

Servicedocument wet- en regelgeving in de zorg 2015



Aart Engeltjes

Inhoud

1 Inleiding: waarom worden de wet- en regelgeving in de zorg veranderd?	4
2 Terugblik op de wet- en regelgeving van de zorg vóór 1 januari 2015	5
2.1 De Zorgverzekeringswet (Zvw)	6
2.1.1 Plichten van de zorgverzekeraar	7
2.2 De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).....	7
2.2.1 Groeiende uitgaven AWBZ	8
2.2.2 Persoonsgebonden budget (pgb)	8
2.2.3 Zorgzwaartebekostiging door middel van het zorgzwaartepakket (zzp)	9
2.3 De Wet maatschappelijke ondersteuning	9
3 De vernieuwingen in het zorgstelsel vanaf 1 januari 2015.....	10
3.1 Het nieuwe stelsel, uitgangspunten en gedachten	11
3.2 De Zorgverzekeringswet (Zvw)	12
3.3 Wet langdurige zorg (Wlz).....	13
3.4 Wet maatschappelijke ondersteuning 2015	13
3.4.1 Niet-medische ondersteuning en begeleiding.....	14
3.5 De Jeugdwet	15
3.6 De Participatiewet	16
3.7 Trekkingsrecht pgb	18
3.8 Zorgprofielen.....	19
3.9 Zorgplanbespreking en zorgplannen	20
4 De betekenis van de vernieuwingen voor de praktijk.....	21
4.1 Toegang tot de zorg	22
4.1.1 Toegang tot Zvw-zorg	22
4.1.2 Toegang tot de medische zorg	22
4.1.3 Persoonlijke zorg en verpleging	23
4.1.4 Toegang tot de Wlz-zorg	24
4.1.5 Toegang tot de Wmo 2015 voorzieningen	25
4.1.6 Cliëntondersteuning	28
4.1.7 Toegang tot de Jeugdhulp	29
Bijlage 1 Vernieuwend zorgen en coachen op zelfredzaamheid	32
Bijlage 2 Begrippenlijst	35

Geraadpleegde bronnen 41

1 Inleiding: waarom worden de wet- en regelgeving in de zorg veranderd?

Iedereen wil een goede gezondheid en kwaliteit van leven. Daarom neemt gezondheid en zorg in de Nederlandse samenleving een belangrijke plaats in. Veel zorgvoorzieningen staan ons ten dienst om deze doelen na te streven, waardoor we tegenwoordig gemiddeld steeds langer in goede gezondheid leven. Het neveneffect hiervan is dat Nederland vergrijsst, het aantal mensen met een chronische ziekte of aandoening stijgt en het beroep op de zorgvoorzieningen toeneemt. Andere aspecten die aangewezen kunnen worden als oorzaken van de toenemende zorgkosten zijn: verkeerde prikkels vanuit de marktwerking (betalen voor productie), toename van welvaartsziekten, nieuwe technologie, eisend gedrag van de burger en bureaucratie. Door deze ontwikkelingen dreigen de kosten voor de zorg door te stijgen naar een onaanvaardbaar niveau.

Omdat de zorguitgaven al jaren sterk groeien, is de beheersbaarheid van die zorguitgaven een punt van zorg voor de Nederlandse overheid. De politiek is daarom al jaren geleden gestart met het debat over maatregelen die de uitgavengroei in de zorg moeten beteugelen. Met als voornaamste doel dat iedere Nederlander verzekerd is en blijft van kwalitatief verantwoorde zorg. Het resultaat van dit politieke debat is dat wet- en regelgeving is door gevoerd waarin betaalbaarheid, eigen verantwoordelijkheid en regie en doelmatigheid centraal staan. De in januari 2015 doorgevoerde veranderingen zijn een nieuwe stap in dit al eerder ingezette proces.

Figuur 1:

Factoren die in Nederland bij de stijging van de zorguitgaven een rol spelen:

Er is vraag...:

- De stijgende welvaart stimuleert de vraag naar zorg (ervaringsfeit)
- De vergrijzing neemt al enkele tientallen jaren toe
- De toenemende 'medicalisering' van het dagelijks bestaan door medisch-technologische ontwikkelingen en toename van diagnose- en behandelmethoden
- Consumenten stellen steeds hogere eisen
- De vraag wordt nauwelijks afgeremd door eigen bijdragen van de zorggebruiker (deze zijn in Nederland aanzienlijk lager dan in andere landen, zoals in de Verenigde Staten)

... En er is aanbod:

- Aanbod mogelijkheden om zieke mensen te helpen en de kwaliteit van leven te verhogen neemt toe (drijft kostprijs op)
- Zorgaanbieders beschikken over meer informatie dan zorggebruikers over de noodzaak van het inzetten van behandelingen (kunnen tot op zekere hoogte eigen omzet bepalen)

- Bepaalde groepen zorgaanbieders hebben een sterke positie aan de onderhandelingstafel over tarieven met overheid en verzekeraars
- Productiviteit van werknemers in de dienstverlening neemt minder snel toe dan die van werkers elders in de economie (ervaringsfeit)
- Verzekerden voelen (en krijgen) geen prikkel om hun zorggebruik te verminderen (stijging premie ziektekostenverzekering is geen prikkel tot verminderd gebruik)

Figuur 2:

Instrumenten van de overheid voor de uitgavenbeheersing:

- Verlaging van de prijs van 'inputs' voor de zorgproductie, bijvoorbeeld de maximumprijs voor medicijnen, tarieven en arbeidsvoorwaarden;
- Verkleining van het collectief verzekerde pakket voorzieningen, bijvoorbeeld minder verstrekkingen in het basispakket;
- Verhoging van de eigen betaling van zorggebruikers, bijvoorbeeld de eigen bijdrage of het eigen risico neemt de illusie weg dat zorg gratis is;
- Versterking van prikkels die doelmatig werken in de zorgsector bevorderen door gereguleerde concurrentie; zorgverzekeraars hebben een zorgplicht, hoe goedkoper de zorgverzekeraar de zorg weet in te kopen, hoe lager de premie kan zijn en hoe sterker hij daarmee staat in de slag om de verzekereden.

2 Terugblik op de wet- en regelgeving van de zorg vóór 1 januari 2015

De opmaat voor de ingrijpende veranderingen in de wet- en regelgeving van de zorg in januari 2015 is al jaren eerder ingezet.

Met het overschakelen in 2006 naar één wettelijk verzekeringsregime voor alle Nederlanders, werd de basis gelegd voor het ingrijpend herzien van het zorgstelsel. De Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vormden de basis voor dit nieuwe verzekeringsregime.

Met deze herziening verving de overheid het centraal gestuurde systeem door een systeem gebaseerd op marktwerking en gereguleerde concurrentie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Met dit systeem beoogde de overheid meer doelmatigheid te bewerkstelligen: de gedachte achter dit systeem was dat zorgaanbieders die met elkaar moeten concurreren om de gunst van de zorgverzekeraar doelmatiger te werk zouden gaan.

Concurrentie is wat de zorgaanbieder drijft om op zoek te gaan naar mogelijkheden om hun producten tegen goedkopere prijzen aan te bieden op de zorginkoopmarkt. Zorgverzekeraars gaan op hun beurt weer concurreren om de gunst van de burger. De burgers worden bij concurrentie geprikkeld om hun verzekering af te sluiten bij die

verzekeraar die een kwalitatief goed pakket weet te bieden tegen een aantrekkelijke prijs.

De kern van de Zvw was het verzekeren van zorg die gericht is op genezing. De kern van de AWBZ was gericht op de zorgvormen die betrekking hebben op langdurige verzorging. Het verzekerde pakket van de AWBZ en Zvw omvatte die voorzieningen waarvan de overheid vond dat zij voor iedere Nederlander beschikbaar moesten zijn. Nederlanders die een uitgebreidere dekking op prijs stelden, konden zich aanvullend verzekeren. Om deze reden bieden zorgverzekeraars nog steeds aanvullende verzekeringen aan.

2.1 De Zorgverzekeringswet (Zvw)

De Zorgverzekeringswet, die in 2006 is ingevoerd, kent een verplichte verzekering voor de hele bevolking om de risico's en gevolgen van ziekte af te dekken. Die verzekering wordt uitgevoerd door onderling concurrerende particuliere zorgverzekeraars. Voor deze zorgverzekeraars geldt dat ze iedere Nederlander (ingezetene) moeten accepteren die zich aanmeldt voor de zogenoemde basisverzekering. De basisverzekering verzekert een door de overheid vastgesteld basispakket zorg. De zorgverzekeraar mag dus niemand weigeren. Op deze manier voorkomt men dat zorgverzekeraars alleen gezonde mensen (met geringe schadelast) voor een polis aannemen en minder gezonde of zelfs zieke mensen weigeren. De basisverzekering dekt op hoofdlijnen de zorg die gericht is op genezing. Dit zijn onder andere: de kosten voor de eerstelijnszorg (huisarts, verloskundige), van medisch specialisten, ziekenhuiszorg, medicijnen en hulpmiddelen, revalidatie en ziekenvervoer (artikel 10). In het basispakket zitten onder andere niet de tandartszorg (voor mensen vanaf 18 jaar) en fysiotherapie.

Figuur 3:

Artikel 10 Zorgverzekeringswet: Het te verzekeren risico

“Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. Geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. Mondzorg;
- c. Farmaceutische zorg;
- d. Hulpmiddelenzorg;
- e. Verpleging;
- f. Verzorging, waaronder kraamzorg;
- g. Verblijf in verband met geneeskundige zorg;

Vervoer i.v.m. het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een aanspraak op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.”

De Zvw wordt – afgezien van een bijdrage van de Rijksoverheid – volledig via premieheffing gefinancierd. Verzekerden zijn hiervoor twee premies verschuldigd, namelijk:

1. *De nominale premie*

Deze premie is verschuldigd aan de eigen zorgverzekeraar. Het is een vast, maandelijks bedrag en kan verschillen per verzekeraar.

2. *De inkomensafhankelijke premie*

Dit is een percentage van het inkomen en wordt geheven door de belastingdienst.

Gelijktijdig met het van kracht worden van de Zvw, trad de Wet op de Zorgtoeslag (Wzt) in werking: deze wet moest waarborgen dat niemand een groter deel van zijn inkomen aan ziektekostenpremie hoefde te betalen dan volgens deze wet aanvaardbaar was. Wat boven deze norm komt voor een verzekerde, wordt door middel van de zorgtoeslag gecompenseerd.

2.1.1 Plichten van de zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar heeft zorgplicht. Deze is vastgelegd in artikel 11 van de Zvw. De zorgplicht wil zeggen dat de verzekeraar de plicht heeft om de prestaties die verzekerd zijn, ook daadwerkelijk te leveren (zie figuur 4):

- De zorg of overige diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft ('prestaties in natura'), of...
- ... vergoeding van kosten van deze zorg of overige diensten ('restitutie').

Figuur 4:

Artikel 11 Zorgverzekeringswet (lid 1 en 2): De te verzekeren prestaties

"1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het zich verzekerde risico voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:

- a. De zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of...
- b. Vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten

2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a. of b., worden opgenomen."

2.2 De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

De AWBZ bestond al sinds 1967 en bood oorspronkelijk dekking voor gezondheidsrisico's die op de (toen nog veelal particuliere) markt niet onder te brengen waren. Dit betrof risico's zoals langdurig verblijf in een verpleeghuis, instelling voor geestelijke gezondheidszorg of instelling voor gehandicaptenzorg. Later werden bij dit verstrekkingenpakket ook nog andere voorzieningen opgenomen en/of voorwaarden van verstrekking veranderd.

De AWBZ was een volksverzekering: dat betekende dat iedere Nederlander ('ingezetene') zich op deze wet kon beroepen, mits zij beschikten over een indicatiebesluit dat was afgegeven door het regionale kantoor van het Centrum

indicatiestelling zorg (CIZ). De AWBZ werd hoofdzakelijk via, door de belastingdienst geheven, premies gefinancierd.

2.2.1 Groeiende uitgaven AWBZ

De uitgaven in de AWBZ groeiden voortdurend. Uit het oogpunt van kostenbeheersing nam de overheid daarom maatregelen om die groei te beheersen. Naast de al genoemde stimulering van de concurrentie tussen zorgaanbieders, werd de op grond van de AWBZ verzekerde zorg steeds meer teruggebracht tot de kern, namelijk: de onverzekerbare zorg, zoals langdurige opname in een instelling, en een aantal echte zorgfuncties die bij mensen thuis geboden wordt, zoals intensieve verpleging en verzorging thuis.

In januari 2008 is de geneeskundige zorg van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw om meer samenhang aan te brengen in de op genezing gerichte (curatieve) zorg, zonder onderscheid in lichamelijke en geestelijke klachten. Alle behandelingen voor psychische problemen werden vanaf dat moment vergoed vanuit het basispakket, met inbegrip van de eerste acht zittingen eerstelijns psychologische zorg. Ook het eerste jaar opname in een GGZ-instelling maakte deel uit van het basispakket. Nadien wordt het AWBZ-zorg.

2.2.2 Persoonsgebonden budget (pgb)

Het persoonsgebonden budget (pgb) is een onderdeel van de AWBZ en een alternatief voor zorg in natura (ZIN), de hulp die door zorginstellingen wordt geleverd. Denk hierbij aan een thuiszorgorganisatie.

