

Inhoud Lesdag 13: Ik als GVS-er binnen de keten

Leeswijzer Module 4: Ik als GVS-er binnen de keten.....	2
Financiering van zorg.....	3
WLZ.....	3
Extramurale zorg.....	4
Centrale rol wijkverpleegkundige.....	4
Het sociaal (wijk)team.....	5
Het keukentafelgesprek.....	5
Keten in de zorg.....	6
GVS in de Keten van zorg.....	6
Sociale kaart.....	8
Care en Cure.....	8
Bijlage 1: De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo).....	11
Bijlage 2: Volledig Pakket Thuis (Vpt) en persoonsgebonden budget (pgb).....	14
Bijlage 3: Het modulair pakket thuis (mpt).....	16

Leeswijzer Module 4: Ik als GVS-er binnen de keten

Over de zorg die zorgvrager in een thuissituatie of in een instelling zijn in Nederland landelijke afspraken gemaakt .

Op die manier heeft iedereen recht op vergelijkbare zorgafspraken.

Als GVS werk je op die manier niet alleen binnen een team of een instelling maar óók als lid van een keten.

In deze laatste module staan we nog eens stil bij de “kaders” van de keten en op welke manier jij daar gebruik van kunt/moet maken.

Als GVS ben je een schakel in het hele proces van zorg verlenen vanaf het moment dat een zorgvrager voor het eerst merkt dat de zelfzorg niet meer genoeg is om prettig en gezond te leven. Dan gaan verschillende helpverleners hulp en zorg geven. Hoe en hoeveel en wanneer hangt af van de kaders. Met deze kaders ga jij als GVS cliëntgerichtheid zorg verlenen, daarom is het belangrijk de kaders te begrijpen.

Aan het eind van deze module:

- Ben je op de hoogte van de sociale kaart
- Ben je in staat om cliëntgerichte zorg te bieden
- Weet je hoe jij als GVS-er de schakel bent binnen de keten.

Financiering van zorg

Ouderenzorg kost geld en gaat met de vergrijzing steeds meer geld kosten. Wat is de rol van de GVS-er hierin?

In dit hoofdstuk leer je hoe de geldstroom in de ouderenzorg is geregeld en zoek je uit wat jouw rol, als GVS-er, binnen jouw instelling is als het gaat om (her)indicaties.

WLZ

In het verpleeghuis

Sinds 1 januari 2015 wordt de zorg voor bewoners in het verpleeghuis gefinancierd vanuit de Wet Langdurige Zorg (WLZ). De WLZ is voor personen die de rest van hun leven afhankelijk zijn van zorg in combinatie met toezicht.

Dit zijn in de praktijk personen met een ernstige verstandelijke beperking of (dementerende) ouderen. De WLZ is ingedeeld in verschillende 7 zorgprofielen. Deze zorgprofielen vind je hier:

<https://www.ciz.nl/images/pdf/beleidsregels/Zorgprofielen.pdf>

Het CIZ verzorgt de indicaties van de voor de WLZ, deze indicaties kunnen door de zorgvrager zelf, zijn familie of de instelling aangevraagd worden.

In de thuiszorg:

Een zorgvrager kan ook WLZ in de thuissituatie ontvangen.

Volledig Pakket Thuis (VPT)

Hierbij ontvangt de zorgvrager dezelfde zorg als in het verpleeghuis, maar dan thuis.

Modulair Pakket Thuis (MPT)

Hierbij kan een zorgvrager zelf kiezen van welk pakket hij thuis gebruik wil maken.

Persoonsgebonden Budget (PGB)

Op deze manier kan een zorgvrager zelf bepalen op welke manier hij zorg wil ontvangen.

Als ouderen thuiszorg ontvangen en niet geïndiceerd zijn voor de WLZ dat krijgen zij persoonlijke zorg via de **Zorgverzekeringswet**.

Huishoudelijke zorg, aanpassingen in huis en hulpmiddelen worden gefinancierd vanuit de **WMO**.



Opdracht:

1. Welke zorgprofielen hebben de zorgvragers waar jij GVS-er voor bent?
2. Wie is er binnen jouw instelling verantwoordelijk voor de indicaties?
3. Hoe is het geregeld binnen jullie organisatie als je kijkt naar Zorgprofielen en personele bezetting? (wordt de bezetting bij leegstand aangepast?)
4. Weet je alles over financiering in de ouderenzorg, doe de toets :

<https://free-learning.nl/modules/wetgevingenfinancieringouderenzorg/start.html>

Bronnen

<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/leveringsvormen-instelling-vpt-mpt-en-pgb-wlz>

<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/wlz-algemeen-hoe-werkt-de-wet-langdurige-zorg>

Nederlandse zorgautoriteit: <https://bit.ly/3imcUFc>

Extramurale zorg

Samenwerking: 3.2 De GVS-er is in staat om samen te werken met andere partners uit de ketenzorg op het gebied van woon-, en zorgvoorzieningen zoals thuiszorgorganisaties, ontmoetingscentra, verpleeghuizen, kleinschalige locaties, ziekenhuizen.

