afspraken gemaakt over mandatering van de wijkverpleegkundige.</li> </ul>
Doelgroep sociaal wijknetwerk?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle inwoners</li> </ul>

<b>Gebiedsteam</b>	
Wie nemen deel aan het gebiedsteam?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionals (regisseurs) die in staat zijn consultatie en advies te bieden op vragen vanuit het sociaal wijknetwerk en regie te leveren op de totstandkoming én de uitvoering van ondersteuningsplannen.</li> <li>- Het gebiedsteam is multidisciplinair samengesteld met professionals die kennis hebben van jeugd(zorg), GGZ-volwassenen, Werk en Inkomen/schulden, welzijn/maatschappelijke dienstverlening en zorg en wordt aangestuurd door de gemeente.</li> </ul>
Wat doet het gebiedsteam?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samen met de cliënt de vraag verhelderen en een ondersteuningsplan opstellen.</li> <li>- Consultatie en advies aan het sociaal wijknetwerk</li> <li>- Stelt vast welke hulp er nodig is en krijgt hierbij voldoende ruimte om innovatieve werkwijzen te ontwikkelen.</li> <li>- Voert regie op zowel de totstandkoming als de uitvoering van ondersteuningsplannen bij huishoudens waarin sprake is van (complexe) meervoudige problematiek. Het besluit op het ondersteuningsplan wordt door een gemeentelijke of andere onafhankelijke functionaris genomen.</li> <li>- De regisseurs uit het gebiedsteam zijn niet slechts regisseur, maar kunnen ook vanuit hun specifieke expertise kortdurend uitvoering geven aan (een onderdeel van) het ondersteuningsplan zelf.</li> <li>- Hier is doorzettingsmacht belegd om op te kunnen treden in situaties waarin bestaande regelgeving de beste oplossing in de weg staat of in situaties waarin de werkwijze 1 huishouden, 1 plan onvoldoende wordt toegepast.</li> </ul>
Welk beoogd mandaat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toeleiding naar algemene - en maatwerkvoorzieningen.</li> </ul>

hebben de professionals in het gebiedsteam?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toeleiding naar vangnetvoorzieningen, na toets centraal team</li> <li>- Betrekken van gespecialiseerde of andere noodzakelijke hulp – die het niet zelf in huis heeft – om te komen tot de juiste ondersteuning of uitvoering van het ondersteuningsplan.</li> </ul>
Doelgroep gebiedsteam?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Huishoudens waar sprake is van (complexe) meervoudige problematiek.</li> </ul>

<b>Centraal team</b>	
Wie nemen deel aan het centraal team?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionals met specifieke expertise voor de beoordeling van de inzet van vangnetvoorzieningen;</li> <li>- Afvaardiging van professionals vanuit ieder gebiedsteam onder aansturing van de gemeente.</li> </ul>
Wat doet het centraal team?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het centraal team biedt consultatie en advies aan de gebiedsteams;</li> <li>- Vormt de toegang tot het gedwongen kader/indienen van raadmeldingen;</li> <li>- Is verantwoordelijk voor het toetsen van voorstellen tot het inzetten van vangnetvoorzieningen;</li> <li>- Is centraal aanmeldpunt voor AMHK- en zorgmeldingen en crisissituaties.</li> </ul>
Welk beoogd mandaat hebben de professionals uit het centraal team?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het centraal team biedt toegang tot het gedwongen kader/ indienen van raadmeldingen;</li> <li>- Het centraal team toetst voorstellen tot het inzetten van vangnetvoorzieningen;</li> <li>- Het centraal team kan bij specifieke meldingen (AMHK- en zorgmeldingen) en crisissituaties de gebiedsteams opdrachten verstrekken om zaken met prioriteit op te pakken;</li> </ul>
Doelgroep centraal team?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Huishoudens waar sprake is van (complexe) meervoudige problematiek. Vooral huishoudens met kinderen.</li> </ul>



## Bijlage 5: Indicatoren volgens VNG/KING

Informatiebehoefte	Onderwerp	Indicator (35)
<b>Gebruik sociaal domein</b>	Gebruikmaking van de sociale basisvoorzieningen (0e lijn) Wmo, Jeugd en Participatiewet (deze definitie wordt uitgewerkt in de gemeenschappelijke taal)	Gebruik per huishouden in euro's en aantallen algemene voorzieningen Wmo en Jeugd
		Gebruik per huishouden in euro's en aantallen overige sociale zekerheidsregelingen Rijk
	Gebruikmaking 1e lijns ondersteuning Wmo, Jeugd (deze definitie wordt uitgewerkt in de gemeenschappelijke taal)	Gebruik per huishouden in euro's en aantallen 1e lijnsondersteuning vanuit de Wmo en Jeugd
	Gebruikmaking voorzieningen 2e lijn Wmo, Jeugd en Participatiewet (deze definitie wordt uitgewerkt in de gemeenschappelijke taal)	Gebruik per huishouden in euro's en aantallen 1e lijnsondersteuning vanuit PGB + ZIN (Wmo en Jeugd)
		Gebruik per huishouden in euro's en aantallen Wmo opvang en beschermd wonen
		Gebruik per huishouden in euro's en aantallen veiligheid, jeugdreclassering, inkomensinvestering en opvang Jeugd
		Gebruik per huishouden in euro's en aantallen reïntegratie- en participatievoorzieningen Participatiewet
		Gebruik per huishouden in euro's en aantallen sociale werkvoorziening
	Verschuiving in gebruikmaking voorzieningen	% uitstroom van 2e naar 1e lijn en van 1e naar 0e lijn (afschaling)
		% uitstroom uit 2e lijnvoorziening (uit zorg), van 1e lijnvoorziening en uit 0e lijnvoorziening (uit zorg)
		% uitstroom van 0e lijn naar 1e lijn en van 1 <sup>e</sup> lijn naar 2 <sup>e</sup> lijn (opschaling)
	Stapelning van regelingen op huishoudniveau: jeugdzorg, volwassen, bijstand, schulden	Aantal stapelingen per huishouden
Verschuivingen/stapelning Wlz en Zvw	% huishoudens met een Wlz-voorziening en huishoudens met een geïndiceerde Zvw-voorziening	
Verwijzingen	% verwijzingen uit onderwijs of arts (huisarts, ziekenhuis)	
<b>Tevredenheid en toegankelijkheid</b>	Wachtlijsten	% cliënten op wachtlijst en gemiddelde duur van wachtlijst (in weken)