Het pgb is een subsidieregeling waarmee een verzekerde zijn eigen zorg kon inkopen. Deze zorg hoefde niet door een instelling gegeven te worden, maar mocht ook worden uitgevoerd door bekenden of familie. Met de invoering van het pgb kreeg een zorgvrager meer regie over de benodigde en gewenste zorg. Een positief neveneffect hiervan was dat iemand met behulp van een pgb vaak langer thuis kon blijven wonen. Het pgb is vanaf invoering al enkele keren gewijzigd. Vanaf 2003 kregen mensen met een indicatie het bedrag dat werd vastgesteld op hun eigen rekening gestort. Een indicatie werd afgegeven door een regionale indicatie organisatie (RIO). Met deze indicatie kreeg de pgb-gerechtigde een bedrag waarmee hij zelf de zorg kon inkopen die hij nodig dacht te hebben bij een zorgaanbieder van zijn keuze. Een pgb-houder contracteerde zelf zorgverleners, betaalde ze, hield de bijbehorende administratie bij en moest verantwoording afleggen aan het zorgkantoor. Het bedrag dat men dagelijks kwijt was aan de zorg, mocht nooit hoger zijn dan de kosten in een reguliere zorginstelling. In 2007 is de huishoudelijke verzorging geschrapt uit het pgb en overgeheveld naar de gemeente.

Het pgb werd een succes, maar had ook een te grote aanzuigende werking. In 2014 is daarom gestart met het geleidelijk invoeren van wat men het trekkingsrecht voor de pgb-houder noemt (zie par. 3.7). Vanaf 1 januari 2015 is dit systeem operationeel.

2.2.3 Zorgzwaartebekostiging door middel van het zorgzwaartepakket (zzp)

Op 1 januari 2009 werd binnen de AWBZ de bekostigingssystematiek door middel van het zorgzwaartepakket (zzp) ingevoerd. Deze systematiek was van toepassing voor zorg en diensten die verleend werden aan mensen met een verblijfsindicatie. Voor instellingen voor intramurale AWBZ-zorg, de instellingen die deze functie verzorgden, had deze nieuwe bekostigingssystematiek ingrijpende gevolgen: een budget werd niet langer toegekend op basis van toegekende/afgesproken capaciteit, maar op basis van de zzp's van de cliënten die er verbleven.

In een zzp is/was vastgelegd welk tarief werd toegekend voor wonen, zorg, diensten, dagbesteding en/of behandeling. Er werd een onderscheid gemaakt in diverse zzp-categorieën (1 t/m 10). Bovendien waren/zijn er verschillende zzp's voor verschillende branches (o.a. VVT, GGZ, GHZ). Om in aanmerking te komen voor een zzp moest door het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) vastgesteld zijn dat:

- Er sprake is van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening, of een verstandelijke of zintuiglijke beperking;
- De zorgvrager vanwege de zorg die hij/zij nodig heeft, aangewezen is op een beschermende woonomgeving en/of een therapeutisch leefklimaat en/of permanent toezicht;
- Dat de zorgvrager meer dan drie etmalen (18 dagdelen) per week deze zorg nodig heeft.

Vanaf 1 januari 2014 is het afgeven van een zzp-indicatie bij lichte zorgvragen gestopt (t/m zzp 3). Zorgvragers die in deze categorie vallen, zijn zorgvragers die: licht dementeren, hulp nodig hebben bij het uit bed komen, douchen en het bereiden van maaltijden. Er wordt vanuit gegaan dat zorgvragers tot en met indicatie zzp 3 in principe, met ondersteuning, thuis kunnen blijven wonen. Zij krijgen wel een indicatie voor extramurale zorg. Zorgvragers met een indicatie vanaf zzp 4 hebben in principe 24 uur per dag zorg en toezicht nodig. Vanaf januari 2015 wordt het begrip zorgzwaartepakket vervangen door het begrip 'zorgprofiel' (zie par. 3.8). 2015 Is een overgangsjaar.

2.3 De Wet maatschappelijke ondersteuning

De Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo) is in werking getreden in januari 2007 (zie: figuur 5). De bedoeling van deze wet was de maatschappelijke participatie en het zelfstandig functioneren van alle burgers in Nederland te bevorderen. Deze wet combineerde de Welzijnswet, de Wet Voorzieningen Gehandicapten en de niet-zorgfuncties uit de AWBZ. Eén van de delen die uit de AWBZ overgeheveld werd naar de Wmo, was de huishoudelijke verzorging.

De Wmo vormde een nieuw wettelijk kader voor samenhangend beleid op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, wonen en welzijn. De gemeenten kregen de primaire verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Wmo. De politieke

verantwoordelijkheid bleef bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

De wet deed en doet een sterk beroep op de eigen verantwoordelijkheid van mensen voor hun eigen zorg en op de verantwoordelijkheid van mensen voor elkaar. Iedereen moet meer meedoen om te zorgen dat iedereen, ook met beperkingen, mee kan blijven doen.

De kernboodschap van de Wmo is dat 'iedere burger' zich meer moet inzetten en dat men op zoek moet gaan naar een nieuwe balans in verantwoordelijkheden. Zowel tussen burgers en overheid als tussen burgers onderling. Van verzorgd worden (verzorgingsstaat) naar participeren in de zorg voor jezelf en voor elkaar (participatie).

De Wmo legt de eerste verantwoordelijkheid voor maatschappelijke ondersteuning bij de burger zelf. Eigen verantwoordelijkheid, zelforganisatie, mantelzorg en vrijwilligerswerk hebben voorrang op de Wmo. Dit betekent dat er geen aanspraak gemaakt kan worden op voorzieningen uit de Wmo wanneer je de zorg nog zelf kunt organiseren en/of gebruik kunt maken van mantelzorg of vrijwilligerswerk.

Figuur 5:

Maatschappelijke ondersteuning omvat o.a. (Wmo 2006/artikel 1):

- "Bevordering van sociale samenhang en leefbaarheid in dorpen, wijken en buurten;
- Preventieve ondersteuning van jeugdigen en ouders bij opgroeien en opvoeden;
- Bieden van maatschappelijke opvang inclusief vrouwenopvang;
- Verslavingsbeleid;
- Verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking t.b.v. hun zelfstandig functioneren;
- Bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer en het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking;
- Openbare geestelijke gezondheidszorg;
- Ondersteunen van mantelzorgers;
- Etc."

3 De vernieuwingen in het zorgstelsel vanaf 1 januari 2015

De in gang gezette vernieuwingen in januari 2015 richten zich vooral op de langdurige zorg, met de bedoeling om een omslag in gang te zetten naar meer maatwerk, meer zorg in de buurt en meer samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders. Maar ook naar duurzaam gefinancierde voorzieningen, zodat ook latere generaties er nog gebruik van kunnen maken.

3.1 Het nieuwe stelsel, uitgangspunten en gedachten

Het nieuwe samenhangende systeem van wet- en regelgeving beoogt de kwaliteit van zorg voor degenen die het nodig hebben te vergroten. Het systeem stuurt op het vergroten van de betrokkenheid van de samenleving (participatie). Tegelijkertijd stuurt het systeem nadrukkelijker dan voorheen op het nemen van verantwoordelijkheid door de burger voor zichzelf en voor elkaar. Bovendien stuurt het systeem op het zelf bijdragen naar vermogen aan het oplossen van de eigen zorgbehoefte.

Figuur 6: Voorbeeldsituatie

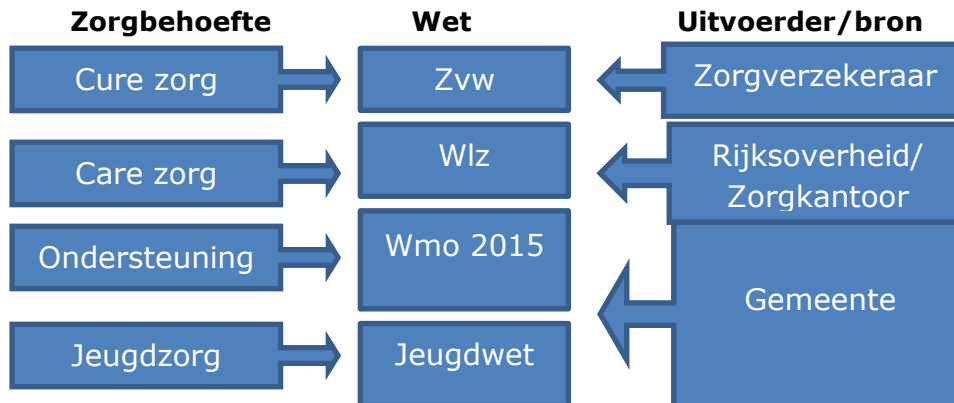
“Mevrouw de Groot krijgt al jaren thuiszorg. Ze krijgt ondersteuning bij het douchen, omdat ze risico heeft op vallen. Haar haren worden dan tegelijk gewassen en er worden krulspelden gezet. De dochter van mevrouw De Groot woont naast haar. Ze komt regelmatig even langs voor een kopje koffie en een praatje. Ondersteunen in de zorg doet ze niet, ze vindt dit een taak van de verzorgenden. Dat vindt moeder trouwens ook. De nieuwe wetgeving is voor het thuiszorgteam aanleiding om de situatie opnieuw te bespreken. Met moeder en dochter worden de vanzelfsprekendheden besproken. De uitkomst is dat dochter en haar kleinkinderen de afwas verzorgen, krulspelden zetten en nog wat andere taken op zich gaan nemen. De wijkverzorgende komt alleen om mevrouw De Groot te ondersteunen bij het douchen.”

Een belangrijke gedachte achter de nieuwe regelgeving is dat mensen zo mogelijk thuis willen blijven wonen en dat mensen die een beperking hebben zo zelfstandig mogelijk willen blijven leven. De nieuwe regelgeving zet daarom dan ook in op wat mensen individueel of samen nog wel kunnen in plaats wat ze niet meer kunnen. Als iemand ondersteuning nodig heeft, dan dient eerst een beroep gedaan te worden op het eigen sociale netwerk en de financiële mogelijkheden van de betrokkene zelf. Voor wie met die steun niet zelfredzaam kan zijn, is er ondersteuning en/of passende zorg. Het nieuwe stelsel wordt gevormd door de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (hierna: Wmo 2015), de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw), de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz), de Jeugdwet 2015 en de Participatiewet. De kern van de herziening is dat de taken uit de AWBZ zijn ondergebracht bij bestaande en nieuwe wetgeving. Dit betekent dat er vooral voor ouderen, chronisch zieken, jeugdigen en mensen met psychische aandoeningen ingrijpende veranderingen zijn aangebracht. Mensen gaan vanuit de AWBZ in sommige gevallen nu onder meerdere wetten vallen.

In het nieuwe systeem zijn er ‘bronnen’ van waaruit zorg wordt vergoed. Die bronnen zijn de verschillende wetten (Zvw, Wlz, Wmo 2015 en de Jeugdwet). Een bron wordt vertegenwoordigd, beheerd en georganiseerd door een uitvoerder. De zorgsoort (zorgbehoefte) die een cliënt heeft, bepaalt welke bron kan worden aangesproken voor vergoeding. Het verschil tussen het nieuwe en het oude systeem is vanuit dit

oogpunt primair gelegen in de groep cliënten die aanspraak kan maken op vergoedingen uit een bron. Wil hij aanspraak maken, dan kan hij zich melden bij de uitvoerder.

Figuur 7: Zorgbehoeften, wetten en uitvoerders



3.2 De Zorgverzekeringswet (Zvw)

De Zvw richt zich, evenals in het oude stelsel, op het dekken van risico's en gevolgen van ziekte voor de hele bevolking. Het gaat om medisch noodzakelijke zorg.

Zorgbehoefte van deze categorie cliënten is gericht op genezing of behoud van lichamelijke en geestelijke functies (cure zorg).

Een aantal zorgtaken die eerder onder de AWBZ vielen, is nu ook geschaard onder de categorie cure zorg. Het gaat om persoonlijke verzorging en verpleging bij mensen thuis (thuiszorg/wijkverpleging) en de zorg die mensen nodig hebben bij verblijf van korter dan drie jaar in een psychiatrische instelling.

Deze risico's en gevolgen van ziekte worden gefinancierd uit de verplichte basisverzekering (basispakket). Iedere Nederlander is verplicht deze verzekering aan te gaan en de verzekeraars hebben de plicht iedereen te accepteren die zich bij hen aanmeldt. Dit geldt niet voor de aanvullende verzekeringen op het basispakket die men ook bij de verzekeraars kan afsluiten. De uitvoering van de wet is belegd bij de zorgverzekeraars. Ze dekken de risico's (betalen) en onderhandelen over de inkoop van de zorg met de zorgaanbieders. Het gaat onder andere om:

- Huisartsenhulp en geneesmiddelen;
- Ziekenhuiszorg;
- Ambulancevervoer;
- Geïndiceerde persoonlijke verzorging en verpleging thuis (toedienen van medicijnen, hulp bij douchen);
- Zorg en verblijf in instellingen voor psychiatrische zorg (periode minder dan drie jaar).

3.3 Wet langdurige zorg (Wlz)

De nieuwe Wlz is in principe de overgebleven kern van de AWBZ. De Wlz neemt de meest intensieve zorgtaken voor zijn rekening. Zij is er voor de groep kwetsbare mensen die blijvend 24 uur per dag permanent toezicht en/of zorg in hun nabije omgeving nodig hebben. Het gaat om mensen met blijvende somatische, psychiatrische of psychogeriatrische beperkingen en om mensen met blijvende verstandelijke en/of zintuiglijke beperkingen. Het is een verzekering van rechtswege. Vanuit deze verzekering worden medische kosten gedekt die niet onder de Zvw vallen en die voor niemand zijn op te brengen.

De overheid is verantwoordelijk voor het organiseren van deze zorg en draagt het verzekeringsrisico. De zorgkantoren zijn door de overheid belast met de uitvoering ervan. Het gaat onder andere om:

- zorg in verpleeghuis (verpleeghuis is er voor intensieve zorg en zware medische zorg);
- langdurige geestelijke gezondheidszorg (GGZ);
- 24-uurszorg thuis (met persoonsgebonden budget – pgb).