Sinds 2015 krijgen cliënten de 'zorg thuis' (VP en PV) geleverd vanuit hun zorgverzekering (Zvw). Voorwaarde is dat de cliënt 'geneeskundige zorg' nodig heeft of een groot risico loopt deze zorg in de toekomst nodig te hebben. Dit betekent dat hun gezondheid snel kan veranderen of verslechteren. Het gaat vooral om kwetsbare ouderen.

Centrale rol wijkverpleegkundige

De wijkverpleegkundige krijgt hierin een belangrijkere rol: samen met cliënt bekijkt de wijkverpleegkundige wat er in die situatie nodig is aan verpleging en verzorging om langer thuis te kunnen wonen. Daarbij wordt ook naar de zelfredzaamheid en de sociale omgeving van de cliënt gekeken.

De wijkverpleegkundige coördineert de zorg rondom de cliënt en stemt dit af met andere zorgverleners (zie ook verderop bij 'het sociaal wijkteam').

De aanspraak 'wijkverpleging'

Daarmee onderscheidt deze zorg zich van de ADL-ondersteuning binnen de huidige Wmo. In de Wmo wordt de ADL-ondersteuning uitgevoerd in het verlengde van de begeleiding en is er geen sprake van behoefte aan geneeskundige zorg of van een hoog risico daarop.

In de Zvw-prestatie wijkverpleging gaan de volgende onderdelen op:

- de huidige extramurale functie verpleging (VP);
- het overgrote deel van de huidige extramurale functie persoonlijke verzorging (PV);
- medisch specialistische verpleging thuis (MSVT), die nu ook al onder de Zvw valt;
- het coördineren en regisseren van de zorgvraag van de cliënt.

Deze nieuwe Zvw-prestatie wijkverpleging wordt omschreven als '*zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop*'.

Het gaat hierbij niet alleen om puur verpleegkundige of verzorgende handelingen, maar ook om taken die samenhangen met de zorgverlening zoals het coördineren ervan, coaching (bijv. ondersteuning bij zelfzorg) en individuele preventie.

Het betekent ook niet dat deze zorg alleen door verpleegkundigen wordt verleend. De situatie (c.q. de zorgvraag van de cliënt) bepaalt wat nodig is en wie de zorg verleent. Het kan hierbij gaan om bijvoorbeeld een verzorgende, een (wijk)verpleegkundige of een casemanager dementie.

- Verpleging (VP)

Het uitvoeren van verpleegkundige handelingen met het oog op herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening waaronder verlichting van lijden en ongemak. Deze verpleging houdt verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening of een lichamelijke handicap. Het gaat om verpleegtechnisch handelen, controle lichaamsfuncties, wonden/ of stomaverzorging bij een niet intacte huid, ondersteuning bij uitscheiding (katheter, etc.), inbrengen van maagsonde of katheter, geven van injecties. (maag, Percutane endoscopische gastrostomie (PEG), uitzuigen trachea, beademing, specifieke voorlichting en instructie.

- Persoonlijke verzorging (PV)
Het ondersteunen bij- of het overnemen van activiteiten op het gebied van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) bijvoorbeeld helpen met douchen, aankleden, hulp bij eten en drinken en medicijngebruik, hulp bij beweging en houding. Ook het stimuleren van de zelfredzaamheid en het aanleren van en adviseren over ADL-activiteiten en verzorging van gezondheidsproblemen (stoma, sonde) vallen hieronder.

Het sociaal (wijk)team

Door de veranderingen en verschuivingen binnen het sociale domein krijgt de gemeente een zware regierol toebedeeld. Vanuit die verantwoordelijkheid is er behoefte aan een heldere lokale samenhangende aanpak en om die reden gaan de gemeentes de eerste lijn versterken door de inzet van sociale (wijk)teams.

Sociale wijkteams

Het doel van een sociaal wijkteam is om wijkbewoners te activeren, te helpen participeren en hen te ondersteunen in hun sociaal en maatschappelijk functioneren.

