



Zorg naar gemeenten

Rapport Verdiepend Onderzoek

onderdeel van de AVI-cliëntenmonitor

Mei 2014

COLOFON

De AVI-cliëntenmonitor maakt deel uit van het programma 'Aandacht voor iedereen' dat in 2012 van start is gegaan. Het programma 'Aandacht voor iedereen' wordt gefinancierd door het ministerie van VWS. De bij het programma betrokken landelijke organisaties zijn: Ieder(in) - voorheen CG-Raad en Platform VG - CSO, Koepel Wmo raden, Landelijk Platform GGz, Mezzo, NPCF, Oogvereniging, Per Saldo en Zorgbelang Nederland.

Het programma berust op twee pijlers:

Toerusting van Wmo-raden en regionale en lokale belangenbehartigers bij de decentralisatie van een deel van de AWBZ-zorg naar de Wmo.

Signalering en monitoring vanuit cliëntenperspectief. Deze cliëntervaringen worden verzameld via landelijke digitale raadplegingen en lokaal verdiepend onderzoek.

Utrecht, mei 2014



INHOUDSOPGAVE

DEEL I	3
1 Introductie en enkele belangrijke uitkomsten	3
2 Aanleiding en opzet van het onderzoek	6
3 Ervaringen uit de interviews.....	9
4 Lokale en landelijke aandachtspunten	42
DEEL II	54
Achtergrondinformatie over de cliëntpopulatie en de gemeenten.....	54
1 Gemeente Almere.....	56
2 Gemeente Coevorden	60
3 Gemeente Doetinchem.....	64
4 Gemeente Eindhoven	68
5 Gemeente Haren	71
6 Gemeente Harlingen.....	75
7 Gemeente Nederweert	79
8 Gemeente Overbetuwe.....	83
9 Gemeente Utrecht	86
10 Gemeente Vlissingen.....	89
11 Gemeente Zaanstad	93
12 Gemeente Zwolle.....	97
Bijlage 1	100
Bijlage 2.....	103
Bijlage 3.....	105
Bijlage 4.....	107

DEEL I

1 Introductie en enkele belangrijke uitkomsten

In deze rapportage staan ervaringen centraal van mensen die te maken krijgen met de decentralisatie van extramurale AWBZ-zorg naar gemeenten. Cliënten met een beperking of aandoening, hun familieleden en mantelzorgers vertellen hoe zij hun beperkingen oplossen en hoe zij de toekomst zien. Er wordt een breed beeld geschetst van de behoeften, wensen en beelden van mensen, maar ook van de zorgen en de verwachtingen die zij hebben.

De ervaringen van mensen staan op zich zelf en laten zich lastig samenvatten. Door de ervaringen van cliënten te beschrijven ontstaat een kwalitatief beeld van de behoeften en oplossingen van cliënten gedurende de transitie.

De vijf meest opvallende waarnemingen

In de interviews vallen een aantal punten op; vooral de zorgen die mensen hebben over hun toekomst. De vijf 'meest in het oog springende uitkomsten' zijn de volgende:

- De meest opvallende bevinding is wel, dat veel van de deelnemers niet goed weten wat de decentralisatie van de AWBZ inhoudt en wat dit concreet voor hen gaat betekenen. Iedereen, ook mensen die goed op de hoogte zijn, maakt zich grote zorgen over de continuïteit van deskundige zorg en zij hebben er weinig vertrouwen in dat hun gemeente kan bieden wat zij nodig hebben.
- Deelnemers aan het onderzoek geven duidelijk aan dat zij de zorg die zij momenteel vanuit de AWBZ krijgen over het algemeen als positief waarderen. Zij zien de professionele en vertrouwde individuele begeleiding als onmisbaar. Dit stelt hen in staat om zo zelfstandig mogelijk als persoon te functioneren.
- Voor deelnemers uit het onderzoek draagt de dagbesteding er in belangrijke mate aan bij om hun vaardigheden te behouden en te ontwikkelen. Méér nog zien zij hun dagbesteding als een veilige basis voor contact met lotgenoten in een respectvolle sfeer en als kans op maatschappelijke participatie. Voor familieleden en mantelzorgers is de dagbesteding waardevol omdat zij de zorg voor hun naaste zonder dat, niet meer kunnen bolwerken. Voor mensen met onherstelbare of voortschrijdende aandoeningen is de dagbesteding hun enige contact met de werkelijkheid en dé omgeving waarin zij hun beperkingen kunnen accepteren.
- De doelstelling van de decentralisatie AWBZ dat burgers in een inclusieve samenleving bereid zijn om iets voor elkaar over te hebben, lijkt aan veel deelnemers voorbij te gaan. Het erkennen dat je het niet meer alleen kunt is moeilijk voor mensen, maar het daadwerkelijk inroepen van hulp is voor velen een torenhoge drempel. En wanneer er dan een –vaak- lang bevochten oplossing met professionele zorg is bereikt, dan is die broos: men wil niet meer terugvallen in de uitzichtloze situatie van voorheen of afhankelijk worden van de welwillendheid van anderen. Een beperkte bijdrage van vrijwilligers aan welzijn noemen de geïnterviewden zinvol, maar onder voorwaarden en met duidelijke grenzen.
- Deelnemers aan het onderzoek worden geconfronteerd met veel veranderingen die onrust veroorzaken. En of die veranderingen wel of niet te maken hebben met de decentralisatie van de AWBZ is voor hen minder interessant. Zij willen weten hoe ze hun leven moeten inrichten na 2015. En dat lijkt geen gemakkelijke opgave, want zij zien hun toekomst op het gebied van gezondheid, werk en inkomen bepaald niet rooskleurig tegemoet.