Mensen in de Wlz hebben dus recht op een plek in een instelling, maar thuis (blijven) wonen kan ook. Dit moet dan wel verantwoord zijn. En de kosten hiervoor mogen niet hoger zijn dan de opname in een instelling.

Andere zorgvormen die ook onder de Wlz kunnen vallen zijn specifieke behandelingen die gericht zijn op herstel of verbetering van een aandoening, of het verbeteren van vaardigheden of gedrag van een cliënt. Dit kan bijvoorbeeld zijn het leren omgaan met woedeaanvallen, of het voorkomen van complicaties bij complexe problematiek. Adl-assistentie in en om de adl-woning kan ook onder de Wlz vallen. Voorwaarde om voor de andere zorgvormen in aanmerking te komen is dat de cliënt tot de groep mensen behoort waarvoor de Wlz is bedoeld.

Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) bepaalt als onafhankelijke partij of iemand toegang heeft tot de Wlz en bepaalt welk zorgprofiel iemand krijgt. Dat doet het CIZ aan de hand van zorgprofielen en de toegangscriteria die in de wet zijn vastgelegd.

3.4 Wet maatschappelijke ondersteuning 2015

De Wmo 2015 vervangt de oude Wmo. De wet richt zich op burgers die niet langer in staat zijn om op eigen kracht zichzelf te redden en/of te participeren in de samenleving. Deze cliënten hebben behoefte aan ondersteuning en begeleiding. De wet geeft de gemeenten de opdracht om de benodigde ondersteuning en begeleiding te organiseren, zodat deze groep cliënten toch zolang mogelijk thuis kan blijven. Het gaat hierbij niet om compensatie, maar om maatwerk. Volstaan algemene voorzieningen niet, dan heeft de gemeente de plicht om voorzieningen op maat te bieden.

De Wmo 2015 neemt een aantal taken van de AWBZ over. Het gaat om de ondersteuning bij mensen thuis zoals huishoudelijke hulp, beschermd wonen voor

mensen met een psychische aandoening, en dagbesteding en begeleiding van mensen die het niet zelfstandig kunnen redden.

De gemeenten krijgen een budget om deze ondersteuning mogelijk te maken. De gemeente is daarmee verantwoordelijk gesteld voor de ondersteuning van deze groep mensen. Het gaat om niet-medische ondersteuning en begeleiding. Het gaat onder andere om:

- Huishoudelijke hulp;
- Begeleiding en dagbesteding;
- Ondersteuning om de mantelzorger tijdelijk te ontlasten;
- Beschermd wonen voor mensen met een psychische aandoening;
- Opvang in geval van huiselijk geweld.

Er is een belangrijk onderscheid tussen de Wmo 2015 en de wetten Zvw en Wlz. De Wmo 2015 regelt de niet-medische ondersteuning en begeleiding. De aanspraak hierop is echter een voorziening en geen recht. De medische ondersteuning en begeleiding zoals deze geregeld worden in de Zvw en de Wlz zijn wel rechten. Daarom ook kan de niet-medische ondersteuning en begeleiding per gemeente in Nederland anders geregeld worden of meer of minder uitgebreid zijn.

3.4.1 Niet-medische ondersteuning en begeleiding

Niet-medische ondersteuning en begeleiding is de hulp in het dagelijks leven om zo zelfstandig mogelijk te kunnen leven. Deze hulp is in de ambulante zorg overwegend geschaard onder de Wmo-zorg. Voorbeelden zijn:

Hulp bij praktische zaken:

- ✓ De administratie (overzicht krijgen over facturen, contracten, verzekeringen, enz.)
- ✓ Boodschappen doen
- ✓ Geldbeheer (overzicht krijgen over inkomsten en uitgaven, rekeningen betalen, enz.)
- ✓ Post afhandelen
- ✓ Apparaten bedienen
- ✓ Medicatie innemen
- ✓ Vaardigheden oefenen, zoals schrijven en rekenen
- ✓ Vaardigheden oefenen, zoals omgaan met apparaten
- ✓ Woonbegeleiding
- ✓ Praktische pedagogische thuishulp en gezinsondersteuning
- ✓ Begeleiding op school (voortgezet speciaal onderwijs)
- ✓ Activerende psychiatrische thuiszorg

Gesprekken:

- ✓ Praten over zingeving
- ✓ Aandacht, bijpraten, samen koffie drinken
- ✓ Motiveren voor behandeling

Hulp bij contacten en communicatie:

- ✓ Contact zoeken met mensen in de omgeving

- ✓ Begrijpen wat anderen zeggen en jezelf begrijpelijk maken
- ✓ Hulp om gedragsproblemen te verminderen in de omgang met andere mensen

Leren om zelf regie te houden:

- ✓ Dag- of weekplanning maken
- ✓ Invulling van de dag
- ✓ Regelen van ingrijpende gebeurtenis, zoals een verhuizing

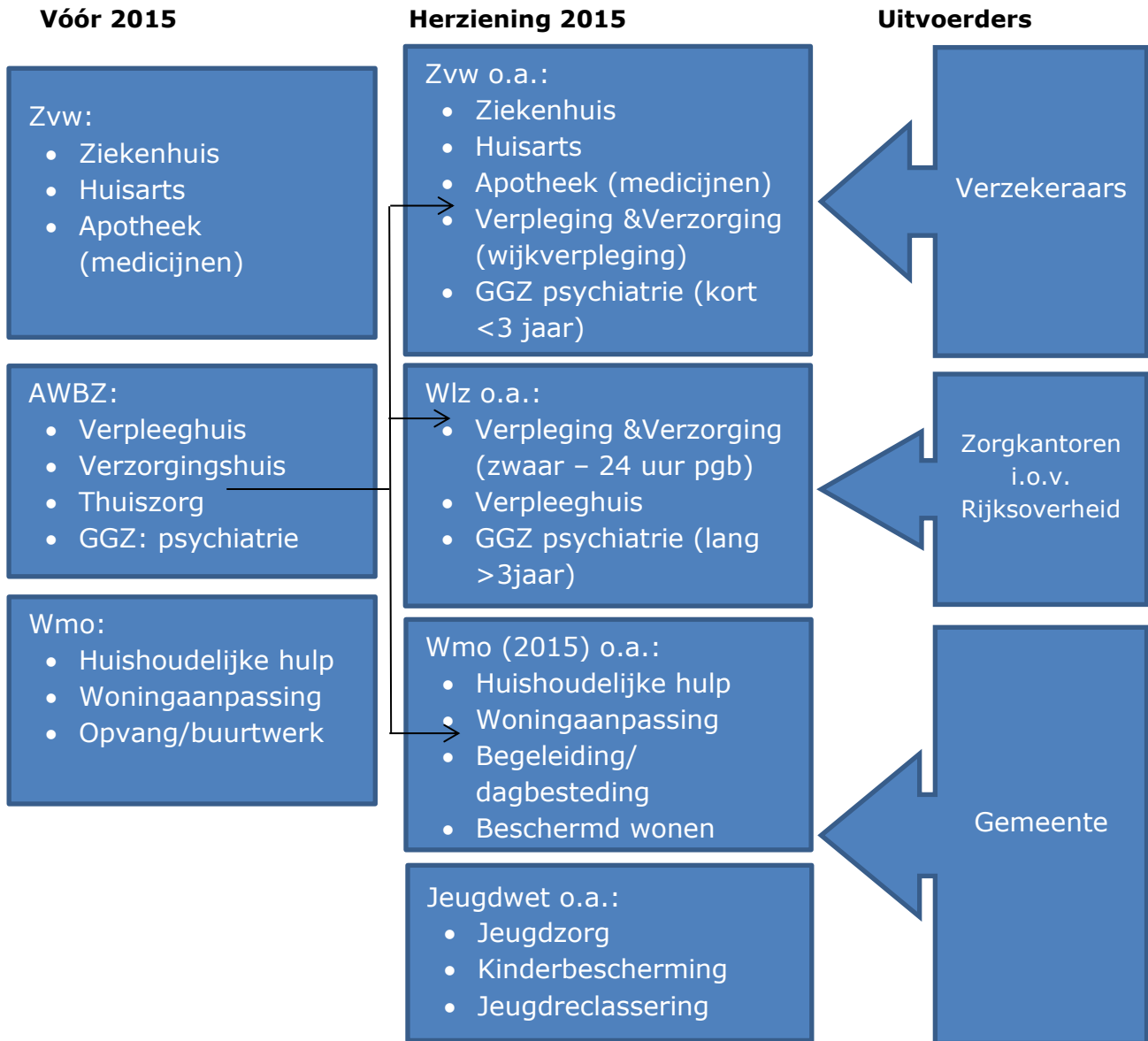
Begeleiding in groepsverband:

- ✓ Dagactiviteiten voor GGZ
- ✓ Dagbesteding voor mensen met een verstandelijke beperking
- ✓ Logeerhuizen
- ✓ Zorgboerderijen
- ✓ Zaterdagopvang voor kinderen met verstandelijke beperking
- ✓ Sport voor mensen met een verstandelijke beperking
- ✓ Vakantie voor mensen met een verstandelijke beperking
- ✓ Belevens- en uitgaanscentrum
- ✓ Inloophuizen (GGZ)
- ✓ Begeleiding van verslaafden om weer mee te doen in de maatschappij
- ✓ Ontmoetingsgroepen

3.5 De Jeugdwet

De Jeugdwet richt zich op zorg voor de jeugd (t/m 18 jaar) die problemen heeft. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om jongeren met een ernstige beperking of psychische aandoening, of die thuis mishandeld worden. Eigenlijk alle vormen van jeugdhulp worden vanuit deze nieuwe wet georganiseerd. In de Jeugdwet worden de gemeenten verantwoordelijk gesteld voor de uitvoering van alle jeugdhulp. Tot januari 2015 waren er drie bestuurslagen (rijk, provincie en gemeente) bij de jeugdzorg. Het kabinet wil met deze wet een einde maken aan dit bureaucratische oerwoud. Vanaf januari 2015 moeten alle kinderen die hulp nodig hebben via hetzelfde 'loket' binnenkomen.

Figuur 8: Schematische weergave van de veranderingen in de thuiszorg **Vóór 2015**



3.6 De Participatiewet

De Participatiewet richt zich op mensen met arbeidsvermogen die ondersteuning nodig hebben. De Participatiewet is in de plaats gekomen van wetten als de Wwb (Wet werk en bijstand), Wsw (Wet sociale werkvoorziening) en voor een deel de Wet Wajong (Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten).

De Wwb was het vangnet voor sociale zekerheid. Voor de uitvoering ervan waren de gemeenten verantwoordelijk. De Wsw was de wet die voorzag in werkvoorziening van mensen die door lichamelijke, psychische en/of verstandelijke beperking niet onder normale omstandigheden kunnen werken (sociale werkvoorzieningen). De Wet Wajong was een (volks)verzekering die uitkeerde wanneer iemand voor zijn zeventiende verjaardag arbeidsongeschikt was geworden en om medische of

arbeidskundige reden geen perspectief had op een gewone baan. Ook niet met ondersteuning. De uitkering bedroeg 75% van het minimumloon.

De Participatiewet beoogt een vereenvoudiging van de verschillende regelingen. De nieuwe wet moet eraan bijdragen dat mensen met een ziekte of handicap en mensen met een uitkering die kunnen werken, sneller en gemakkelijker aan het werk gaan (participeren) in een zo regulier mogelijke werkomgeving. De verantwoordelijkheid voor deze wet is neergelegd bij de gemeenten.

De invoering van de Participatiewet past binnen de bredere beweging binnen het sociaal domein waarin de overheid steeds meer (eigen verantwoordelijkheid) van haar burgers vraagt. Dit betekent dat ook in het proces van werk vinden eerst een beroep wordt gedaan op de eigen kracht, het eigen netwerk inschakelen en gebruik maken van de algemene voorzieningen. Voorzieningen als vacaturesites, sociale media, uitzendbureaus, enzovoort. Pas als aantoonbaar blijkt dat aanvullende ondersteuning noodzakelijk is, omdat men onvoldoende zelfredzaam is om op eigen kracht weer een passende plek op de arbeidsmarkt te vinden, dan komt maatwerk in zicht. Gerichte en waar nodig gespecialiseerde ondersteuning.

De basis van de Wet werk en bijstand blijft bestaan in de Participatiewet. De gemeente blijft verantwoordelijk voor het vangnet van de sociale zekerheid. De belangrijkste veranderingen zijn:

- De Wet sociale werkvoorziening is afgeschaft. De wettelijke rechten en plichten van de bestaande medewerkers in de sociale werkvoorziening blijven in stand, maar nieuwe instroom is niet meer mogelijk. In de nieuwe situatie kan men, wanneer men een uitkering heeft, een verzoek doen bij de organisatie waarvan men een uitkering krijgt voor hulp bij een opleiding of het krijgen van werk (UWV of gemeente). Wanneer men geen uitkering heeft moet aangeklopt worden bij de gemeente.
- Een Wajong-uitkering kan nu alleen nog worden aangevraagd wanneer iemand op jonge leeftijd een ziekte of handicap heeft gekregen en daardoor nooit meer kan werken (Wajong 2015). Het UWV bepaalt of iemand volledig en duurzaam arbeidsongeschikt is. Wanneer iemand volgens het UWV mogelijkheden heeft om te werken, dan komt men niet meer in aanmerking voor een Wajong-uitkering en moet men voor hulp bij studie of werk en inkomen aankloppen bij de gemeente.
- 'Verplichte herbeoordeling Wajongers'. Het UWV gaat alle mensen die een Wajong-uitkering hebben (240.000) herbeoordelen of ze wel of niet over arbeidsvermogen beschikken. Deze herbeoordeling moet voor 2018 zijn afgerond.
- In het sociaal akkoord zijn afspraken gemaakt met werkgevers die moeten bevorderen dat deze meer verantwoordelijkheid nemen voor de arbeidsdeelname van mensen met een beperking. Dit moet leiden tot de realisatie van minstens 125.000 banen voor deze groep. In de arbeidsmarktregio's zijn samenwerkingsverbanden opgezet tussen gemeenten en sociale partners om hier afspraken of te maken. Gemeenten hebben de

leidende rol in deze samenwerkingsverbanden. Herkeurde Wajongers hebben voorrang bij het invullen van deze 'garantiebanen'.