Samen (team en wijkbewoners) wordt gekeken hoe de vragen het beste kunnen worden beantwoord (zie ook bij het 'keukentafelgesprek' verderop)

- het wijkteam helpt de bewoners/zorgvragers op weg om zelf een oplossing te vinden o.a. door het inschakelen van mensen uit de directe omgeving of vrijwilligers.
- Als de hulpvrager niet tot oplossing kan komen, zorgt het wijkteam voor professionele ondersteuning. Dat gebeurt dan samen met één regisseur op basis van één plan.

Een sociaal wijkteam bestaat uit mensen (professionals) die werken bij verschillende welzijns- en zorginstellingen. De teamleden werken als generalisten, maar zij brengen natuurlijk hun kennis en ervaring mee. De wijkverpleegkundige zal ook deel gaan uitmaken van dit team en moet daar de verbinding maken tussen het sociale en medische domein

Relevant voor een wijkteam is natuurlijk relevant om zicht te hebben op dat wat speelt in een wijk, hoe de bevolkingssamenstelling is (ouderen, jongeren, gezinnen, allochtonen) en hoe de sociale kaart eruit ziet.

Het keukentafelgesprek

Dit is een gesprek in de thuissituatie tussen de 'burger' (hulpvrager) en de gemeente (= een medewerker van het sociaal team) over de mate van ondersteuning door die gemeente.

Burgers kunnen zich daarbij laten bijstaan door derden (bijv. de cliëntondersteuner).

Doel van het gesprek is om voor die burger tot passende oplossingen te komen. Oplossingen die bijdragen tot het participeren aan de maatschappij.

Tijdens het keukentafelgesprek komt de specifieke situatie van de burger aan bod: hoe ziet zijn leven eruit, hoe is de inkomenspositie, hoe ziet zijn netwerk eruit, hoe zijn de contacten in de buurt, wat is precies de vraag, wat wil de burger daarmee bereiken. Eerst vraagverheldering voordat er over maatwerk en oplossingen wordt gesproken.

Het uitgangspunt van dit gesprek is niet meer de aanvraag voor een specifieke (individuele) voorziening, maar de 'melding' van een (probleem)situatie. Daarnaast wordt bekeken welke voorzieningen in de buurt aanwezig zijn waar de burger gebruik van kan maken.

Ook wordt stil gestaan bij de vraag wat de burger terug kan doen voor de ondersteuning die hij krijgt (vrijwilligerswerk).

Op basis van dit gesprek maakt de burger/hulpvrager -eventueel samen met iemand van het sociaal team of de cliëntondersteuner of...- een zgn. persoonlijk plan op. Daarin staan de wensen en doelen en hoe die te bereiken. Dit persoonlijk plan wordt meegenomen in de besluitvorming over de ondersteuning.

Keten in de zorg

Organisatielidmaatschap: 6.3 De GVS-er is in staat effectief en doelmatig binnen de afdeling, de instelling en binnen de gehele keten van zorgverleners te werken.

Wat staat er over keten in het woordenboek:

- 1) Aaneenschakeling
- 2) Aaneenschakeling van gelijksoortige voorwerpen
- 3) Ambtsketting
- 4) Ambtsteken
- 5) Bergschuren
- 6) Bevestigingsmiddel
- 7) Boei
- 8) Cyclus
- 9) Deel van een hooggebergte
- 10) Donderjagen
- 11) Drukke maken
- 12) Drukke schoppen
- 13) Halsband
- 14) Halssieraad
- 15) Halssnoer
- 16) Handboei
- 17) Hechtmiddel

Een definitie van Keten: De aaneenschakeling-ordening van opeenvolgende activiteiten van verschillende organisaties-professionals, gericht op het gezamenlijk bereiken van een vastgesteld resultaat. Het vertrek van de keten is de cliënt-de klant en het primaire proces.

Welke rol en plek heeft een GVS in deze keten?

De laatste dag van een serie lesdagen in je opleiding is zou je kunnen zeggen de laatste schakel van een keten. Wat is aan jou doorgegeven, wat is voor jou belangrijk (geweest), wat en hoe ga je er mee doen?

Een opstapeling van wat voor jou de kern van je rol als GVS is geworden in deze opleiding, door stil te staan bij:

GVS in de Keten van zorg.

We hebben het vroeger vast allemaal wel eens gespeeld op een verjaardag of op school. We zitten in een kring en er zal een boodschap worden door gegeven.

Een zin als: 'Jan heeft pot pindakaas open gemaakt en op brood gesmeerd '

Het is heel simpel: iemand fluistert de zin in het oor van zijn buur, die fluistert het dan door in het oor van de volgende buur en zo verder tot de zin de hele kring rond is. De laatste vertelt dan wat hij heeft gehoord. En wat gek: het blijkt ineens een andere zin te zijn! Sommige kinderen riepen boos: 'Dat heb ik niet gezegd!'