Kortom, voordat er een echte 'participatiesamenleving' mogelijk is, lijkt er nog veel te doen. Voor menswaardig ouder worden, voor groeien in eigen kracht en voor herstel van zelfmanagement zal nog een hele omslag nodig zijn. Niet alleen bij mensen met een beperking of aandoening, maar in alle geledingen van de samenleving.

In voorliggende rapportage beschrijven we de beleving van de geïnterviewden op verschillende leefgebieden en onderwerpen. Op basis van de verkregen informatie noemen we aandachtspunten voor de lokale en landelijke praktijk. Hieraan voorafgaand beschrijven we hoe het onderzoek is opgezet en uitgevoerd. Een introductie over de verschillende hoofdstukken in deze rapportage gaat hieraan vooraf.

Wat is verdiepend onderzoek in het programma Aandacht voor iedereen

Vanaf 2015 verandert de zorg en ondersteuning¹. De functies begeleiding, dagbesteding, kortdurend verblijf, zorg met verblijf in de ggz en verpleging en persoonlijke verzorging gaan uit de AWBZ. Mensen kunnen voor deze vormen van ondersteuning dan terecht bij hun gemeente of bij hun zorgverzekeraar. Vooruitlopend op deze veranderingen is in 2012 gestart met het programma Aandacht voor iedereen (AVI). Dit programma is opgezet om leden van Wmo-raden en lokale belangenbehartigers te informeren over de transitie van de AWBZ-begeleiding en hen te adviseren over hun rol daarbij. Onderdeel van het AVI-programma is de cliëntenmonitor. Deze monitor bestaat uit landelijke digitale cliëntenraadplegingen en uit verdiepend onderzoek, waarbij in 12² gemeenten gedurende de periode 2013-2015 met 20 cliënten en hun eventuele mantelzorgers meerdere gesprekken gevoerd worden. Na iedere gespreksronde worden de uitkomsten van de interviews besproken in lokale (focus)bijeenkomsten met vertegenwoordigers uit Wmo-raden, lokale belangenbehartigers, lokale beleidsmakers en andere lokale/regionale stakeholders.

Over wie gaat het in deze rapportage

Deze rapportage gaat over mensen met een indicatie voor AWBZ begeleiding (individueel of in groepsverband) en/of kortdurend verblijf en over mensen met een indicatie voor beschermd/begeleid wonen (RIBW)³. In de rapportage zijn de uitkomsten samengevat van persoonlijke interviews met in totaal 218 cliënten, familieleden en mantelzorgers. Allerlei mensen van verschillende leeftijdsgroepen hebben deelgenomen: mensen met psychische/psychiatrische aandoeningen, mensen met somatische aandoeningen en mensen met verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperkingen. Mensen van verschillende leeftijden, maar in ieder geval 18 jaar of ouder in 2015.

De cliënten in de onderzoeksgroep ervaren beperkingen op meerdere levensgebieden en maken gebruik van meerdere AWBZ functies. Velen van hen maken ook gebruik van Wmo ondersteuning en voorzieningen. In de onderzoeksgroep zijn 54 mensen die zelf de zorg geheel of gedeeltelijk organiseren en inkopen met een persoonsgebonden budget (PGB). De overigen hebben zorg in natura.

De groep deelnemers aan het verdiepend onderzoek is zorgvuldig samengesteld, maar is niet representatief voor de groep mensen die in het dagelijks leven aangewezen is op zorg en ondersteuning. Er is in de deelnemende gemeenten geen aselechte steekproef genomen uit de mensen die tot de doelgroep behoren. De lokale uitkomsten en de percentages, moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd. Er kunnen geen conclusies worden getrokken over gebruikers van extramurale AWBZ-zorg in het algemeen.

Cliënten en hun familie en mantelzorgers aan het woord

In hoofdstuk 3 komen de mensen zelf aan het woord. Het beschrijft de meest opvallende cliëntervaringen uit de interviews, geïllustreerd met voorbeelden. Dit hoofdstuk bevat veel informatie over wat er in het leven van mensen gebeurt en een schat aan beelden en indrukken. Interessant voor alle partijen in het lokale speelveld, die willen weten wat er leeft onder (bepaalde groepen) mensen die nu zorg vanuit de AWBZ krijgen. Het geeft Wmo-raden en lokale belangenbehartigers,

¹ Dit onder voorbehoud dat de wetgevingstrajecten op tijd afgerond zijn.

² Het gaat om de gemeenten Almere, Coevorden, Doetinchem, Eindhoven, Haren, Harlingen, Nederweert, Overbetuwe, Utrecht, Vlissingen, Zaanstad en Zwolle.

³ Een indicatie GGZ ZZP voor RIBW: Regionale instelling voor beschermd wonen.

gemeenteraden en wethouders, zorgverzekeraars en zorgkantoren inzicht in wat er bij mensen leeft. Belangenbehartigers vinden hier voorbeelden en informatie vanuit verschillende doelgroepen. Beleidsmakers krijgen inzicht welke problemen overbrugd moeten worden en communicatiemedewerkers kunnen zich laten inspireren hoe zij boodschappen het beste kunnen laten aansluiten bij de leefwereld van cliënten.