In de Participatiewet bestaat nog steeds de mogelijkheid om mensen een vorm van beschut werk te bieden, omdat het een illusie is om te denken dat alle burgers in een regulier bedrijf kunnen werken. Er zullen altijd mensen zijn die een dusdanige beperking hebben dat ze aangewezen zijn op een vorm van beschut werk. In het landelijk beleid wordt ervan uitgegaan dat er op termijn 30% van de 100.000 oude 'beschutte' werkplekken overblijven. Er is nadrukkelijk verschil tussen 'oud' beschut werk uit de WSW en 'nieuw' beschut werk binnen de Participatiewet. Alleen al waar het gaat om de verdien capaciteit. De huidige werknemers in de sociale werkvoorziening verdienen gemiddeld 50% van hun loon zelf door middel van productie. Voor beschut werk binnen de Participatiewet komen alleen burgers in aanmerking die maximaal 30% van hun loon zelf kunnen verdienen.

3.7 Trekkingsrecht pgb

Vanaf 1 januari 2015 is het trekkingsrecht pgb van toepassing. Trekkingsrecht wil zeggen dat een pgb-houder het toegekende budget waarvoor hij zorg kan inkopen niet meer zelf in beheer krijgt. Het bedrag wordt niet meer op de rekening gestort. Daarmee is het zelf betalen van de gecontracteerde zorgverleners voorbij. De pgb-houder hoeft zelf dus geen zorg meer te dragen voor de afwikkeling van de zorginkopen. Wel blijft hij zelf de regie houden over de zorginkopen.

Dit geldt voor iedereen die in 2015 een pgb van de gemeente krijgt (Wmo 2015 en/of Jeugdwet) of van het zorgkantoor (Wlz). Het trekkingsrecht geldt niet voor mensen die in 2015 een pgb krijgen van de zorgverzekeraar. Hoe dit pgb en de wijze van betaling van de zorgverleners is geregeld, is uitgewerkt in de polis van de zorgverzekeraar. Hier kunnen verschillen in zijn. Met de invoering van het trekkingsrecht wil de overheid zich ervan verzekeren dat het toegekende budget ook echt gebruikt wordt waarvoor het bedoeld is.

De pgb's die door de gemeente of het zorgkantoor zijn toegekend worden vanaf januari 2015 beheerd door het Servicecentrum pgb (onderdeel van de Sociale Verzekeringsbank - SVB). De gemeente of het zorgkantoor storten het pgb op de bankrekening van het Servicecentrum pgb. Het SVB verzorgt vervolgens alle betalingen aan de zorgverleners vanuit het budget van de pgb-houder en controleert of deze betalingen terecht zijn. Dit doet de SVB in opdracht van de pgb-houder. Dit is het trekkingsrecht. De SVB mag alleen betalingen doen aan zorgverleners als er een goedgekeurde zorgovereenkomst is. De pgb-houder sluit zelf deze overeenkomsten met de zorgverlener(s). De gemeente of het zorgkantoor beoordeelt of de overeengekomen zorg en tarieven uit het pgb betaald mogen worden. Wanneer dit het geval is, dan wordt de overeenkomst goedgekeurd en wordt het SVB geïnformeerd. Wanneer het gestorte pgb-budget op is, dan kan de pgb-houder geen zorg meer inkopen, tenzij hij zelf het benodigde bedrag bijstort op de bankrekening van het Servicecentrum.

3.8 Zorgprofielen

In de Wlz is bepaald dat indicaties voor langdurige zorg de vorm krijgen van zorgprofielen. Het zorgprofiel vervangt de zorgzwaartepakketten (zzp's) die onderdeel waren van de AWBZ. In een zorgprofiel staat de aard, inhoud en globale omvang van de zorg. Dit is anders dan in de zzp's waarin de zorg in uren stond omschreven. Het zorgprofiel Wlz omschrijft op welke zorg iemand recht heeft. De nieuwe zorgprofielen zijn genummerd. Hoe hoger het nummer van het zorgprofiel, hoe intensiever de zorg die iemand nodig heeft. Het nummer is gecombineerd met letters. De letters geven aan bij welke sector het zorgprofiel hoort (zie figuur 9).

Figuur 9:

Sector Verpleging en Verzorging (VV): Zorgprofiel VV4, VV5, VV6, VV7, VV8, VV9B, VV10

Voor mensen die vanwege een somatische of psychogeriatrische reden zorg nodig hebben, meestal ouderen. Palliatieve zorg is ondergebracht in zorgprofiel VV10. Geldigheidsduur VV profiel maximaal 6 maanden.

Sector Lichamelijk Gehandicaptenzorg (LG): Zorgprofiel LG2, LG4, LG5, LG6, LG7

Voor mensen die vanwege een lichamelijke handicap zorg nodig hebben.

Sector Verstandelijk Gehandicaptenzorg (VG): Zorgprofiel VG4, VG5, VG6, VG7, VG8

Voor mensen die vanwege een verstandelijke handicap zorg nodig hebben.

Sector Licht Verstandelijke Gehandicaptenzorg (LVG): Zorgprofiel LVG1, LVG2, LVG3, LVG4, LVG5, SGLVG1

Jongeren ouder dan 18 jaar die vanwege een licht verstandelijke handicap zorg nodig hebben. Geldigheidsduur maximaal LVG en SGLVG profiel maximaal 3 jaar.

Sector Zintuiglijk Gehandicaptenzorg (ZG): Zorgprofiel ZGvis2, ZGvis3, ZGvis4, ZGvis5, ZGaud2, ZGaud3, ZGaud4

Mensen die vanwege een zintuiglijke handicap zorg nodig hebben. Dit is onderverdeeld in visuele beperking (ZGvis: een sterke beperking in het zien) en auditieve beperking (ZGaud: een sterke beperking in het horen).

Sector Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ): Zorgprofiel GGZ-B3, GGZ-B4, GGZ-B5, GGZ-B6, GGZ-B7

Mensen die vanwege een psychiatrische aandoening zorg met behandeling nodig hebben en al langer dan 3 jaar deze zorg hebben ontvangen vanuit de zorgverzekeringswet. Geldigheidsduur GGZ B profiel maximaal 3 jaar.

Bron: www.zorgkantoor-zorgenzekerheid.nl/zorgprofielen/Zzp's

Door gebruik te maken van zorgprofielen kan het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) meer maatwerk bieden bij de indicatiestelling. Dit maatwerk wordt gerealiseerd door persoonlijk contact met de cliënt over de inhoud van de zorg. In samenspraak met de cliënt wordt bekeken wat de zorgbehoefte is en bij welk Wlz-zorgprofiel deze zorgbehoefte past. Het persoonlijk contact vindt plaats in de vorm van een huisbezoek, een bezoek aan een spreekuur of een telefoongesprek.

Indiceren door het CIZ met behulp van zorgprofielen zorgt voor een aantal veranderingen en ook voordelen:

- Er is meer persoonlijk contact tussen indicatiesteller (het CIZ) en de cliënt.
- Instellingen kunnen niet langer herindicaties voor cliënten afgeven. De instelling heeft geen mogelijkheden meer om zelf te indiceren.
- De indicaties die vanaf 2015 worden gegeven, zijn in principe levenslang geldig. Hierdoor vinden minder herindicaties plaats.

De beslissing van het CIZ staat in het indicatiebesluit. Met dit besluit kunnen cliënten of hun vertegenwoordigers naar een zorgkantoor of rechtstreeks naar een instelling gaan. Met behulp van de afgegeven indicatie stelt de zorgaanbieder (instelling) een zorgplan op en koppelt aan dit plan de hoeveelheid zorg die daarbij past en hoe die zorg wordt uitgevoerd (het zorgarrangement). Het zorgkantoor sluit vervolgens een overeenkomst met de door de cliënt gekozen zorgaanbieder af.

Als tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder afspraken tot stand zijn gekomen wat ze qua zorg en ondersteuning gaan doen voor een cliënt, dan krijgt de zorgaanbieder geld. Komt de zorgaanbieder niet na wat is afgesproken, dan moet het geld worden terugbetaald. Zo controleert het zorgkantoor of de zorgaanbieder nakomt wat is afgesproken.

Controle is een belangrijke taak voor de zorgkantoren. Zij hebben als uitvoerder van de Wlz de plicht om ervoor te zorgen dat hun verzekerden de geïndiceerde zorg en overige diensten verkrijgen waarop zij aangewezen zijn. Ter uitvoering van deze plicht dient de Wlz-uitvoerder werkzaamheden te (laten) verrichten als:

- Sluiten van zorginkoopovereenkomsten met zorgaanbieders op grond waarvan die zorgaanbieders namens hem zorg zullen verlenen waarop zijn verzekerden (getuige hun indicatiebesluit) zijn aangewezen.
- Te bemiddelen indien een verzekerde, die voor zorg in een instelling of voor een volledig pakket thuis heeft gekozen, van mening is dat de zorgaanbieder binnen de grenzen van het indicatiebesluit verkeerde of te weinig zorg levert, dan wel de bepalingen over de zorgplanbespreking en het zorgplan niet nakomt en de cliënt en de zorgaanbieder hier zelf niet uitkomen. *(Bron: Mvt Wlz 2015)*

3.9 Zorgplanbespreking en zorgplannen

In de Wlz zijn de zorgplanbespreking en het zorgplan verplicht gesteld. In een zorgplanbespreking maken de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger afspraken over de inhoud van de zorg met de zorgaanbieder. Deze afspraken worden vervolgens

vastgelegd in het zorg(leef)plan. Daarmee wordt het zorg(leef)plan een concrete uitwerking en overeenkomst tussen zorgaanbieder en cliënt over hoe aan de behoefte aan zorg van de cliënt tegemoet wordt gekomen in het leven van alledag.

Het zorg(leef)plan is individueel maatwerk en dus voor iedere cliënt weer anders. Het hangt af van individuele wensen, mogelijkheden, behoeften en van welke aanspraken een cliënt gebruik wil gaan maken. Op basis van het zorgplan stelt de zorgaanbieder een zorgarrangement vast.

Om de kwaliteit van zorg te borgen is de zorgaanbieder verplicht om in het zorgplan en het zorgarrangement afspraken te maken met de cliënt over:

- De doelen van de zorgverlening en de manier waarop getracht wordt deze te bereiken;
- De zorgverleners die voor de verschillende onderdelen van de zorg verantwoordelijk zijn, de wijze waarop de afstemming tussen die zorgverleners plaats vindt en wie de cliënt op die afstemming kan aanspreken;
- De wijze waarop de cliënt zijn leven wenst in te richten en de ondersteuning die hij daarbij van de zorgaanbieder zal ontvangen;
- De frequentie waarmee en de omstandigheden waaronder met de cliënt zal worden geëvalueerd en geactualiseerd.

De zorgaanbieder heeft in eerste instantie vanuit de Wlz een eigen professionele verantwoordelijkheid en taak in de zorgplanbespreking en het opstellen van het zorgplan. De Wlz-uitvoerder (het zorgkantoor) heeft echter ook een verantwoordelijkheid omdat de zorg namens hem verleend wordt. Komt een cliënt er niet uit met zijn zorgaanbieder of komt hij met zijn zorgaanbieder in conflict, dan kan hij zijn Wlz-uitvoerder vragen handelend op te treden.

4 De betekenis van de vernieuwingen voor de praktijk

De nieuwe wet- en regelgeving zorgt dat voor iedere Nederlander zorg beschikbaar is. Dit is niet nieuw. Wel is er minder geld beschikbaar voor de uitvoerders om de nieuwe wet- en regelgeving uit te voeren. Ook zijn er rechten op zorg omgezet naar voorzieningen. Dit heeft praktisch als gevolg dat er minder zorg beschikbaar is, omdat het zorgpakket waar hij rechten op kan laten gelden versmald is. Daarnaast is de toegang naar de zorg nadrukkelijker bewaakt. De burger komt er minder snel voor in aanmerking. Wanneer hij wel meer zorg of voorzieningen wil dan uit de bronnen kan worden verkregen, dan zal hij dat zelf moeten organiseren en waar nodig ook zelf betalen.

Deze praktische consequentie heeft alles te maken met de veranderende uitgangspunten van waaruit beleid voor de zorg nu gemaakt wordt. Dit vraagt niet alleen om een nieuwe 'mindset' van de burger, maar ook van de hulpverleners. Voor de hulpverlener is het credo niet langer 'zorgen voor', maar 'zorgen dat'. Voor de burger niet meer 'wie zorgt er voor', maar 'hoe zorg ik dat'. De gedachte is dat de

burger zelf de regie neemt om de zorg die hij nodig heeft te organiseren. Daarvoor gaat hij eerst inventariseren in hoeverre hij samen met zijn sociale netwerk zelfredzaam is. Dus eerst en meer een beroep doen op kinderen, familie, vrienden, vrijwilligers, andere naasten of mantelzorgers. En ook nagaan waar naar eigen middelen en vermogen kan worden bijgedragen aan de eigen zorgbehoefte.