Maar het is juist de grap van dit spelletje. Iedere keer als een zin doorgegeven wordt, verandert die een beetje. Tot je een heel andere zin hebt.

De GVS is één de schakels in een lange keten naar antwoorden voor een zorgvrager op zoek naar dat antwoord. Voor een zorgvrager en het steunsysteem er omheen is de GVS mogelijk 'alweer' iemand in de zorg die het op zich neemt zorg af te stemmen op de vraag. Iemand die daarin een intermediair, een tussenpersoon, namens een zorg instelling zal zijn. Wanneer in de boodschappen die zo van de één naar de ander gaan veranderingen ontstaan is dat waarschijnlijk...niet grappig.

Wat betekent dit voor jou rol als GVS?

Met behulp van vier aspecten:

Ik: de persoon van de GVS

Taak: wat is er de doen

Wij: met wie samen

Omgeving: wat is de positie van de GVS in haar omgeving (team, organisatie, netwerk)

In een model weergegeven zie dat er dan uit als:



Ik – Taak Vanuit je taak gezien betekent dit dat je niet alleen kundig/vaardig bent als verzorgende maar vooral dat je op de hoogte bent van regelingen en de mogelijkheden daarvan. Zo kun je een gids zijn in een gebied dat de zorgvrager nog aan het ontdekken is. De informatie in deze opleiding over regelingen, zorgprofielen et cetera is een blik op dit gebied.

Om gids van de zorgvrager (GVS) te kunnen zijn, ben jij steeds op zoek naar ontwikkelingen in de zorgverlening en informatie daarover.

Ik - Wij Welke bagage, communicatieve vaardigheden heb je in je rol in de keten nodig?

Kennis en op de hoogte zijn is belangrijk, daarmee goed aansluiten bij de behoefte van de zorgvrager is nog belangrijker.

Ik – Omgeving Afhankelijk van de situatie, extra- of intramuraal; de organisatorische afspraken omtrent je verantwoordelijkheden in deze keten zijn omschreven en te onderscheiden van anderen in de keten.

Sociale kaart

Een sociale kaart is een overzicht van instellingen. Dit op het gebied van:

- Welzijn
- Gezondheidszorg
- Maatschappelijke dienstverlening.

De sociale kaart verwijst naar instellingen die bepaalde hulp bieden met betrekking tot een bepaalde doelgroep en een afgebakend gebied.

Als GVS-er is het van belang dat je een goed zicht hebt op wat er zich zoal aan welzijns-, vrijwilligers-, zorg- en hulpverleningsinstanties in jouw wijk of stad bevinden.

Dit is van belang bij het goed kunnen adviseren of eventueel doorverwijzen van cliënten of hun contactpersonen.

Kijk op de site van BTS G en log in. Kijk ook op deze site voor verschillende sociale kaarten:

<https://www.socialekaart.nl/>

Care en Cure

Binnen de gezondheidszorg wordt er een verschil gemaakt tussen Care en Cure.

Maar wat zijn deze verschillen? In een overzicht¹:

	Care	Cure
Doelen c.q. functies	Heeft als doel dat van ziekten, stoornissen en beperkingen zo min mogelijk kunnen optreden.	Gericht op genezing
Activiteiten	Verpleging, begeleiding, ondersteuning, verzorging.	Medische zorg, revalidatie en daarbij kortdurende verpleging en verzorging.
Beroepen	Verpleegkundigen, verzorgenden, activiteitenbegeleiders, etc.	Medici en paramedici
Domeinen	Buiten het domein van gezondheidszorg	Is gezondheidszorg
Duur	Chronisch en langdurend	Tijdelijk en kortdurend (soms ook care)
Locatie	Verzorgingshuis, thuiszorg, verpleeghuis, instelling voor gehandicapten.	Ziekenhuis
Verzekering	AWBZ	Ziekenfondswet en particuliere verzekering

¹ Bron: 'Care en cure', Raad voor Volksgezondheid

Voorbereidende opdracht voor deze dag

Aan de hand van drie relaties in de factoren die o.a. jouw rol in de ketenzorg bepalen sta je vooraf stil bij hoe jij je GVS-schap bent gaan zien en wilt invullen.

Ik – Taak → Gids zijn, de weg weten in het doolhof dat de zorg voor zorgvragers kan zijn.