In het eerste deel schetsen we een beeld van de beperkingen die mensen ervaren op verschillende leefgebieden, zoals persoonlijke verzorging, dagbesteding, wonen, sociale contacten, regelen van geldzaken, reizen, mantelzorg en mantelzorgondersteuning. Deze levensgebieden waren najaar 2013 het vertrekpunt voor de digitale raadpleging van de AVI-clëntenmonitor. De ervaringen van cliënten in het verdiepend onderzoek komen sterk overeen met de uitkomsten uit de digitale raadpleging. Een vergelijking van de uitkomsten tussen beide onderzoeken is als aparte paragraaf aan dit hoofdstuk toegevoegd.

Naast ervaren beperkingen beschrijft hoofdstuk 3 hoe mensen aankijken tegen zaken die in hun leven belangrijk zijn, zoals zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie, (vrijwilligers)werk, inkomen en de mogelijkheden die zij hebben om eigen regie over hun leven te kunnen voeren.

Ook komt in dit hoofdstuk aan de orde in hoeverre mensen op de hoogte zijn van de decentralisatie van de AWBZ en van wie zij informatie hebben gekregen. Er komen ook zorgen naar voren op het gebied van de positie van cliënten in de 'nieuwe Wmo' en tijdens de overgangperiode.

Aandachtspunten voor belangenbehartiging en beleid

Op basis van de beschreven ervaringen, hebben wij aandachtspunten benoemd die door lokale belangenbehartigers en Wmo-raden kunnen worden meegenomen in de lokale agenda. Ook (lokale) beleidsmakers kunnen bij het ontwikkelen en realiseren van cliëntgericht Wmo-beleid gebruik maken van deze aandachtspunten. Het belangrijkste aandachtspunt voor de lokale en de landelijke agenda in deze fase is zonder twijfel de noodzaak om snel te komen met concrete informatie in begrijpelijke taal omdat er momenteel sprake is van veel onduidelijkheid en onrust.

Deelnemende gemeenten uitgelicht

Hoofdstuk 5 (het tweede deel) van het rapport bevat achtergrondinformatie over de 12 gemeenten waar de deelnemende cliënten wonen. Per gemeente beschrijven we beknopt de AWBZ cliëntpopulatie en kenmerken op het gebied van en gemeentelijk beleid rondom de Wmo, de voorbereidingen op de decentralisatie AWBZ, de bevolkingssamenstelling en de politieke verhoudingen.

De achtergrondinformatie heeft niet tot doel het deelnemende gemeenten te vergelijken. Tegelijkertijd wordt wel een beeld verkregen van de verschillen en overeenkomsten tussen de deelnemende gemeenten. Voor het verdiepend onderzoek is de informatie relevant om de context te schetsen waarbinnen de geïnterviewde cliënten leven.

De lokale context verandert voortdurend. De mensen in het onderzoek zeggen momenteel al te merken dat er veranderingen zijn. Soms omdat de gemeente anticipeert op de decentralisatie en pilots uitvoert; bijvoorbeeld met sociale wijkteams. Soms omdat zorginstellingen maatregelen doorvoeren. De lokale vormgeving van de 'nieuwe Wmo' die zich de komende periode voltrekt, zal bepalend zijn voor wat de mensen merken van veranderingen in ondersteuning en zorg. In de loop van 2014 en in 2015 brengt het verdiepend onderzoek in kaart welke belangrijke veranderingen er voor cliënten in de betrokken gemeenten plaatsvinden. Uit de gesprekken met cliënten zal blijken hoe en of deze veranderingen betekenisvol zijn voor cliënten en hun mantelzorgers.

2 Aanleiding en opzet van het onderzoek

In dit hoofdstuk komt de doelstelling van het onderzoek aan de orde, de werkwijze bij de selectie van de deelnemende gemeenten, de werving voor en de opzet van de interviews en de (focus)bijeenkomsten. Tot slot is aangegeven wat met de resultaten van het onderzoek wordt beoogd.

Aanleiding

Vanaf 2015 verandert de zorg en ondersteuning⁴. De functies begeleiding, dagbesteding, kortdurend verblijf, zorg met verblijf in de ggz en verpleging en Persoonlijke Verzorging gaan uit de AWBZ. Mensen kunnen voor deze vormen van ondersteuning dan terecht bij hun gemeente of bij hun zorgverzekeraar.

Vooruitlopend op deze veranderingen is in 2012 gestart met het programma Aandacht voor iedereen (AVI) waarvan de cliëntenmonitor onderdeel uitmaakt. Het bijbehorende verdiepend onderzoek geeft inzicht in de ervaringen van de geïnterviewden gedurende en kort na de overgang.

Selectie van deelnemende gemeenten

Bij de keuze van de 12 gemeenten is met 3 criteria⁵ rekening gehouden:

- omvang/grootte: (a) grote, (b) middelgrote en (c) kleine gemeenten⁶
- geografische spreiding: (a) stad/stedelijk gebied, (b) platteland
- is er een AVI-adviseur actief (die lokale contacten met Wmo-raad e/o andere lokale belangenbehartigers heeft): (a) ja, (b) nee.

Deze criteria maken maximaal 12 combinaties mogelijk. Omdat niet alle combinaties bestaan, is in plaats van een grote gemeente soms gekozen voor een centrumgemeente.