	Doelbereik (per huishouden huishouden)en de cliënttevredenheid/ervaring	Doelbereik en cliënttevredenheid/ervaring: ervaringen toegangsproces naar maatschappelijke ondersteuning en de mate waarin de ondersteuning bijdraagt aan de zelfredzaamheid en participatie Is men tevreden over de contactpersoon/ervaren kwaliteit van ondersteuning en hoe ervaart men de balans tussen eigen kracht en ondersteuning? Draagt het bij aan zelfredzaamheid en participatie?
	Ervaringen maatschappelijk partners	Tevredenheid over de samenwerking, verantwoording, bekostiging, snelheid proces
	Bezwaar en beroep	Klachten en procedures in aantallen en % afgezet tegen het totaal aantal aanvragen
<b>Early warning items</b>	Inkomensondersteuning	% betalingsachterstanden, gezinnen gebruikmakend van inkomensondersteuning of schuldhulpverleningstraject
	Schooluitval en jeugdcriminaliteit	% Voortijdig School Verlaters (VSV) en kinderen in aanraking met politie
	Leefsituatie gezin	% meldingen AMHK, OTC en multiprobleemgezinnen
		% kinderen opgroeiend in armoede
		% echtscheidingen en alleenstaande moeders
	Gezondheid	% voorkomen verslaving, waaronder obesitas
	Eenzaamheid	% voorkomen sociaal isolement
	Passend onderwijs	% kinderen in passend onderwijs
Inkomensondersteuning	Toename/afname uitkeringsaanvragen naar leeftijd, voorzieningen dat leidt tot werk en beëindigingsratio: verhouding instroom en uitstroom uitkeringen	
<b>Profiel en kenmerken wijk</b>	Opbouw bevolking	Aantal inwoners, huishoudens, gemiddelde leeftijd en afkomst (westers/ niet-westers)
	Algemene wijkenmerken	Opleidingsniveau, gemiddeld inkomen en ontwikkeling werkgelegenheid
	Leefbaarheid en woonsituatie gezin	Leefbaarheidsscore en gemiddeld aantal gezinsleden en de verhouding kinderen dat in eigen gezin opgroeit
	Sociale cohesie	% gebruik wijkgebouw, vrijwilligers en mantelzorgers en deelname verenigingsleven
<b>Overig</b>	Uitvoeringskosten	% uitvoeringskosten t.o.v. totaal budget
	Realisatie	% realisatie ten opzichte van budget

## **Bijlage 6: Indicatoren Participatiewet en WWB maatregelen**

### *Mogelijke indicatoren garantiebannen:*

- Het aantal garantiebannen dat door werkgevers binnen Voorschoten, Leidschendam-Voorburg en Wassenaar beschikbaar is gesteld.
- Het aantal garantiebannen dat is ingevuld voor Voorschoten, Leidschendam-Voorburg en Wassenaar afgezet tegen de arbeidsmarktregio Zuid-Holland Centraal.
- Het aantal personen dat van de Wsw wachtlijst is bemiddeld naar werk.

### *Mogelijke indicatoren tegenprestatie:*

- Het aantal uitkeringsgerechtigden dat maatschappelijk actief is (dit is mantelzorg, vrijwilligerswerk en tegenprestatie).

### *Mogelijke indicatoren loonkostensubsidie:*

- Het uitbetaalde bedrag aan loonkostensubsidie afgezet tegen de bespaarde uitkeringsgelden.

Er zijn ook cijfers nodig om de gevolgen van de nieuwe wetgeving in beeld te brengen. Voor de Participatiewet heeft dit onder andere betrekking op de nieuwe doelgroepen.

### *Kengetallen:*

- Het aantal personen dat een jobcoach nodig heeft afgezet tegen het huidige bestand.
- Het aantal personen dat een werkplekaanpassing nodig heeft afgezet tegen het huidige bestand.
- Het aantal personen dat ondersteuning heeft bij een leer-werktraject afgezet tegen het huidige bestand.
- Het aantal personen waarvoor de werkgever een no-riskpolis ontvangt afgezet tegen het huidige bestand.
- Het aantal jongeren dat een individuele studietoelage ontvangt.