Jij bent op de hoogte, kent het systeem, de sociale kaart. Jij hebt overzicht op de situatie van de zorgvrager. Dan gebeurt het dat je je afvraagt: Wanneer mag ik een zorgvrager bepaalde kennis onthouden; wanneer moet ik juist wel iets vertellen?

Is er een situatie waarin jij je dit (hebt) af(ge)vraagd? Vast wel. Hoe ben jij daar mee omgegaan?

Beschrijf de situatie, welke keuzes je voor je zag en hoe je hebt besloten te doen wat je hebt gedaan.

Ik – wij > met wie doe ik het samen: Het netwerk van de zorgvrager als onderdeel van de keten.

Voor de zorgvrager wordt het belang van de informatie uit de keten mede bepaald door de aard van de situatie. Is er sprake van care of cure?

Hoewel er voor de zorgvrager, bijvoorbeeld in een thuissituatie zorgvragen kunnen zijn over 'beter worden', diagnose en prognose, is rol de keten voor de GVS meestal gericht op care.

Ondersteuning richt zich op: de manier waarop de zorgvrager met de verandering in omstandigheden kan omgaan.

Het (leren) kennen van de zorgvrager als persoon is daar heel belangrijk bij. Welke ervaringen heeft de zorgvrager en welke talenten om te gaan hier mee om te gaan? (Denk ook aan karakter/temperament/cultuur)

En op welk steunsysteem kan de zorgvrager een beroep dat en wat betekent de verandering in de situatie voor hen?

Sec genomen kan je de stelling verdedigen dat een zorgketen staat voor de professionals die op een bepaald moment hun bijdrage geven in het langlopende zorgproces (thuiszorg, huisarts, specialist, deskundigen in eerste en tweede lijn, verzorgenden, activiteiten wijksteunpunt etc).

In langdurige zorg om het omgaan met het verlies aan zelfstandigheid te ondersteunen ontstaat een keten van steun- en zorgverleners. In deze keten zijn niet alleen professionals actief maar ook het eigen netwerk.

Het kennen van de zorgvrager en het sociale netwerk om hem heen is voor de GVS heel belangrijk om de rol van de eerst verantwoordelijke namens een zorgorganisatie waar te maken.

Om samen met de zorgvrager een beeld te maken kan je bijvoorbeeld het hulpmiddel van 'Samen oud', gebruiken: <https://www.zorgvoorbeter.nl/samenwerken-in-de-wijk/versterken-netwerk-client>

Kies een zorgvrager waar je bij betrokken bent als GVS (in opleiding) breng het netwerk van deze zorgvrager in kaart. Wat vind jij belangrijk om te weten over personen en mogelijkheden in dit netwerk om de zorgvrager te kunnen ondersteunen? Je doet dat samen met de zorgvrager en gebruikt een werkwijze naar keuze. (je kan kiezen voor de werkwijze van je organisatie, een wijze uit het materiaal van de opleiding of een persoonlijke voorkeur)

Ik – omgeving Afhankelijk van de situatie, extra- of intramuraal, de organisatorische afspraken zijn je verantwoordelijkheden in deze keten omschreven en te onderscheiden van anderen in de keten.

Welke taak functie beschrijving is er voor een GVS in de organisatie en op welke manier zijn daarin kaders afgesproken voor de rol van GVS? Welke aspecten versterken jou in je rol in de keten en zijn er ook aspecten die jouw handelen in de keten kunnen ondermijnen?

Voor het verloop van deze laatste dag is het belangrijk dat je deze voorbereiding tijdig naar je docent stuurt. Deze kan zo naar aanleiding van de verschillende voorbereidingen een keuze maken op welke manier ze aan de orde komen.

Bijlage 1: De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo)

De Wmo regelt dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. De gemeente bepaalt samen met de cliënt wat daarvoor nodig is (zie bij 'keukentafelgesprek').

De Wmo heeft tot doel:

- Het bevorderen van sociale samenhang, de mantelzorg, het vrijwilligerswerk en de veiligheid en leefbaarheid in de gemeente, alsmede voorkomen en bestrijden van huiselijk geweld.
- Het ondersteunen van de zelfredzaamheid en de participatie van personen met een beperking of met chronische, psychische of psychosociale problemen, zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving.
- Het bieden van opvang (maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, beschermd wonen en verslavingszorg vallen hieronder).

Eigen verantwoordelijkheid en maatwerk

De Wmo stelt de eigen verantwoordelijkheid van de burger en zijn sociale netwerk nadrukkelijk voorop en is de gemeente alleen aan zet wanneer de burger niet zelf of met de hulp van dat netwerk tot participatie kan komen. Het draait om 'zelfvoorziening': wat kan je zelf nog doen, waar heb je hulp bij nodig? De overheid wil dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen zodat de druk op zorginstellingen vermindert.