Vervolgens is mede op basis van praktijkvoorbeelden, zoals gepubliceerd op de websites invoeringwmo.nl en praktijkvoorbeelden.vng.nl, een voorlopige lijst met 26 gemeenten opgesteld. In overleg met het ministerie van VWS en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en op basis van kennis en ervaring van AVI-adviseurs en de bereidheid van de benaderde gemeenten, is uiteindelijk een keuze gemaakt.

De deelnemende gemeenten zijn: Almere, Coevorden, Doetinchem, Eindhoven, Haren, Harlingen, Nederweert, Overbetuwe, Utrecht, Vlissingen, Zaanstad en Zwolle.

Opzet van de interviews

Werving interviewkandidaten

In 12 gemeenten zijn gestructureerde interviews afgenomen bij ongeveer 20 cliënten (of hun familieleden, vertegenwoordigers of mantelzorgers). Het gaat om mensen die nu een indicatie hebben voor extramurale begeleiding en/of kortdurend verblijf of die met een ZZP GGZC wonen in een RIBW. In deze rapportage zijn gegevens van 218 interviews meegenomen.

Interviewkandidaten zijn via de volgende kanalen geworven: lokale afdelingen van patiënten-, cliënten en familieorganisaties, MEE en Zorgbelang-organisaties, cliëntenraden van instellingen voor extramurale begeleiding, kortdurend verblijf en van RIBW 's, mantelzorg- en vrijwilligersorganisaties, ouderenbonden, Regionale Cliënten Organisaties ggz en ggz-steunpunten, cliënt gestuurde initiatieven, panels van landelijke koepels van patiënten-, cliënten- en familieorganisaties, Wmo-raden, gehandicaptenplatforms en AVI-adviseurs.

Er werd telefonisch geworven, per mail, via websites en nieuwsbrieven. De werving was gericht op

⁴ Dit onder voorbehoud dat de wetgevingstrajecten op tijd afgerond zijn en er niet besloten wordt tot uitstel van de geplande invoeringsdata.

⁵ Zoals bij aanvang afgestemd met de opdrachtgevers.

⁶ Er zijn lijsten van grote gemeenten (> 70.000), kleine gemeenten (< 30.000) en centrumgemeenten

cliënten die in 2015 ouder dan 18 jaar zijn⁷. Cliënten met alleen een indicatie voor extramurale Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Individueel of Behandeling Groep zijn niet meegenomen in het verdiepend onderzoek. Zij zijn wel meegenomen als ze tevens gebruik maken van AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf, omdat de gemeente vanaf 2015 ook verantwoordelijk is voor het afstemmen van de begeleiding op de behandeling van cliënten.

Na de start van het verdiepend onderzoek hebben veranderingen in het landelijk beleid geleid tot wijziging van de werving voor de interviews. Dit betreft de volgende punten:

- Sinds 6 november 2013 is bekend dat de aanspraak extramurale AWBZ functies Persoonlijke Verzorging en Verpleging worden ondergebracht in een (nieuwe) aanspraak Wijkverpleging en niet worden ondergebracht in de Wmo. Dit betreft ca. 210.000 cliënten⁸
- Het voornemen om de langdurige ggz over te hevelen naar de zorgverzekeraars is sinds 6 november 2013 gewijzigd in het voornemen om ZZPB onder te brengen in de Zorgverzekeringswet en om ZZPC onder te brengen in de Wmo⁹. Dit laatste betreft het beschermd wonen ggz (RIBW) van mensen met psychiatrische aandoeningen die geen behandeling nodig hebben, bij wie het beschermd wonen gericht is op participeren in de samenleving.

Na november werden geen cliënten meer geworven die alleen gebruik maken van de AWBZ functie Persoonlijke Verzorging of een indicatie hebben voor ggz ZZPB.

De selectie van interviewkandidaten is per gemeente samengesteld op basis van gegevens over gebruik van AWBZ zorg in de desbetreffende gemeente, rekening houdend met de verhouding Zorg in natura: Persoonsgebonden Budget¹⁰.

Interviews

In het verlengde van de landelijke digitale raadpleging is tijdens de interviews gevraagd naar:

- welke ondersteuning (en zorg) cliënten momenteel nodig hebben,
- op welke manier zij eventuele beperkingen oplossen en met wiens hulp of ondersteuning,
- of zij al dan niet tevreden zijn met deze oplossingen,
- of in hun gemeente veranderingen gaande zijn en hoe zij daarover geïnformeerd zijn,
- hun wensen en verwachtingen naar de toekomst (de komende 5 jaar).

Voor de interviews is een gestructureerde vragenlijst¹¹ gebruikt. Voor de geïnterviewden was een schriftelijke toelichting¹² beschikbaar.

In de aanvraag van het AVI-programma was voorzien in verdiepend onderzoek waarbij het de bedoeling was om interviews telefonisch af te nemen. Uiteindelijk is besloten om de eerste ronde face-to-face interviews te houden, om tot kwalitatief goede informatie te komen en te borgen dat cliënten ook in 2014 en 2015 blijven deelnemen.

Verslaglegging

In een persoonlijk verslag is vastgelegd wat de begeleidingsbehoefte is, wat de begeleidings situatie inhoudt en welke verwachtingen mensen hebben met de opzet om dezelfde geïnterviewden in 2014 en 2015 opnieuw te vragen of de oplossingen nog steeds passend zijn. Aan de geïnterviewden is het verslag voorgelegd ter correctie. Voor de analyse zijn de verslagen naast elkaar gelegd.