4.1 Toegang tot de zorg

De toegangspoort tot de zorgbronnen wordt bewaakt. Om aanspraak te kunnen maken op een vergoeding (in natura of restitutie/pgb) uit een bron (Zvw - , Wlz-, Wmo- of Jeugdhulp) is een indicatie nodig. Degene die zorg of verpleging wil hebben, kan een indicatie aanvragen bij de uitvoerder. Voor het verkrijgen van een indicatie dient men zich te melden bij de juiste toegangspoort. Deskundigen die door de uitvoerders zijn benoemd, beoordelen dan of iemand de zorg nodig heeft en zo ja, welke zorg dat is en met hoeveel zorg kan worden volstaan. Indicatiestelling is dus het door deskundigen inschatten en vaststellen van de noodzakelijke zorg. Door een indicatie krijgt iemand dus toegang tot de noodzakelijke zorg.

Elke uitvoerder heeft zijn eigen toegangspoort (ook wel loketten) die bewaakt wordt door een scala aan deskundige poortwachters: huisartsen, wijkverpleegkundigen, Wmo-consulenten, mantelzorgconsulenten, enzovoort. Die toegangspoort zal komende jaren steeds belangrijker worden naarmate de overgang naar het nieuwe stelsel meer zijn beslag krijgt. Bijvoorbeeld omdat in de toekomst via de gemeenten de toegang wordt geregeld voor bijna de gehele ambulante zorg.

4.1.1 Toegang tot Zvw-zorg

De uitvoering van de wet is belegd bij de zorgverzekeraars. Ze dekken de risico's (betalen) voor de medische zorg en onderhandelen met de zorgaanbieders over de inkoop van de zorg. Op de Zvw kan aanspraak gemaakt worden wanneer iemand medische zorg, persoonlijke zorg of (wijk)verpleging nodig heeft. Onder de medische zorg vallen ook psychische hulp of GGZ-behandeling met opname tot maximaal drie jaar. De zorgverzekeraars hebben de toegang tot hun zorg en zorgaanbieders geregeld via de huisarts of wijkverpleegkundige.

4.1.2 Toegang tot de medische zorg

Wanneer iemand vanwege een (chronische of psychische) ziekte, lichamelijke beperking of ouderdomsgebreken medische zorg nodig heeft, dan kan hij naar de huisarts of een medisch specialist gaan. Bij medische zorg kun je denken aan het stellen van een diagnose, het voorschrijven van medicijnen of het uitvoeren van onderzoeken en medische ingrepen. De huisarts indiceert in opdracht van de zorgverzekeraar of medische zorg nodig is en om welke zorg het gaat. Wanneer het binnen zijn mogelijkheden ligt, geeft de huisarts zoveel mogelijk zelf uitvoering aan die zorg. Wanneer hij aanvullend onderzoek nodig heeft vanuit andere disciplines, kan hij dit in overleg met de zorgvrager zelf initiëren. Wanneer specialistische hulp nodig is, geeft de huisarts een verwijzing (een indicatie voor specialistische hulp). De

huisarts vormt de toegangspoort tot alle medische zorg (ook voor opname en behandeling in een kliniek).

4.1.2.1 Medische zorg voor psychisch zieken

Psychische zorg is onderdeel van de medische zorg. Wanneer iemand zorg nodig heeft vanwege een psychiatrische aandoening, dan kan hij zich melden bij de huisarts voor psychische hulp. Wanneer de huisarts (of zijn ondersteuner GGZ) indiceert dat er specialistische psychische hulp nodig is, dan kan hij doorverwijzen naar een psycholoog of psychiater. Bij psychisch specialistische hulp kun je denken aan gesprekken met een psycholoog of psychiater, voorschrijven van medicijnen of bepaalde vormen van cognitieve therapie.

Wanneer er sprake is van een crisissituatie, dan kan de huisarts of de crisisdienst ingeschakeld worden. Bij een crisissituatie kun je denken aan acuut verward raken als gevolg van wanen en hallucinaties waardoor risicosituaties kunnen ontstaan en opname in een klinische setting nodig is. Opname en behandeling in een kliniek valt de eerste drie jaar onder risico van de Zvw. Is langere opname en behandeling nodig, dan valt dit risico onder de Wlz. Uiteraard is hiervoor een indicatie vereist.

4.1.2.2 Medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking

Voor iemand met een verstandelijke of zintuiglijke beperking geldt dezelfde procedure als voor de burger zonder beperkingen. Wanneer medische zorg nodig is, dan is eerst een consult nodig bij de huisarts of specialist. De huisarts indiceert de medische zorg die nodig is en verwijst zo nodig door naar een specialist voor verdere diagnostiek, medicatie of medische ingrepen. Wanneer iemand in een instelling verblijft, is niet zelden een vaste huisarts aan deze instelling verbonden.

Hoe de medische zorg wordt geleverd en welke medische zorg wordt geleverd door de zorgverzekeraar, is afhankelijk van de afgesloten verzekering. Mogelijkheden zijn zorg in natura (wordt door zorgverzekeraar betaald) of restitutie (wordt door verzekeraar terugbetaald). Een pgb voor medische zorg is niet mogelijk.

4.1.3 Persoonlijke zorg en verpleging

Wanneer iemand vanwege een (chronische of psychische) ziekte, lichamelijke beperking of ouderdomsgebreken persoonlijke zorg of verpleging nodig heeft, dan kan de zorgvrager of een vertegenwoordiger zich melden bij een wijkverpleegkundige (thuiszorginstelling). Voor advies, persoonlijke zorg of verpleging kan advies gevraagd worden aan de huisarts of bijvoorbeeld de transferverpleegkundige in het ziekenhuis. Bij persoonlijke zorg of verpleging gaat het bijvoorbeeld om zorg en/of ondersteuning bij opstaan, douchen, wondverzorging, aantrekken van steunkousen en uitzetten en toedienen van medicijnen.

De wijkverpleegkundige indiceert de benodigde zorg in opdracht van de zorgverzekeraar en kent de zorg vervolgens toe. Dit kan in natura en in de vorm van een pgb. De indicatie bestaat praktisch uit een zorgplan opgesteld door de wijkverpleegkundige en de op basis daarvan vastgestelde benodigde zorg. Het betreft

zowel welke zorg nodig is als met hoeveel zorg er minimaal kan worden volstaan. Het zorgplan is de basis voor de vergoeding die wordt verstrekt aan de zorgaanbieder of is de basis voor het bedrag dat aan pgb wordt toegekend.

De wijkverpleegkundige heeft hiermee een centrale rol in de toegang tot de persoonlijke verzorging en verpleging waarop men wettelijk aanspraak kan maken. De gestelde indicaties worden steekproefsgewijs door de zorgverzekeraar gecheckt op correctheid.

Wanneer de indicatieaanvraag voor persoonlijke zorg of verpleging een complexe casus betreft, heeft de wijkverpleegkundige –mits er binnen een gemeente of regio sociale wijkteams zijn– de mogelijkheid de casus in te brengen om tot een indicatie te komen. In een sociaal wijkteam zijn meerder disciplines vertegenwoordigd en kan er breed naar een situatie gekeken worden. Niet alleen de vraag om zorg, maar ook de andere levensgebieden zoals welzijn, werk en inkomen komen dan in beeld.

4.1.4 Toegang tot de Wlz-zorg

De uitvoering van de Wlz-zorg is door de Rijksoverheid gedelegeerd aan de Zorgkantoren. De Wlz verzekert kwetsbare burgers die blijvende 24-uurs toezicht of zorg in hun nabije omgeving nodig hebben van zorg. Het gaat om mensen met blijvende somatische, psychiatrische of psychogeriatrische beperkingen en om mensen met blijvende verstandelijke en/of zintuiglijke beperkingen.

Wanneer iemand Wlz-zorg nodig heeft, is er wat toegang betreft in principe geen onderscheid. Voor mensen die chronisch ziek zijn, mensen met dementie, mensen met een verstandelijke beperking of mensen met chronisch psychiatrische beperking geldt dezelfde procedure. Er is alleen verschil in de situatie of de instelling waarin de zorg gegeven wordt.

Alle aanvragen voor Wlz-zorg kunnen aangemeld worden bij het Centrum indicatiestelling zorg. Het CIZ toetst of blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig is, bijvoorbeeld een verblijf in een instelling (verpleeghuis, GHZ) of persoonlijke zorg en begeleiding thuis.

Voor alle cliënten die nu in een instelling wonen, geldt dat zij hier mogen blijven wonen. Zij kunnen niet gedwongen worden om weer zelfstandig te wonen en houden hun recht op een plaats in een instelling. De Wlz is er ook voor bepaalde cliënten met GGZ-problemen (zorgprofiel GGZ-B, zie figuur 9).

Wanneer de indicatie is gesteld door het CIZ, is er toegang tot de Wlz-zorg. De indicatie gaat vervolgens naar het zorgkantoor welke uitvoering geeft aan de zorg via de gecontracteerde zorgleveranciers (zorginstellingen). De zorgkantoren zijn ondergebracht bij diverse zorgverzekeraars. Meestal bij de grootste zorgverzekeraar voor de regio. Nederland is verdeeld in 32 zorgkantoorregio's.

Een cliënt (of zijn vertegenwoordiger) die aanspraak denkt te kunnen maken, heeft recht op een onafhankelijke cliëntondersteuner (zie par. 4.1.6). Cliënten die zorg met een indicatie voor Wlz-zorg hebben, kunnen deze zorg onder voorwaarden ook thuis ontvangen, bijvoorbeeld door een volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of persoonsgebonden budget (pgb). In het geval van toewijzing van pgb stort

het zorgkantoor het toegekende pgb op rekening van het Servicecentrum pgb van de Sociale Verzekeringsbank (zie hiervoor par. 3.6).

4.1.5 Toegang tot de Wmo 2015 voorzieningen

De uitvoering van de Wmo is de verantwoordelijkheid van de gemeenten. De gemeenten hebben met de invoering van de Wmo 2015 de plicht gekregen om voorzieningen te organiseren die eraan bijdragen dat haar kwetsbare burgers zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, of kunnen wonen in een beschermde woonomgeving. Voorzieningen worden bijvoorbeeld gegeven in de vorm van extramurale begeleiding, kortdurend verblijf of een deel van de persoonlijke verzorging.

Dat gemeenten verantwoordelijk gesteld zijn, wil niet zeggen dat ze deze voorzieningen ook zelf moeten uitvoeren. In de praktijk organiseren de gemeenten hun voorzieningen door samenwerking te zoeken met aanbieders van zorg en ondersteuning binnen de gemeente of regio, zoals woonzorgcentra, particuliere dagopvang, beschermde woonomgevingen en gemeenschapscentra.

4.1.5.1 Van recht en compensatieplicht naar maatwerkvoorziening

Waar kwetsbare burgers eerder aanspraak maakten op de AWBZ, moeten ze nu voor hun zorg en ondersteuning aankloppen bij de gemeente, omdat deze voorzieningen nu overgeheveld zijn naar de Wmo. Dit betekent ook dat nu andere uitgangspunten voor deze voorzieningen gelden. Waar de AWBZ het recht op zorg kende met landelijke richtlijnen en een landelijke indicatiestelling, gaat de Wmo 2015 uit van maatwerkvoorziening. Ook is het 'recht op compensatie' (compensatieplicht) uit de 'oude' Wmo komen te vervallen. Daarvoor in de plaats is het recht op een zorgvuldige toegangsprocedure gekomen. Een dergelijke (goed uitgevoerde) procedure moet telkens tot een juist besluit komen: ondersteuning waar ondersteuning nodig is. In een toegangsprocedure die telkens gevolgd moet worden, moet duidelijk worden wat precies de hulpvraag van de cliënt is, wat zijn behoeften zijn en wat de gewenste resultaten zijn. Daarbij wordt onderzocht wat de cliënt (op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, mantelzorg of met hulp van zijn sociaal netwerk dan wel door het verrichten van maatschappelijk nuttige activiteiten) kan doen om zijn zelfredzaamheid en participatie te handhaven of te verbeteren. Verder wordt bepaald of zo nodig met gebruikmaking van een algemene voorziening kan worden volstaan, of dat een maatwerkvoorziening/individuele voorziening nodig is. Een maatwerkvoorziening is aanvullend op hetgeen iemand zelf kan bijdragen en vormt samen met de inzet van eigen kracht of (indien van toepassing) gebruikelijke hulp of mantelzorg een samenhangend ondersteuningsaanbod (maatwerk). De manier waarop de gemeente dat doet, is aan de gemeente. Of anders: een gemeente kan naar eigen inzicht de voorzieningen organiseren om haar kwetsbare burgers te ondersteunen. Dit verklaart dat er verschillen kunnen zijn tussen gemeenten.

Figuur 10: Opbouw van het ondersteuningsarrangement gemeenten



4.1.5.2 Wmo-loket en wijkteam

Een gemeente kan naar eigen inzicht de voorzieningen organiseren om haar kwetsbare burgers te ondersteunen. Gemeenten kunnen dus hun eigen keuzes maken en hebben dit ook gedaan. Ook waar het gaat om de toegang tot de voorzieningen. Voor toegang tot de voorzieningen hebben gemeenten onder andere een Wmo-loket. Daar kan iemand zich digitaal, telefonisch of lijfelijk melden voor een aanvraag om ondersteuning. Het 'loket' bevindt zich meestal op een centrale plaats in de gemeente, bijvoorbeeld in het gemeentehuis. Er zijn ook gemeenten die naast het loket (sociale) wijkteams inzetten.