Waar wel, of en hoeveel hulp nodig is, bepaalt de gemeente. Maatwerk dus: de zorg sluit aan op wat de cliënt kan en niet kan. De gemeente doet daarbij ook een beroep op de omgeving: als vrienden of familie een handje kunnen helpen, hoeft de gemeente dat niet te doen.

Inhoud Wmo-ondersteuning

Huishoudelijke hulp

Alleen als dat echt nodig is. Om in aanmerking te komen moet de cliënt de huishoudelijke hulp hard nodig hebben en het niet zelf kunnen betalen. De gemeente beslist hierover.

Begeleiding

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor mensen die begeleiding nodig hebben.

Die begeleiding moet de zelfredzaamheid bevorderen, behouden of compenseren. Daarmee kan worden voorkomen dat iemand opgenomen moet worden of zich verwaarloost. Het gaat dan om:

- groepsbegeleiding
- individuele begeleiding
- een combinatie van beide
- vervoer naar begeleiding als daarvoor een medische noodzaak is

Begeleiding kent veel verschillende vormen en kan op alle levensdomeinen nodig zijn.

Bijvoorbeeld: gezinsbegeleiding bij gezinnen met een gehandicapt kind, dagbesteding voor ouderen met dementie, hulp bij administratie voor mensen met verstandelijke beperking, mobiliteitstraining voor slechtziende kinderen, arbeidsmatige activiteiten voor mensen met beperkingen, ontmoetingsactiviteiten voor jongeren met een lichamelijke beperking of logeeropvang voor kinderen met een beperking.

Aanpassingen in de woning

Bijvoorbeeld een traplift of een verhoogd toilet.

Vervoer in de regio

Voor mensen die slecht ter been zijn en niet met het openbaar vervoer kunnen reizen.

Rolstoel

Alleen als de rolstoel voor langere tijd nodig is.

Opvang en beschermd wonen

De gemeente behoort passende opvang te bieden zo lang dat noodzakelijk is aan mensen die niet (meer) in staat zijn om zich op eigen kracht in de samenleving te handhaven (slachtoffers huiselijk geweld, van loverboys, mensen die een uitweg zoeken uit de prostitutie, mensen met psychiatrische patiënten enz.).

Zij hebben mogelijk hulp nodig bij het zelfstandig wonen, het vinden van een dagbesteding, werk, financiële zaken of opbouw van een sociaal netwerk.

De gemeente is verantwoordelijk voor het realiseren van een beschermende woonomgeving aan personen met psychische problemen. De opvang is primair gericht op participatie (en niet op behandeling).

Mantelzorgers en vrijwilligers

De positie van de mantelzorgers is versterkt. Het is van groot belang dat de mantelzorger zich bewust is van zijn/haar rol en dat overbelasting wordt voorkomen. De gemeente moet beleid voeren ter ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers.

Cliëntondersteuning

Cliëntondersteuning gaat over de ondersteuning van een cliënt bij het maken van een keuze, het oplossen van een probleem of het laten bijstaan bij een aanvraag (bijvoorbeeld tijdens het keukentafelgesprek). De gemeente moet dit faciliteren.

Cliëntondersteuning heeft de regieversterking van de cliënt (en zijn omgeving) tot doel om zo de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie te bevorderen.

Belangrijke veranderingen

Sociale wijkteams

Het kabinet zet in op sociale wijkteams. Die moeten een verbinding leggen tussen het sociale en medische domein. Hierin speelt de wijkverpleegkundige een belangrijke rol.

PGB

Het verkrijgen van een persoonsgebonden budget blijft mogelijk onder voorwaarden (en fraudebestendig). De Sociale Verzekeringsbank beheert het PGB (in plaats van een bedrag op de eigen betaalrekening).