⁷ Cliënten die in 2013 tijdens de eerste interviewronde jonger zijn dan 17 jaar, vallen in principe onder de transitie Jeugd.

⁸ Bron: 'Aanspraken op AWBZ-zorg, CIZ, 31 oktober 2013.

⁹ Bron: Kamerbrief Nadere uitwerking brief hervorming langdurige zorg (kenmerk 168643-113003-HLZ) d.d. 6 november 2013.

¹⁰ Bron: Aanspraak op AWBZ zorg Nederland, CIZ, 1 oktober 2013.

¹¹ Bijlage 1: Gestructureerde vragenlijst.

¹² Bijlage 2: Toelichting op de interviews.

Opzet van de (focus)bijeenkomsten met stakeholders in gemeenten

Tijdens bijeenkomsten zijn de meest opvallende uitkomsten uit de interviews besproken met lokale stakeholders. De volgende organisaties werden hiervoor uitgenodigd: Wmo-raden, lokale belangenbehartigende organisaties, zorginstellingen, welzijnsorganisaties, mantelzorgsteunpunten, MEE-organisaties, ggz-steunpunten, Zorgbelangorganisaties en zorgkantoren/-verzekeraars.

Deelnemers zijn benaderd op grond van hun expertise en betrokkenheid bij de zorg en de decentralisaties in de gemeenten. Zij namen deel op persoonlijke titel.

Deze bijeenkomsten hadden deels een informatief karakter en deels een verdiepend karakter: de deelnemers werden geïnformeerd over de uitkomsten van de landelijke digitale raadpleging en over de meest opvallende punten uit de interviews (geanonimiseerd). Signalen en noties vanuit het perspectief van cliënten en mantelzorgers zijn uitgewisseld en geïllustreerd aan de hand van voorbeelden. Er is besproken of en hoe deze cliëntervaringen een plek (kunnen) krijgen in de organisatie en de voorbereiding op de decentralisatie in de aanloop naar 2015.

De deelnemers aan de (focus)bijeenkomsten kregen na afloop een verslag met de belangrijkste discussiepunten en toelichtingen die tijdens de bijeenkomsten zijn gegeven door bijvoorbeeld de AVI-adviseur en de vertegenwoordiger van de gemeente.

Resultaten

De uitkomsten van dit verdiepend onderzoek kunnen gebruikt worden door Wmo-raden, lokale belangenbehartigers, gemeenteraadsleden en wethouders en zorgverzekeraars en zorgkantoren. Zij krijgen inzicht in de behoeften en oplossingen en krijgen daarmee ook handvatten om op lokaal niveau (nog beter) in te spelen op behoeften van cliënten en hun mantelzorgers.

3 Ervaringen uit de interviews

In dit hoofdstuk zijn de ervaringen weergegeven uit de interviews en geïllustreerd met voorbeelden en citaten van geïnterviewden. Mensen vertellen over hun beperkingen, over de oplossingen die zij hebben gevonden en over hoe zij hun toekomst zien.

Tijdens de (focus)bijeenkomsten zijn in elke gemeente de meest opvallende signalen uit de interviews besproken met lokale stakeholders, maar de voorbeelden zijn in dit hoofdstuk niet per gemeente genoemd. De reden om dit niet te doen is privacy, zowel van cliënten als van gemeenten.

Het aantal interviews

Er zijn 218¹³ mensen geïnterviewd verdeeld over 12 gemeenten:

72 mensen met psychische/psychiatrische aandoeningen, waaronder 10 met een GGZ ZZPC,

57 mensen met een somatische aandoeningen, voornamelijk ouderen,

56 mensen met een verstandelijke beperking,

24 mensen met een lichamelijke beperking en

9 mensen met een zintuiglijke beperking (8 met visuele en 1 met auditieve beperking).

54 mensen die zelf de zorg geheel of deels organiseren en inkopen met een PGB.

3.1 Wat zijn de ervaringen uit de interviews?

Tijdens de interviews is gevraagd:

- op welke manier mensen hun beperkingen oplossen, met wiens hulp of ondersteuning en of zij al dan niet tevreden zijn met deze oplossingen,
- of mensen op de hoogte zijn van de decentralisatie AWBZ, hoe zij daarover geïnformeerd zijn en of zij veranderingen merken in hun gemeente of bij hun zorgaanbieder;
- welke verwachtingen en wensen mensen hebben naar de toekomst (de komende 5 jaar).

De interviews leveren een breed beeld op van levensverhalen, persoonlijke geschiedenissen en goede, maar ook minder goede ervaringen. Het resultaat is een veelheid aan informatie.

Hier zijn de meest opvallende punten uit de interviews genoemd.

3.1.1 Oplossingen met AWBZ zorg

In het verdiepend onderzoek zijn alleen mensen geïnterviewd met een indicatie voor AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf of een indicatie voor beschermd wonen ggz (RIBW). De onderzoeksgroep in het verdiepend onderzoek wordt gekenmerkt door een vastgestelde zorgbehoefte. De oplossingen die mensen vinden voor hun beperkingen zijn bijna altijd gelegen in het feit dat professionele zorg vanuit de AWBZ wordt ingezet, vaak gecombineerd met oplossingen 'in eigen kring'¹⁴. In een beperkt aantal situaties vormen vrijwilligers een deel van de gevonden oplossingen.