Wijkteams bevinden zich in de wijk, dichtbij de burger. In een wijkteam hebben verschillende vertegenwoordigers voor zorg en welzijn zitting, zoals de wijkverpleegkundige, de praktijkondersteuner van de huisarts, een vertegenwoordiger van de woningcoöperatie, een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige en een maatschappelijk werker. Ook bewoners van de wijk zelf kunnen deelnemen aan een wijkteam. De gedachte achter een wijkteam is dat er een betere integratie van zorg en welzijn in een wijk gerealiseerd wordt. Een wijkteam heeft vaak een centraal aanspreekpunt.

Figuur 11: Voorbeeldsituatie

"Meneer Keizer is al weken neerslachtig. Hij heeft duidelijk hulp nodig. Zijn thuishulp adviseert hem naar de huisarts te gaan. In de oude situatie zou de kans groot geweest zijn dat de huisarts hem richting GGZ-hulp zou hebben gestuurd vanwege een beginnende depressie. Nu vertelt de huisarts meneer Keizer dat er een wijkteam is. De praktijkondersteuner van de huisarts zit ook in

dit team. De huisarts brengt meneer Keizer in contact met de dagbegeleider van het wijkteam. Meneer Keizer kent de dagbegeleider al een beetje uit het buurthuis waar hij af en toe komt. De dagbegeleider stelt samen met de rest van het wijkteam een plan van aanpak op voor meneer Keizer. Dat bestaat uit een cursus rouwverwerking en deelname aan een lotgenotengroep. Maar ook hebben ze een bridgeclub in de wijk gevonden. Zo komt meneer Keizer weer onder de mensen. Bovendien is een gepensioneerde buurtbewoner gevraagd om meneer Keizer te helpen met zijn tuintje.”

(naar voorbeeld website VGZ)

4.1.5.3 Hulp om thuis te blijven wonen

Wanneer iemand ondersteuning nodig heeft om thuis te blijven wonen, dan kan hij zich melden bij het Wmo-loket van de gemeente of contact zoeken met de contactpersoon van het wijkteam. De gemeente doet vervolgens onderzoek naar de hulpvraag en de persoonlijke omstandigheden van de aanvrager. Dit onderzoek vindt vaak plaats in de vorm van een gesprek met iemand van de gemeente of iemand van het wijkteam die de gemeente vertegenwoordigt. Deze gesprekken worden ook wel de 'keukentafelgesprekken' genoemd.

Bij voorzieningen waarvoor je bij de gemeente terecht kunt in het kader van thuis blijven wonen, gaat het om woningaanpassing of andere algemene of maatwerkvoorzieningen zoals huishoudelijke hulp, dagbesteding, individuele begeleiding, gespecialiseerde begeleiding, doventolk of mantelzorgondersteuning.

4.1.5.4 Beschermdde woonomgeving

Wanneer iemand een beschermdde woonomgeving nodig heeft omdat hij bijvoorbeeld een psychiatrische aandoening heeft, dan kan hij zich daarvoor ook melden bij de gemeente. De gemeenten zijn immers verantwoordelijk voor het bieden van beschermdde woonvormen (bijv. RIBW).

Wmo-voorzieningen kunnen ook in de vorm van een pgb toegewezen worden wanneer een aanvrager dit wenst. Bij het onderzoeken van de hulpvraag en de persoonlijke situatie heeft de aanvrager van een Wmo-voorziening recht op een onafhankelijke cliëntondersteuner.

4.1.5.5 Keukentafelgesprekken

Een keukentafelgesprek is het gesprek dat burgers samen met de gemeente voeren om in aanmerking te komen voor ondersteuning vanuit de gemeente. Burgers kunnen zich daarbij laten ondersteunen door anderen. Doel van het keukentafelgesprek is om voor iedere individuele burger tot een passende oplossing te komen. Het uitgangspunt bij deze gesprekken is niet wat de burger niet kan, maar vooral wat hij kan en welke oplossingen bijdragen tot het participeren aan de maatschappij. Tijdens het gesprek komt de specifieke situatie van de burger aan bod. Het probleem dat wordt ondervonden wordt niet besproken, wat vaak de insteek van de burger zelf is. Het is juist de bedoeling dat er veel breder gekeken wordt naar zijn situatie, naar alle

levensterreinen (bijv. hoe ziet zijn dag eruit, wat doet hij zoal, hoe is de inkomenspositie, hoe ziet zijn netwerk eruit, hoe zijn de contacten in de buurt). Voor de gemiddelde burger zal het niet altijd eenvoudig zijn om zijn belangen evenwichtig aan het licht te brengen in zo'n gesprek. Daarom kan de burger een beroep doen op een onafhankelijke cliëntondersteuner.

4.1.6 Cliëntondersteuning

In de wettekst van de Wmo 2015 is in een definitie vastgelegd wat cliëntondersteuning in moet houden. Die definitie luidt als volgt:

“Cliëntondersteuning houdt in: onafhankelijke ondersteuning met informatie, advies en algemene ondersteuning die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie en het verkrijgen van een integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, preventieve zorg, zorg, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen. In principe kunnen alle (kwetsbare) burgers een beroep doen op cliëntondersteuning. Ze moet toegankelijk en geschikt zijn voor alle categorieën van cliënten.”

Onafhankelijke cliëntondersteuning is in de Wmo 2015 opgenomen als een verplichting voor de gemeenten. De gemeenten dienen ervoor te zorgen dat onafhankelijke cliëntondersteuning beschikbaar is voor haar burgers.

Cliëntondersteuning is hiermee een algemene voorziening en kosteloos voor de burger. De gemeente heeft de plicht om de cliënt en zijn mantelzorger voorafgaand aan een gesprek te wijzen op de mogelijkheid van gratis gebruik van de cliëntondersteuning. Cliëntondersteuning is ook beschikbaar voor aanvragers van een pgb voor Wmo-voorzieningen en voor mantelzorgers met het oog op verlichting van de belasting van mantelzorgers.

Onafhankelijkheid staat voor professionele autonomie. Onafhankelijkheid van de cliëntondersteuning betekent dat de cliënt erop kan vertrouwen dat de ondersteuning die geboden wordt bij de besluitvorming over de toekenning van een voorziening of een pgb volledig onafhankelijk is van het besluit dat de gemeente uiteindelijk neemt. Het belang van de cliënt moet het enige zijn wat meetelt voor de cliëntondersteuner. Cliëntondersteuning kan op verschillende manieren tot uitvoering komen, bijvoorbeeld het geven van informatie en advies, vraagverheldering, kortdurende ondersteuning, activering van de cliënt en zijn netwerk, bemiddeling en verwijzing, ondersteuning bij crisis in geval van interventie, hulp bij monitoring en evaluatie van dienstverlening en zorg en hulp bij klachten. Informele vormen van cliëntondersteuning zijn er ook, zoals vrijwillige ouderenadviseurs van de ouderenbonden, cliënten- en familieorganisaties, lotgenotencontacten en ervaringsdeskundigen. Bovendien zijn er collectieve vormen van cliëntondersteuning, zoals de GGZ-steunpunten, groepscursussen (seksuele) weerbaarheid onder andere gegeven door MEE-organisaties aan mensen met een verstandelijke beperking.

Collectieve of groepsgewijze vormen van cliëntondersteuning kunnen voordelen hebben. Ze bereiken vaak meer mensen tegelijk, zijn daarmee efficiënt en kunnen daardoor ook een preventief effect hebben.

Daarnaast zijn er ook commerciële ondersteuningsbureaus (zorgmakelaars) die een rol kunnen vervullen bij de cliëntondersteuning.

4.1.6.1 Steunpunten GGZ

Steunpunten GGZ bieden individuele en collectieve ondersteuning aan mensen met psychosociale of psychiatrische problematiek (inclusief verslavingsproblemen) en hun naasten. De meeste steunpunten richten zich op de doelgroep van maatschappelijke opvang en vrouwenopvang.

Steunpunten GGZ werken met een combinatie van professionals en vrijwilligers, meestal ervaringsdeskundigen met een training of opleiding ervaringsdeskundige. Kenmerken en werkwijze van steunpunten GGZ zijn: laagdrempelig, cliëntvolgend, onafhankelijk, gericht op versterking van eigen kracht en netwerk en ervaringsdeskundigheid. Er zijn verschillende namen in gebruik voor soortgelijke steunpunten als steunpunt GGZ, bijvoorbeeld: Zelfregiecentrum, STIP (Steun- en informatiepunt) en Cliëntenbelangen bureau.

De steunpunten worden over het algemeen vanuit de Wmo gefinancierd. Sommige steunpunten ontvangen ook nog geld vanuit zorginstellingen of vanuit zorgkantoren/zorgverzekeraars.

4.1.6.2 MEE-organisaties

De MEE-organisaties leveren op dit moment cliëntondersteuning gericht op mensen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking. Ook richt de ondersteuning van MEE zich op de ouders, familieleden, andere verwanten, verzorgers of vertegenwoordigers. MEE-Nederland staat voor het netwerk van MEE-organisaties. De MEE-organisaties heetten vroeger de 'Sociaal Pedagogische Diensten' (SPD). De MEE-cliantondersteuning bestaat al meerdere jaren. In de praktijk voeren 22 MEE-organisaties de cliëntondersteuning uit voor mensen met een beperking. Ze deden dit op basis van Regeling Subsidies AWBZ. Omdat cliëntondersteuning in de Wmo 2015 op een nieuwe wijze is gedefinieerd, betekent dit dat ook de cliëntondersteuning van mensen met een beperking onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten valt. Hiermee wordt het MEE-budget overgeheveld naar de gemeenten.

4.1.7 Toegang tot de Jeugdhulp

Met de invoering van de Jeugdwet is de jeugdhulpverlening naar de gemeenten gegaan. Dit betekent dat de verantwoordelijkheid nu gepositioneerd is op lokaal niveau en dat de toegang tot die hulp ook op dit niveau ligt. Hiermee verdwijnt het Bureau Jeugdzorg en richten gemeenten hun eigen toegangspoort in waar ouders en/of kinderen terecht kunnen voor hulp of advies bij vragen over opvoeden en opgroeien. Belangrijk uitgangspunt bij het inrichten van die toegangspoort is dat het goed bereikbaar, laagdrempelig, herkenbaar en dichtbij voor jeugd en gezin moet zijn. In de meeste gemeenten zijn nu Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) ingericht waar men terecht kan. Ook de huisarts, schoolarts, maatschappelijk werker of (sociale)

wijkteams en/of wijkteams voor jeugd en gezin hebben een link met of een rol in de toegang tot de jeugdhulpverlening.

De toegangspoort tot de jeugdhulp indiceert of professionele hulp nodig is. Dit doen ze door samen met de betrokkenen precies in kaart te brengen wat er aan de hand is en te bepalen wat de beste volgende stap is, bijvoorbeeld het inzetten van hulp in het gezin (hulp aan huis bij opvoeding, videotraining of familiegesprekken met een begeleider). Ook is natuurlijk individuele hulp mogelijk. Bij het inzetten van professionele jeugdhulp krijgen cliënten vaak een contactpersoon aangewezen.

4.1.7.1 Soorten jeugdhulp

Jeugdhulp is in verschillende vormen van hulp te onderscheiden, onder andere: ambulante jeugdhulp, jeugdgezondheidszorg, jeugd-GGZ, jeugd met een beperking, jeugdzorgPlus, pleegzorg en residentiële jeugdhulp.

Zo richt ambulante jeugdhulp zich op gezinnen met kinderen die problemen hebben zoals spijbelen, ruzie of wangedrag. De hulp wordt thuis geboden. Bij ambulante hulp staan participatie en de eigen kracht, de zelfredzaamheid en wat mensen wél kunnen centraal. De kinderen en ouders houden daarbij zoveel mogelijk de regie in eigen hand.

Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is de publieke gezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen tussen de 0 en 19 jaar. De JGZ volgt de fysieke, sociale, psychische en cognitieve ontwikkeling van jeugdigen op individueel en groepsniveau. De publieke zorg voor de jeugd is de zorg van de samenleving voor de (optimale) voorwaarden waarbinnen alle kinderen zich veilig en gezond kunnen ontwikkelen.

De jeugd-GGZ biedt hulp aan kinderen en jeugdigen met een psychische aandoening die zo ernstig kan zijn, dat zij hierdoor in hun ontwikkeling worden bedreigd. Bij jeugd met een beperking gaat het om kinderen en jongeren die op grond van de AWBZ ondersteuning en zorg ontvingen. Nu de AWBZ is verdwenen, valt een deel van deze zeer diverse groep onder de Jeugdwet. De gemeenten nemen nu de zorg voor zorg en ondersteuning op zich.

JeugdzorgPlus is een intensieve vorm van jeugd- en opvoedhulp voor jeugdigen die ernstige gedragsproblemen hebben en zich aan de noodzakelijke behandeling dreigen te onttrekken. JeugdzorgPlus betekent hulp met dwang en drang voor jeugdigen voor wie een 'machtiging gesloten jeugdzorg' is afgegeven door de kinderrechter. Deze hulp valt onder de onvrijwillige jeugdhulp.

Pleegzorg betekent dat een kind wegens problematiek in de huiselijke sfeer tijdelijk in een ander gezin gaat wonen. Als er problemen zijn in een gezin, wordt altijd eerst gekeken of deze thuis op te lossen zijn. Lukt dat niet, dan is pleegzorg de eerste keus. Residentiële jeugdhulp is hulpverlening waarbij kinderen en jeugdigen, op vrijwillige of gedwongen basis, (tijdelijk) dag en nacht buiten hun eigen omgeving verblijven.