Het keukentafelgesprek

Dit is een gesprek in de thuissituatie tussen de burger en (de Wmo-consulent van) de gemeente over de mate van ondersteuning door die gemeente. Burgers kunnen zich daarbij laten bijstaan door derden (bijv. de cliëntondersteuner). Doel van het gesprek is om voor die burger tot passende oplossingen te komen. Oplossingen die bijdragen tot het participeren aan de maatschappij. Tijdens het keukentafelgesprek komt de specifieke situatie van de burger aan bod: hoe ziet zijn leven eruit, hoe is de inkomenspositie, hoe ziet zijn netwerk eruit, hoe zijn de contacten in de buurt, wat is precies de vraag, wat wil de burger daarmee bereiken. Eerst vraagverheldering voordat er over maatwerk en oplossingen wordt gesproken. Het uitgangspunt van dit gesprek is niet meer de aanvraag voor een specifieke (individuele) voorziening, maar de 'melding' van een (probleem)situatie. Daarnaast wordt bekeken welke voorzieningen in de buurt aanwezig zijn waar de burger gebruik van kan maken. Denk bijvoorbeeld aan een wijkcentrum waar mogelijkheden zijn voor contacten in de buurt door gezamenlijk koffie te drinken of te eten. Of activiteiten die in het wijkcentrum

georganiseerd worden waar alle wijkbewoners aan deel kunnen nemen. En misschien zijn er ook wel lotgenotencontactgroepen waar burgers steun aan elkaar bieden en waar zij elkaar helpen met hun problemen.

Tenslotte staat de gemeente ook stil bij de vraag wat de burger terug kan doen voor de ondersteuning die hij krijgt (vrijwilligerswerk).

Bijlage 2: Volledig Pakket Thuis (Vpt) en persoonsgebonden budget (pgb)

Als de (Wlz-geïndiceerde) cliënt ervoor kiest om zelf in zijn/haar verblijf te voorzien, zijn er binnen de Wlz twee mogelijkheden:

- Het Volledig Pakket Thuis (vpt)
- Het Persoonsgebonden Budget (pgb)

Volledig pakket thuis (vpt)

Hier houdt de cliënt (of diens wettelijk vertegenwoordiger) de maximale regie over de huisvesting. De cliënt woont zelfstandig in een huurwoning of eigen woning. Deze woonruimte kan overigens ook onderdeel van een geclusterde setting (bijv. huur appartement in een zorginstelling) zijn.

Cliënten met een vpt krijgen de begeleiding, persoonlijke verzorging of verpleging geleverd vanuit het integrale pakket van de zorgaanbieder. Ook verzorgt de zorgaanbieder naast de Wlz-zorg ook de hoteldiensten (de schoonmaak, eten en drinken).

Vanaf 2016 gaat dat laatste zeer waarschijnlijk veranderen. Een cliënt zal dan zelf de hoteldiensten en/of de dagbesteding gaan betalen.

Cliënten kunnen gebruik maken van het vpt bij zorgaanbieders die vooraf zijn gecontracteerd door het zorgkantoor en die de zorg in de woonruimte van de cliënt kunnen en willen leveren.

Daarbij wordt in principe het hele vpt door dezelfde gecontracteerde zorgaanbieder geleverd. Het zorgkantoor beoordeelt of aan de randvoorwaarden is voldaan. De zorgaanbieder stelt -net als bij verblijf in een instelling- samen met de cliënt een zorgplan op.

In de AWBZ was het gebruik van het vpt nog bescheiden. Veel zorgaanbieders leverden geen vpt. Dit was ook niet noodzakelijk omdat het ZZP kon worden omgezet in (extramurale) functies en klassen. Zo ontvingen veel mensen met een verblijfsindicatie extramurale zorg en ondersteuning (ofwel thuiszorg). Voor de zorgaanbieder was dit een financieel veel aantrekkelijker alternatief.

In de Wlz is dit niet meer mogelijk, omdat alle extramurale zorg en ondersteuning bij gemeenten en zorgverzekeraars wordt ondergebracht. Het omzetten van ZZP's in functies en klassen is dan niet meer mogelijk. De verwachting is dat zorgaanbieders het vpt nu vaker gaan aanbieden om tegemoet te komen aan de wens van cliënt om in zijn eigen woonruimte te blijven.

Persoonsgebonden budget (pgb)

Naast 'zorg in natura' en 'volledig pakket thuis' biedt de Wlz de mogelijkheid van het pgb. Deze optie is vergelijkbaar met het pgb in de AWBZ, maar dan in de vorm van een trekkingsrecht (in plaats van een bedrag op de eigen betaalrekening).

Het trekkingsrecht

Het trekkingsrecht houdt in dat de Sociale Verzekeringsbank (SVB) namens de verzekerde het persoonsgebonden budget op een rekening beheert. De SVB voert dan de betalingen uit.