Oplossingen met professionele zorg

Bijna alle geïnterviewden maken gebruik van meerdere AWBZ functies:

- Bijna alle mensen met psychische aandoeningen hebben een indicatie voor zowel Begeleiding Individueel als Begeleiding Groep (dagactiviteitencentra en inloop). In bijna de helft van de gevallen is er ook een indicatie voor Behandeling Individueel.

¹³ Er worden nog 30 interviews afgenomen.

¹⁴ In eigen gezin, familie en vriendenkring.

- Bij ouderen met somatische aandoeningen en bij mensen met lichamelijke beperkingen gaat het meestal om Begeleiding Groep (dagopvang) en is deze zorg vaak gecombineerd met Persoonlijke Verzorging. Een beperkter aantal heeft een indicatie voor Behandeling Groep (dagverzorging/dagbehandeling).
- Bij mensen met een verstandelijke beperking is de indicatie voor Begeleiding Groep (dagbesteding/dagverblijf) veelal gecombineerd met Kortdurend Verblijf.

Oplossingen in eigen kring

Bij de oplossingen in eigen kring spelen partners, kinderen, broers en zussen vooral een rol bij ouderen met somatische beperkingen. Bij mensen met psychische aandoeningen speelt familie het minst vaak een rol, lotgenoten daarentegen spelen een grotere rol. Ouders spelen het vaakst een rol bij mensen met een verstandelijke beperking en broers en zussen in mindere mate. Naarmate de persoon met de verstandelijke beperking ouder wordt, speelt familie, in vergelijking met bovenstaande groepen veel minder vaak een rol. Lotgenoten spelen dan een grotere rol.

Wmo

Driekwart van de geïnterviewden maakt naast AWBZ zorg ook gebruik van de Wmo in de vorm van ondersteuning bij het huishouden, vervoersfaciliteiten en/of andere Wmo-voorzieningen.

Waardering

De geïnterviewden zijn over het algemeen tevreden over de geboden AWBZ zorg en in mindere mate over de Wmo-voorzieningen.

“Janna is met een heupafwijking en met een verstandelijke handicap geboren. Ze heeft haar leven lang zorg en toezicht nodig. We waren daar als gezin wel aan gewend, maar de andere kinderen zijn nu de deur uit. Hoewel we een aangepast huis hebben, is de zorg voor mij te zwaar geworden. Ik kan het lichamenlijk niet meer aan, maar ik kan haar ook geen seconde uit het oog verliezen. Gelukkig is er 's morgens en 's avonds begeleiding om Janna te helpen bij het wassen en kleden en gaat ze 4 dagen per week met de rolstoelbus naar de dagbesteding. De doorbloeding in haar benen is niet goed, dus er komt vaak ook een verpleegster langs. In de vakanties gaat ze logeren.”

bejaarde moeder (67 jaar) van meervoudig gehandicapte dochter (41) jaar
oplossingen in eigen kring en met professionele zorg

3.1.2 Persoonlijke Verzorging

De combinatie van AWBZ Persoonlijke Verzorging met extramurale Begeleiding komt bij bijna alle groepen cliënten in de interviews voor, maar het minst vaak bij mensen met psychische aandoeningen. Hoewel tijdens het verdiepend onderzoek duidelijk werd dat de Persoonlijke Verzorging zal overgaan naar de aanspraak wijkverpleging (en onder de zorgverzekering valt), is de combinatie van Persoonlijke Verzorging met andere AWBZ functies wel van belang voor samenhangende zorg.

In de interviews komen de volgende punten naar voren:

- Ongeveer eentiende van de cliënten, familie en mantelzorgers ervaart dat er (te) weinig uren geïndiceerd zijn voor de persoonlijke verzorging.
- Een deel van de geïnterviewden (ca. 15%) ervaart dat de verzorging niet altijd goed afgestemd is op de dagbesteding. Vooral de zelfstandig wonende cliënten ervaren dit als vervelend, maar ook de cliënten die kleinschalig wonen in initiatieven in de wijk (bijvoorbeeld een hostel/ appartementengebouw waar mensen met een psychische kwetsbaarheid begeleid wonen).

- Iedereen vindt de Persoonlijke Verzorging en de Begeleiding belangrijk om zelfstandig en zelfredzaam te blijven.
- Partners hebben in driekwart van de situaties waar een partner aanwezig is, een rol bij de Persoonlijke Verzorging van ouderen met een somatische aandoening of met niet aangeboren hersenletsel.
- Toch wil men eigenlijk liever niet dat Persoonlijke Verzorging door familieleden of vrijwilligers wordt gedaan. Op een enkele uitzondering na, waarbij ouders voor hun volwassen kinderen met een progressieve ziekte of meervoudige beperking zorgen.

Tijdens de interviews is gevraagd of mensen op de hoogte zijn van veranderingen in de zorg (de decentralisatie AWBZ), welke verwachtingen zij hebben en wat voor invloed deze verwachtingen hebben op hun leven.

In deze interviews komt wat betreft de Persoonlijke Verzorging het volgende naar voren:

- Het merendeel (ca. 80%) van de geïnterviewden maakt zich zorgen over de decentralisatie AWBZ en dat de Persoonlijke Verzorging niet meer onder de AWBZ zal vallen.