Bijlage 1 Vernieuwend zorgen en coachen op zelfredzaamheid

De veranderde wet- en regelgeving vraagt een andere 'mindset' en andere vaardigheden van zorgverleners, (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden in het bijzonder. De positie van de burger als hulpvrager is veranderd. Er wordt een meer zelfverantwoordelijke rol van hem gevraagd. Concreet betekent dit dat voor zorgmedewerkers de nadruk niet meer ligt op 'zorgen', maar op 'coachen': coachen op zelfredzaamheid en zelfregie in relatie tot gezondheid, ziekte en zorg. Praktisch betekent dit voor verpleegkundigen en verzorgenden dat ze de oude patronen waarin ze nu nog vaak opereren, moeten loslaten en nieuwe patronen moeten aanleren die passen bij de vernieuwde rolverwachtingen. Dat zal niet altijd eenvoudig zijn, omdat ze sterk verbonden zijn met de ingesleten beroepsopvattingen, normen en waarden van waaruit verpleegkundigen en verzorgenden al jarenlang werken.

Nieuwe definitie 'gezondheid'

Niet alleen de veranderde wet- en regelgeving vraagt een andere 'mindset' van de zorgverleners. Ook de nieuwe definitie voor gezondheid die per december 2014 in Nederland, na jaren van discussie, is geïntroduceerd appelleert aan een andere mindset.

Die definitie luidt als volgt:

"Gezondheid is het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven (Gezondheidsraad en ZonMw)."

Met uitdagingen worden de moeilijke opgaven in het leven, zoals het hebben van een ziekte, stoornis of beperking, bedoeld. In deze definitie wordt de nadruk gelegd op het vermogen of de kracht om gezond te zijn of te worden. Zelfs wanneer er sprake is van ziekte. Persoonlijke groei en ontwikkeling en het vervullen van persoonlijke doelen in het leven zijn even belangrijk.

Op basis van de nieuwe definitie is gezondheid te verdelen in zes dimensies:

- ✓ Lichamelijke functies
- ✓ Mentale functies en beleving
- ✓ De spirituele of existentiële dimensie
- ✓ Kwaliteit van leven
- ✓ Sociaal-maatschappelijke participatie
- ✓ Dagelijks functioneren

Deze definitie spreekt mensen met een ziekte, beperking of stoornis aan in hun kracht, ze worden niet uitsluitend benaderd als zieke (zoals in de definitie voor gezondheid van de WHO). Uit de verschillende dimensies blijkt ook dat sociale

participatie en zingeving minstens zo belangrijk zijn als aandacht voor fysieke klachten. Deze definitie legt het accent nadrukkelijk op veerkracht, zelfredzaamheid en zelfregie.

Zelfredzaamheid

Aan het begrip zelfredzaamheid worden verschillende betekenissen gegeven. Zoals:

- ✓ "Het vermogen om normale activiteiten van het dagelijks leven zelfstandig te kunnen doen, en allerlei problemen zelf te kunnen aanpakken, zonder professionele hulpverlening."
- ✓ "De mate waarin iemand in staat is voor zichzelf te zorgen."
- ✓ "Het vermogen om dagelijkse levensverrichtingen zelfstandig te doen, zoals eten, drinken, wassen en aankleden."
- ✓ "Het vermogen om het leven in te richten zonder hulp van anderen."
- ✓ "Het vermogen van mensen om zichzelf te redden op alle levensterreinen met zo min mogelijk professionele ondersteuning en zorg."

Vanuit het vernieuwde wettelijke kader en de nieuwe definitie voor gezondheid is de laatstgenoemde betekenis de best passende uitleg voor zelfredzaamheid. In deze uitleg komt zowel de zelfregie, het zelf praktisch kunnen handelen als het vermogen om zichzelf zoveel mogelijk te redden met behulp van zijn sociale netwerk tot uitdrukking.

Zelfredzaamheid betekent niet dat je mensen aan hun lot moet overlaten. Maar het mag er evenmin toe leiden dat mensen genooddaakt zijn om al hun energie in bijvoorbeeld hun huishouden te steken en ze geen energie meer over hebben voor sociale activiteiten.

Bij zelfredzaamheid gaat het om zelfstandig mee kunnen doen op de verschillende levensterreinen, zoals: invulling geven aan de dag, het lichamelijk, psychisch en cognitief functioneren, sociaal netwerk, woonsituatie, hdl- en adl-activiteiten, mobiliteit en financiën.

Zelfregie

Volgens Van Dale betekent 'regie': 'de leiding hebben'. Bij zelfregie gaat het om de leiding over jezelf hebben, zelf kunnen bepalen wat je wilt. Het gaat bij zelfregie dus om het organiseren van je eigen leven in de richting zoals jij dat voor ogen hebt en wilt. Het maakt hierbij niet uit of je voor het richting geven aan je leven een beroep op anderen moet doen voor steun en zelfredzaamheid of participatie. Het gaat dus om zelf bepalen, niet om zelf doen. Zelfregie is nauw verbonden met zelfbeschikking (autonomie). Zelfbeschikking is een recht voor iedere burger dat verankerd is in de grondwet met uitzondering van degenen die een gevaar zijn voor zichzelf of hun omgeving.

Veranderde rollen

Het verhoogde appèl op eigen kracht, zelfredzaamheid en zelfregie betekent in de relatie cliënt en verpleegkundige of verzorgende dat de cliënt een actieve rol heeft in het bedenken en uitvoeren van het plan en de rol van de verpleegkundige of verzorgende volgend is. De cliënt leunt dus niet achterover, maar heeft een actieve rol. Heeft hij deze niet, dan is het de deskundigheid en taak van de verpleegkundige of verzorgende om de cliënt te motiveren tot die actieve rol. Naast een volgende rol heeft de verpleegkundige of verzorgende zeker ook een actieve rol te vervullen. Niet door snel even bedenken wat goed is op basis van eigen kennis en ervaring, maar om de cliënt zich bewust te laten zijn of worden van zijn eigen kracht en mogelijkheden. Of de cliënt helpen motivatie te vinden zelf oplossingen te bedenken en plannen te maken en uitvoeren. Of het ondersteunen bij het vinden en in kaart brengen van mogelijkheden binnen het sociale netwerk.

Het versterken en toepassen van zelfregie in de praktijk is niet eenvoudig. Het vraagt (gespreks)vaardigheden en kritisch naar jezelf kunnen kijken: welke normen en waarden hanteer ik? Wil ik echt uitgaan van de regie van de cliënt en doe ik dat ook? Past het in deze situatie om een stuk regie over te nemen of laat ik me leiden door mijn eigen belangen? Het versterken van zelfregie van de cliënt vraagt om een bewuste aanpak van verpleegkundigen en verzorgenden en vereist speciale competenties. Competenties als:

- Coachen
- Doorvragen/vraag achter de vraag
- Kunnen en durven loslaten

De veranderde wet- en regelgeving vraagt de beroepsgroep van verpleegkundigen en verzorgenden nieuwe uitdagingen aan te gaan en speciale competenties te ontwikkelen.

Bijlage 2 Begrippenlijst

Algemene voorziening (Wmo)

Voorzieningen die gemeenten treffen gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid of participatie en het voorzien in de behoefte aan beschermd wonen en opvang. De gemeente is vrij in de keuze welke algemene voorzieningen zij treft. Een algemene voorziening kan ook een volwaardig alternatief zijn voor een maatwerkvoorziening.

AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De AWBZ zorgde ervoor dat iedereen in Nederland verzekerd was voor zorg bij langdurige en/of zware zorg. De AWBZ is op 1 januari 2015 vervallen.

Begeleiding

Begeleiding is hulp in het dagelijks leven om zo zelfstandig mogelijk te kunnen leven. Begeleiding in de ambulante zorg is overwegend geschaard onder de Wmo-zorg.

Beschermd wonen

Volgens de Wmo is beschermd wonen: 'wonen in een accommodatie van een instelling met daarbij behorende toezicht en begeleiding, gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie, het psychisch en psychosociaal functioneren, stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld, het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen, bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen, die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving'.

Centrum indicatiestelling zorg (CIZ)

Per 1 januari 2015 is het CIZ een publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het CIZ onderzoekt of een aanvrager in aanmerking komt voor zorg vanuit de Wlz (Wet langdurige zorg) en in welke vorm (bijv. wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging). Wanneer iemand in aanmerking komt, geeft de indicatiesteller van het CIZ een indicatie af.

Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG)

Het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) is het loket van gemeenten voor jeugdhulp. Het loket is er voor alle ouders en opvoeders die vragen hebben over de opvoeding, het opgroeien of de gezondheid van hun kind. Je kunt er terecht voor informatie, hulp, advies en ondersteuning.

Cliëntondersteuner

Een cliëntondersteuner geeft informatie en advies op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, (preventieve) zorg, jeugdzorg, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen. Cliëntondersteuners zijn onafhankelijk. Dat betekent dat zij niet de beslissing nemen over de aanvraag voor ondersteuning of voor een voorziening.

Cliëntondersteuning

In het kader van de Wmo is cliëntondersteuning het bieden van ondersteuning aan mensen die (tijdelijk) verminderd zelfredzaam zijn bij het oplossen van een vraag of een situatie, die dusdanig complex is dat hij of zij het niet zelf (of met zijn omgeving) kan oplossen. Hierbij kan het gaan om informatie en advies, maar ook om vraagverheldering bij meerdere levensdomeinen omvattende vraagstukken. Cliëntondersteuning is formeel gezien geen zorg, maar in de praktijk is er zeker overlap. Het doel van cliëntondersteuning is regieversterking om zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie te bevorderen.

Compensatieplicht

De compensatieplicht hield in dat de gemeenten verplicht waren mensen met een beperking of psychische problematiek te compenseren voor de beperkingen die zij ondervinden bij hun zelfredzaamheid en participatie. In de oude Wmo stond de compensatieplicht centraal. In de Wmo 2015 is de term 'maatwerkvoorziening' geïntroduceerd. Gemeenten hebben nog steeds dezelfde resultaatverplichting.

Daginvulling/dagbesteding

Invulling geven aan de dag met als doel een goede balans tussen rust en activiteit. Daginvulling/dagbesteding kent doelen als bijdrage leveren aan herstel (structuur in de dag is belangrijk), voldoening/zin geven, ontwikkelen van jezelf, weer ervaren waar interesses liggen, ontmoeten van anderen enzovoort.

Gebruikelijke hulp

Gebruikelijke hulp is de hulp die mensen elkaar normaal gesproken geven als zij een gezin vormen of samen leven. Bijvoorbeeld helpen met eten koken, afwassen, stofzuigen en de kinderen aankleden en naar school brengen. Als een van de ouders ziek is, zullen gezinsleden vaak een aantal van deze taken kunnen overnemen.

Indicatiebesluit

Besluit van het CIZ (Centrum indicatiestelling zorg) waarin staat of iemand recht heeft op zorg uit de Wlz. In het besluit staat ook het zorgprofiel. Hiermee wordt de aanduiding gegeven voor de soort en hoeveelheid zorg. Indicaties voor de Wlz-zorg zijn vrijwel altijd onbeperkt geldig. De indicatiestelling bestaat in hoofdlijn uit drie stappen: de aanvraag, een onderzoek en een indicatiebesluit.

Indicatiestelling

Het vaststellen van de noodzakelijke (hoeveelheid) zorg en daarmee het recht van de cliënt op vergoeding van die zorg. Door deze indicatie krijgt een cliënt toegang tot de zorg. Met een indicatie weet iemand hoeveel zorg hij kan krijgen en in welke vorm. Vormen: begeleiding, persoonlijke verzorging, kortdurend verblijf, verpleging, behandeling en verblijf.

Maatwerkvoorziening (Wmo)

Een maatwerkvoorziening is een voorziening die de gemeente treft om een cliënt in staat te stellen tot zelfredzaamheid of participatie om daarmee zolang mogelijk in de eigen omgeving te blijven. Een maatwerkvoorziening is pas aan de orde wanneer uit onderzoek van de gemeente blijkt dat de cliënt niet zelfredzaam is of in staat is om te participeren. Ook niet met hulp van anderen, algemene voorzieningen of beschermd wonen. Het college van de gemeente beslist of tot maatwerkvoorziening kan/moet worden overgegaan. Dit moet zij doen binnen de grenzen van wat daarover in de gemeente verordening is vastgelegd.

Mantelzorg

Mantelzorgers zorgen langdurig en onbetaald voor een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis. Mantelzorgers zijn geen beroepsmatige zorgverleners, maar geven zorg omdat zij een persoonlijke band hebben met degene voor wie ze zorgen. Mantelzorg is niet de alledaagse zorg voor, bijvoorbeeld een gezond kind. Een mantelzorger gaat zorgen als iemand in zijn of haar omgeving zorg nodig heeft, zoals een familielid, buur en/of vriend waar al een emotionele band mee bestaat. Mantelzorgers zorgen soms 24 uur per dag, kunnen de zorg niet zomaar beëindigen en verrichten soms verpleegkundige handelingen.

Mantelzorgondersteuning

Mantelzorgondersteuning is ondersteuning aan de mantelzorger in de vorm van informatie, advies en praktische steun. In het gesprek 'aan de keukentafel' wordt niet alleen gekeken wat de mantelzorger kan bijdragen aan de zorg, maar óók wat de mantelzorger zelf nodig heeft aan ondersteuning om die rol te kunnen vervullen. Bijvoorbeeld door de cliënt huishoudelijke hulp te bieden, ter verlichting van de mantelzorger. Mantelzorgers die zelf onvoldoende zelfredzaam zijn kunnen ondersteuning (een maatwerkvoorziening) van de gemeente krijgen. Ook respijtzorg, zoals kortdurend verblijf in een zorghotel of dagopvang, bedoeld om de mantelzorger tijdelijk te ontlasten van de zorgtaak, is opgenomen in de Wmo 2015.