Verschil pgb en vpt

Het pgb verschilt op een aantal manieren van het vpt:

- De cliënt (of zijn vertegenwoordiger) sluit bij het pgb zelf contracten met de zorgverleners, terwijl het zorgkantoor dat doet bij het vpt.
- Bij het vpt gaat het om een integraal pakket dat door één, door het zorgkantoor gecontracteerde aanbieder geleverd wordt, terwijl bij het pgb ook kan worden gekozen voor het contracteren van meerdere zorgverleners.
- Eten en drinken, wassen van kleding, e.d. worden bij het pgb als verantwoordelijkheid van de cliënt gezien, terwijl ze (nog) wel onderdeel uitmaken van het integrale pakket van het vpt.
- Huishoudelijke hulp kan wel vanuit het pgb worden bekostigd.
- De cliënt is bij het pgb zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit, terwijl het zorgkantoor hiervoor verantwoordelijk is bij het vpt.
- Een vpt is alleen bij gecontracteerde instellingen mogelijk, terwijl een pgb ook bij niet-professionals (mits de zorg verantwoord is) mag worden besteed.

Voorwaarden

De regering verbindt aan het pgb wel een aantal voorwaarden gezien de ervaringen hiermee in de AWBZ (o.a. fraude).

Om voor het pgb in aanmerking te komen,

- moet de cliënt motiveren waarom deze geen zorg in natura wenst,
- moet de cliënt duidelijk maken dat hij of zij (of via zijn vertegenwoordiger) in staat is de eigen regie en taken horend bij het pgb waar te maken,
- moet de cliënt aantonen dat de zorg die hij of zij wil contracteren verantwoord en van goede kwaliteit is.

Het zorgkantoor beoordeelt of aan deze voorwaarden is voldaan. Hiervoor wordt er een zgn.

bewuste-keuze-gesprek gehouden en moet de cliënt een **budgetplan** overleggen (zie hieronder).

Ook moet helder zijn dat de betreffende persoon niet een pgb is 'aangepraat' door bijvoorbeeld malafide bemiddelingsbureaus of aanbieders

Rol zorgkantoor en SVB

Het zorgkantoor ziet toe op een juiste besteding van het persoonsgebonden budget.

Dat begint bij het verkrijgen van een pgb door het overleggen van budgetplan door de cliënt en de zorgcontracten met zorgverleners te beoordelen.

De SVB controleert de zorgcontracten op arbeid juridische aspecten en controleert of de betalingen die door de cliënt aan de SVB worden gevraagd te doen, overeenkomen met wat er in het zorgcontract tussen cliënt en zorgverlener is opgenomen.

De SVB heeft ook als taak om, indien nodig, de budgethouder te ondersteunen in de werkgeverstaken. Een budgethouder sluit immers met elke zorgverlener een contract en is dan feitelijk werkgever.

Het budgetplan

In het budgetplan geeft de cliënt aan hoe deze het budget wil gaan besteden, t.w.:

- met welk doel de zorg wordt ingekocht,
- op welke manier wordt de zorg ingezet
- bij welke zorgverleners of zorgaanbieders de zorg wordt afgenomen.

Bewuste-keuze-gesprek

Met alle (nieuwe) budgethouders wordt een zogenaamd 'bewuste-keuze-gesprek' gevoerd. Zodra de cliënt kenbaar heeft gemaakt de zorg zelf te willen inkopen, maakt het zorgkantoor een afspraak voor zo'n gesprek. Het zorgkantoor wil dat de cliënt weet waar hij/zij aan begint.

In dit gesprek komen o.a. aan de orde de rechten en plichten, de motivatie van de cliënt om niet voor 'zorg in natura' te kiezen en wel voor een pgb en de vaststelling of de cliënt in staat is een budget te beheren c.q. de administratie te voeren, aan de orde.

Bijlage 3: Het modulair pakket thuis (mpt)

Er komt een derde mogelijkheid voor mensen die thuis zorg willen: het modulair pakket thuis (mpt)

Achtergrond van dit pakket is de wens van zorgvragers (verzekerden) die

- thuis minder zorg willen afnemen dan een vpt omvat, bijvoorbeeld omdat zij een mantelzorger hebben die de maaltijden verzorgt of het huis schoon houdt,
- zorg af willen nemen van verschillende zorgaanbieders,
- of zorg in natura willen combineren met een pgb.'

Meer flexibiliteit

In dit nieuwe mpt is een combinatie met een pgb mogelijk en kan zorg door verschillende aanbieders worden geleverd, wat allebei met een vpt niet kan. Het is bedoeld voor mensen die niet het complete zorgaanbod uit het vpt nodig hebben en ook niet zelf de regie kunnen voeren.

Deze wijziging moet zorgvragers meer flexibiliteit bieden.

Geen wijziging indicatie

De introductie van het mpt brengt geen wijziging van de indicatiecriteria met zich mee. Die blijven gelijk: de zorgvrager dient een blijvende behoefte te hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig te hebben.