“Ik volg het op de televisie en ik maak me er heel ongerust over. Ik vraag steeds aan de dames of zij straks nog wel bij mij blijven komen, maar zij kunnen mij niet gerust stellen. U mag best weten, ik heb er nachten van wakker gelegen.”

gepensioneerde alleenstaande man, chronisch ziek (66 jaar)
oplossingen met professionele zorg en vrijwilligers

“Ik vind het heel erg dat er zoveel verschillende verzorgsters zijn. Ik heb een keer geteld: in één week 22 verschillende mensen aan mijn lijf. Want zij moeten mij altijd met 2 mensen tegelijk helpen. En ze communiceren niet met elkaar. Als je iets wilt afspreken, dan beloven ze dat wel, maar ze komen hun afspraken niet na. Ze komen te laat om te helpen, soms komen ze helemaal niet en dan ben ik niet op tijd klaar om naar het dagcentrum te gaan.”

alleenstaande vrouw (79 jaar) met lichamelijke beperking en chronische ziekte
oplossingen in eigen kring en met professionele zorg

3.1.3 Zinnvolle dagbesteding

In de interviews komen de volgende punten naar voren:

- Mensen zijn over het algemeen tevreden over hun huidige dagbesteding. Hier en daar zou men graag iets meer dagdelen Begeleiding Groep (dagbesteding) ontvangen of Begeleiding Individueel (ambulante begeleiding). Een enkeling zou graag uitdagender activiteiten willen doen tijdens de dagbesteding.
- Familie en mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking zijn positief over het feit dat de dagbesteding er aan bijdraagt dat hun verwanten vaardigheden behouden en (weer) ontwikkelen als dat mogelijk is.
- Familie en mantelzorgers van ouderen ervaren dat de dagopvang hun verwanten ‘in het heden houdt’, dat ze door de activiteiten bij de dag van vandaag betrokken blijven, dat hun geheugen wordt aangesproken en dat er gesignaleerd kan worden of hun gezondheid achteruit gaan.

- Cliënten met psychische aandoeningen ervaren de inloop ggz als een ‘helende’ omgeving: zij ervaren een sfeer van vertrouwen, respect en tolerantie. Zij geven aan dat dit nodig is voor hun herstel en hun geloof in eigen kunnen. Ook de dagactiviteiten helpen hen om weer sociale contacten op (durven) te bouwen en bezigheden weer (durven) oppakken die zij door hun ziekte niet meer konden. Zij krijgen er hun zelfvertrouwen weer door terug; zij zien weer mogelijkheden om terug te keren in de samenleving, wanneer die verbindingen verbroken waren.
- Veel cliënten, vooral ouderen en mensen met psychische aandoeningen vertellen dat zij met de deelnemers van de dagbesteding/inloop veel hebben meegemaakt, waardoor ze elkaar emotioneel steunen.
- De geïnterviewden vinden het belangrijk dat de dagbesteding ook de mogelijkheid biedt om sociale contacten te hebben buiten de eigen woon-/leefsituatie.
- Tijdens dagbesteding wordt ook (hulp) bij Persoonlijke Verzorging gegeven (bijvoorbeeld bij persoonlijke hygiëne), soms is er fysiotherapie beschikbaar en soms worden ook warme maaltijden gebruikt. Mensen die daarvan gebruik maken, vinden dit belangrijke onderdelen van de dagbesteding, omdat dit in de thuissituatie moeilijk valt te regelen.
- Er is een grote variatie in het aantal dagdelen dagbesteding (zowel in indicaties als in feitelijke deelname); er zijn wel verschillen tussen groepen: Mensen met een verstandelijke beperking hebben bijna altijd een indicatie voor de hele werkweek, die wordt ingezet door bijvoorbeeld 3 dagen dagbesteding en 2 dagen andere activiteiten waarbij begeleiding nodig is.
- Het aantal dagdelen dagbesteding is gebaseerd op de behoefte die cliënten hebben (wat zij ‘aan kunnen’) en wat past bij de draagkracht van de mantelzorgers.

“De dagbesteding is een verrijking van mijn leven. Ik zou nooit zonder kunnen en ik heb veel waardering voor de begeleiding. Ik mag wel zeggen dat zij mij al jaren op de been houden. En dat geldt ook voor de anderen hier (deelnemers). We hebben zóveel jaren lief en leed gedeeld. Zij hebben me gesteund. Als zij er niet geweest waren, was ik al lang opgenomen geweest.”

weduwe (51) jaar met visuele beperking en niet aangeboren hersenletsel
oplossing met professionele zorg

Tijdens de interviews is gevraagd of mensen op de hoogte zijn van veranderingen in de zorg (de decentralisatie AWBZ), welke verwachtingen zij hebben en wat voor invloed deze verwachtingen hebben op hun leven.

In deze interviews komen wat betreft de dagbesteding de volgende punten naar voren:

- Er is bij het merendeel van de geïnterviewden (ca. 80%) onzekerheid ontstaan over de toekomst van de dagbesteding. De dagbesteding houdt hen ‘op de rails’ en zij zijn bang om (een deel van) de dagbesteding kwijt te raken (bijvoorbeeld omdat de gemeente dagbesteding onnodig vindt). Mensen zijn soms vanuit diepe dalen gekomen (bijvoorbeeld situaties van sociale en maatschappelijke uitsluiting, schuldenproblematiek, verwaarlozing, dakloos e.d.) en mensen zijn bang dat hun levens volledig op hun kop komen te staan.
- Bijna al deze cliënten, familie en mantelzorgers geven (nadat aan hen gevraagd is hoe zij verwachten dat de gemeente deze taak gaat uitvoeren) aan dat de gemeente in 2015 niet kan volstaan met sector overstijgende collectieve voorzieningen, maar dat gespecialiseerde dagbesteding nodig blijft.