Naturapolis (ZIN)

Bij een naturapolis heeft iemand recht op zorg, waarbij de cliënt gebruik kan maken van de zorgaanbieders waar de naturazorgverzekeraar een contract mee heeft. De zorgverzekeraar betaalt dan de rekeningen rechtstreeks aan de zorgaanbieder (bijvoorbeeld de dokter of het ziekenhuis). Wil iemand toch door een andere

zorgverlener worden geholpen, dan is de zorgverzekeraar niet verplicht de kosten te vergoeden.

Participatiewet

Wettelijk opgedragen regeling voor gemeenten voor mensen die ondersteuning naar de arbeidsmarkt nodig hebben. De wet is er om zoveel mogelijk mensen met of zonder arbeidsbeperking werk te laten vinden. De Participatiewet vervangt de Wet werk en bijstand (Wwb), de Wet sociale werkvoorziening (Wsw) en een groot deel van de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wajong).

Persoonlijke verzorging

Bij persoonlijke verzorging gaat het volgens het zorginstituut om ondersteunen of overnemen van de zelfzorg bij mensen met een aandoening of beperking. Ook het stimuleren om deze activiteiten zelf te doen en het aanleren ervan behoren tot de functie persoonlijke verzorging.

Persoonsgebonden budget (pgb)

Een persoonsgebonden budget is een geldbedrag waarmee iemand (die daarvoor in aanmerking komt) zorg, begeleiding of hulp kan inkopen. Met een pgb kan iemand zelf bepalen wie zijn zorgverlener is. Iemand sluit ook zelf zijn zorgovereenkomst. Een pgb kan verstrekt worden op basis van de Zvw, Wlz en Wmo. De tegenhanger van het pgb is zorg in natura (ZIN).

Restitutiepolis

Een restitutiepolis is een vorm van een zorgverzekering. Bij een restitutiepolis heeft iemand recht op een vergoeding van zorg. De cliënt kiest dan zelf zorgverleners, betaalt de kosten eerst zelf en stuurt de rekening naar de zorgverzekeraar. Meestal wordt alle zorg uit het basispakket vergoed. Een restitutiepolis is vaak iets duurder dan een naturapolis. Zorgverzekeraars bieden verschillende soorten polissen. De bekendste zijn restitutiepolissen, naturapolissen en combinaties daarvan.

Servicecentrum pgb

Het Servicecentrum pgb is onderdeel van de Sociale Verzekeringsbank (SVB) en beheert de toegekende pgb's. Het beschikbare budget wordt door de toekennende instantie op de rekening gestort. Het Servicecentrum verricht vervolgens de betalingen aan de zorgverleners vanuit het budget van de pgb-houder en controleert of deze betalingen terecht zijn. Het Servicecentrum mag alleen betalingen doen aan zorgverleners als er een goedgekeurde zorgovereenkomst is.

Sociaal wijkteam

Een sociaal wijkteam is een multidisciplinair team, samengesteld uit professionals afkomstig van verschillende organisaties en disciplines. Zij werken samen in een wijkteam om een integrale aanpak te realiseren en over de schotten van organisaties

heen te werken. Een wijkteam is bij voorkeur centraal geïmplementeerd in een wijk en makkelijk toegankelijk voor burgers die informatie zoeken of ondersteuning nodig hebben.

Transitie langdurige zorg

De langdurige zorg is vanaf 2015 anders georganiseerd. De overgang van de AWBZ naar de andere wetten noemt men 'transitie'. Professionals spreken ook wel van decentralisatie: zorg die de overheid centraal regelde in de AWBZ, is nu verspreid over gemeenten en zorgverzekeraars (decentraal).

De zorg die in 2014 vanuit de AWBZ werd geleverd, is nu ondergebracht in andere wetten:

- ✓ De Wmo 2015 (gemeente)
- ✓ De Jeugdwet (gemeente)
- ✓ De Zorgverzekeringswet (zorgverzekeraars)
- ✓ De Wet langdurige zorg.

Trekkingsrecht pgb

Het Servicecentrum pgb beheert vanaf 1 januari 2015 het pgb. Het budget staat op de rekening van het Servicecentrum. De pgb-houder heeft de regie. Dit heet trekkingsrecht. Door het trekkingsrecht kan het Servicecentrum alle betalingen aan zorgverleners vooraf controleren.

Verpleging en verzorging thuis

Verpleging en verzorging thuis wordt vanaf 2015 overwegend door de zorgverzekeraar vergoed. Het gaat hierbij om verpleging en verzorging die iemand thuis ontvangt. Verzorging is bijvoorbeeld hulp bij de adl, zoals wassen of douchen. Verpleging is bijvoorbeeld wondverzorging, medicijnen klaarzetten en toedienen, injecties geven en stomazorg.

Volledig pakket thuis

Mensen met een volledig pakket thuis (vpt) hebben zoveel zorg nodig dat zij in een zorginstelling kunnen gaan wonen. Zij hebben er echter voor gekozen om zelfstandig te blijven wonen. De zorginstelling levert volledige zorg aan huis.

Vrijwilligers(werk)

Vrijwilligers kiezen ervoor om te zorgen, zij worden hier niet voor betaald. Als zij met het vrijwilligerswerk starten, is er (nog) geen emotionele band. Daarnaast zorgen zij binnen een afgebakende tijd (bijvoorbeeld een dagdeel per week) en kunnen zij de zorg op eigen initiatief beëindigen. Zorgvrijwilligers werken in georganiseerd verband en verrichten nooit verpleegkundige handelingen.

Wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige vormt de toegang voor de verpleging en verzorging thuis. Ze indiceert in opdracht van de zorgverzekeraars de behoefte aan verpleging en verzorging thuis. De wijkverpleegkundige heeft de regierol in de eerstelijns gezondheidszorg in de wijk. Binnen de wijkteams legt zij de verbinding tussen wonen, zorg en welzijn. De wijkverpleegkundige zet zorg in vanuit dialoog met cliënten waarbij de focus ligt op zelfredzaamheid, zelfregie, ontzorgen, kwaliteit van leven en gepast zorggebruik.

Wlz

De Wet langdurige zorg (Wlz) regelt zorg en verblijf voor kwetsbare ouderen en mensen met een beperking. Het gaat om mensen die 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht nodig hebben. De Wet langdurige zorg is op 1 januari 2015 ingegaan en vervangt de AWBZ.

De Wlz is er voor mensen die niet (meer) zelfstandig kunnen wonen met ondersteuning van hun sociaal netwerk, gemeente of met verpleging en verzorging aan huis. Het gaat bijvoorbeeld om kwetsbare ouderen en mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperking, of mensen met een psychiatrische diagnose. Ook jeugd met ernstige beperkingen kan in aanmerking komen voor de Wlz.

Wmo-loket

Het Wmo-loket is de toegang tot de Wmo-zorg in een gemeente. De loketten zijn per gemeente verschillend ingericht. Aanvragen kunnen vaak zowel digitaal als aan een balie gedaan worden.

Zorgaanbieder

Een zorgaanbieder is een organisatie die zorg en/of ondersteuning levert.

Bijvoorbeeld:

- ✓ thuiszorginstelling
- ✓ GGZ-instelling (psychiatrisch centrum)
- ✓ verpleeghuis
- ✓ instelling voor verslavingszorg
- ✓ instelling voor mensen met een verstandelijke beperking
- ✓ revalidatiecentrum voor mensen met een zintuiglijke beperking

Zorg in natura (ZIN)

Bij zorg in natura levert de zorgaanbieder de zorg en regelt ook de administratie daaromheen. Iemand kan met de zorgaanbieder afspraken maken over de manier waarop de zorg geleverd wordt. Een alternatief voor zorg in natura is een pgb.

Zorgkantoor

Een zorgkantoor is een regionaal uitvoeringsorgaan van de Wlz. Alle zorgkantoren zijn ondergebracht bij zorgverzekeraars. Een zorgkantoor is verantwoordelijk voor Wlz-zorg voor alle zorgverzekerden die in de zorgkantoorregio wonen, dus ook voor verzekerden van andere zorgverzekeraars. Een zorgkantoor is ervoor verantwoordelijk dat alle Wlz-cliënten in de regio de zorg krijgen waarop zij recht hebben. Dit doet het zorgkantoor door de zorgvraag en het zorgaanbod in de regio's zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Wachtlijsten in de regio worden bijvoorbeeld in de gaten gehouden, er worden contracten gemaakt met zorgaanbieders over de soort zorg, hoeveelheid, kwaliteit en tegen welke prijs ze moeten leveren. De geïndiceerde zorg wordt in natura geleverd. Ontvangt de verzekerde zijn zorg in de vorm van een pgb dan kan hij bij het zorgkantoor terecht voor toegang tot het pgb, de administratie en toetsing (zie hiervoor ook par. 3.6).

Zorgovereenkomst

Een zorgovereenkomst is een contract, tussen een zorgvrager en een zorgverlener. Hierin worden de afspraken vastgelegd over de werkzaamheden, het loon en de tijden waarop de zorgvrager zorg krijgt. Door de afspraken vast te leggen in een zorgovereenkomst is de zorgvrager officieel werkgever of opdrachtgever.

Zorg(leef)plan

In het zorgplan is specifiek beschreven welke zorg een zorgvrager krijgt. Die zorg moet passen bij de individuele situatie en behoeften.

Zorgprofiel

In de Wet langdurige zorg staat dat indicaties voor de langdurige zorg de vorm krijgen van zorgprofielen. In een zorgprofiel staat de aard, inhoud en globale omvang van de zorg. De zorgprofielen zijn globaler dan eerder gehanteerde zorgzwaartepakketten (zzp's), waarin de zorg in uren werd geïndiceerd. De zorgprofielen bieden meer ruimte voor maatwerk.

Zorgzwaartepakket (zzp)

Het zorgzwaartepakket hoort bij 'zorg met verblijf'. Dat is het recht om in een zorginstelling te wonen, zoals een verpleeghuis, een instelling voor gehandicaptenzorg of een GGZ-instelling. In een zorgzwaartepakket staat wat voor soort zorg en ondersteuning een zorgvrager nodig heeft. De zorgzwaartepakketten waren onderdeel van de AWBZ en zijn na 1 januari 2015 vervangen door zorgprofielen.

Geraadpleegde bronnen

Literatuur

Buijsen, A.J.M. (red.), Wetgeving Gezondheidszorg, Maklu-Uitgevers nv, Apeldoorn/Antwerpen 2014

Hermans, H.E.G.M. (red.), & Buijsen, A.J.M., Recht en gezondheidszorg, Elsevier gezondheidszorg Amsterdam 2010

Kam, C.A ., Koopmans, L. & Wellink, A.H.E.M. , Overheidsfinanciën, Noordhoff Uitgevers Groningen, Houten 2008

Onderzoeken/papers/brochures

Beleidskader Participatiewet 2015-2017 gemeente Elburg, sept. 2014

Diemen-Steenvoorde van, J.A.A.M. , Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam: intensivering toezichtbezoeken aan verpleeg- en verzorgingshuizen in de periode 2011 en 2014, Inspectie voor de Gezondheidszorg ministerie VWS, Utrecht 2014

IROKO, Afbouw met beleid: Scenario's voor de uitvoering van de Wsw in de Regio Noord-Veluwe vanaf 2015, Opdrachtgevers: Gemeente Nijkerk, Harderwijk, Ermelo, Nunspeet, Putten, Elburg en Oldebroek

Jansen, B., Handreiking zelfredzaamheid voor wijkverpleegkundigen, Vilans, Utrecht 2015

Vliet van, N. & Drouven, L., Cliëntondersteuning in het sociaal gemeentelijk domein vanaf 2015, Transitiebureau WMO (VWS/VNG), mei 2014

SVB, Brochure Service centrum PGB voor budgethouders: Uw persoonsgebonden budget en de Sociale verzekeringsbank 2015

Vreugdenhil, M., Van verzorgingsstaat naar participatie samenleving? Amsterdam Institute for Social Science Research (AISSR) 2012

VGN, 'Het keukentafelgesprek', Vereniging gehandicaptenzorg Nederland 2014

VWS, 'Ik krijg nu AWBZ-zorg. Wat krijg ik in 2015, ministerie van VWS, okt. 2014

VWS, 'Ik woon in een zorginstelling, Wat verandert er voor mijn in 2015?', Ministerie VWS, okt. 2014

VWS, 'Ik heb een psychische aandoening en woon in een zorginstelling. Wat verandert er voor mij in 2015? Ministerie VWS okt. 2014

VWS, 'Ik heb een persoonsgebonden budget. Wat verandert er voor mij in 2015? Ministerie VWS okt. 2014

VWS, 'De zorg verandert. Nederland verandert. De zorg verandert mee. Ministerie VWS okt. 2014

VWS, 'Nader rapport inzake het voorstel van wet, houdende regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg. 23 januari 2014, nr. W13.13.0417/III

Memorie van Toelichting

Memorie van Toelichting Wetsvoorstel langdurige zorg (algemeen deel) 2014

Memorie van Toelichting bij de Jeugdwet 2014

Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet 2004

Memorie van Toelichting bij de WMO 2007

Memorie van Toelichting bij de WMO 2015

Websites

www.achmeazorgkantoor.nl

www.rijksoverheid.nl/hlz

www.dezorgverandertmee.nl

www.regelhulp.nl

www.ciz.nl

www.hoeverandertmijnzorg.nl

www.pgb.nl

www.persaldohulp.gids.nl

www.cz.nl/zorgkantoor

www.zn.nl/branche/zorgkantoren

www.menziszorgkantoor.nl/web/Consumenten.htm

www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/mantelzorg

www.mee.nl

www.vgz.nl

www.zorgkantoor-zorgzekerheid.nl/zorgprofielen/Zzp's