“Cliënten zijn huiverig voor de veranderingen die er aan komen. We organiseren binnenkort een bijeenkomst met plaatselijke politici om ons eigen verhaal te vertellen. Waarom vinden wij het belangrijk dat er continuïteit van begeleiding is. Waarom kunnen ouders die rol niet(meer) vervullen. De begeleiding springt ook in als er problemen op de sociale werkplaats zijn, als iemand naar een specialist moet voor een ‘eng’ onderzoek. Cliënten zijn bang geen/minder ondersteuning te krijgen. “

een lid van de plaatselijke afdeling van Onderling Sterk

Als mijn dochter straks van school komt en niet meer naar de WSW kan, hoe moet het dan met werk? En als het dagbesteding zou worden, is die er dan nog wel? Moet mijn zoon/dochter straks thuis blijven wonen, met niets omhanden?

vader van een jeugdige met verstandelijke beperking (17 jaar)
oplossingen in eigen kring en met professionele zorg

3.1.4 Zelfstandig wonen

In de interviews komen de volgende punten naar voren:

- Bij cliënten is een grote mate van tevredenheid over de woonbegeleiding en over de vertrouwensrelatie met de begeleiders.
- Cliënten weten op wie zij terug kunnen vallen met vragen en problemen waar zij tegen aan lopen. Dit kan over alle levensgebieden gaan, zoals het regelen van huishoudelijke werkzaamheden, maatschappelijk functioneren, acceptatie van problemen en beperkingen, maar ook over onderwerpen zoals werken, leren, recreëren, gezondheid, zelfzorg, sociale relaties, dagbesteding, het krijgen (en behouden) van zelfstandige woonruimte en financiële zaken. (De invulling van de begeleiding is per cliënt verschillend; niet zozeer per groep.)
- Familie en mantelzorgers in een aantal gemeenten geven het signaal af dat er voor hun kind/verwant geen plaats beschikbaar is voor BW¹⁵, RIBW en SGLVG-indicatie¹⁶. Het gaat dan om cliënten met relatief complexe combinaties van verstandelijke beperking en psychiatrische aandoeningen (soms een dubbele grondslag). Zij hebben soms gekozen voor zorg in de thuissituatie of alternatieve oplossingen gevonden voor een deel van de zorgvragen (vaak met een PGB). Maar dit is een noodgedwongen keuze, omdat de benodigde plekken niet beschikbaar zijn; het is geen ‘vrije keuze’.

Tijdens de interviews is gevraagd of mensen op de hoogte zijn van veranderingen in de zorg (de decentralisatie AWBZ), welke verwachtingen zij hebben en wat voor invloed deze verwachtingen hebben op hun leven.

In deze interviews komen wat betreft het zelfstandig wonen de volgende punten naar voren:

- Familie en mantelzorgers benadrukken dat het voor hun kinderen/verwanten alleen mogelijk is om zelfstandig te wonen met regelmatige (en soms permanente) zorg, begeleiding en toezicht. En zolang deze oplossing mogelijk is, vinden zij het wonen met zorg in een instelling geen aantrekkelijke/ aangewezen oplossing voor hun kind/verwant.

¹⁵ BW: Begeleid Wonen

¹⁶ SGLVG indicatie Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt

- Alle cliënten of familie geven aan dat de woonbegeleiding een noodzakelijk onderdeel is om zelfstandig te kunnen blijven wonen. Zonder deze begeleiding zouden ze zich geen raad weten.
- Vooral jongeren met een lichamelijke beperking en hun familie vragen aandacht voor de toekomst van hun woonsituatie: zij hebben 24 uur op afroep ADL assistentie en vervoersmogelijkheden. Zij vragen zich af hoe dit in de toekomst zal gaan.

“Ria heeft een verstandelijke beperking. Ze komt uit een situatie van huiselijk geweld en heeft een moeilijke jeugd gehad in de grote stad. Ze heeft geleerd om het huishouden te doen en doet dat volgens een vast schema. Ze heeft twee kinderen uit voorgaande relaties; dat zijn niet de slimsten van de klas. Er is wel huiswerkhulp, maar Ria maakt zich zorgen over wat de kinderen uitspoken en heeft soms geen grip op hen.

Ze heeft geen contact meer met haar familie. Ze bespreekt tweemaal in de week de problemen waar ze tegen aan loopt met haar begeleidster. Die bevestigt wat ze goed doet en helpt haar met situaties om te gaan. Ze wil heel graag weer een vaste relatie en laat zich in met allerlei dates; ook minder betrouwbare figuren. Dat is niet zo’n goed voorbeeld voor de kinderen.”

maatje van een verstandelijk gehandicapte moeder (36 jaar)
oplossingen met professionele zorg en vrijwilliger

3.1.5 Sociale contacten

In de interviews komt het volgende naar voren:

- Eenzaamheid wordt als een veel voorkomend probleem ervaren door mensen met psychische/psychiatrische problematiek, maar ook onder mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een zintuiglijke beperking.
- De cliënten hebben wel behoefte aan (meer) sociale contacten, maar ervaren het als probleem om contact te leggen en vast te houden.
- Een aantal cliënten heeft al langere periode geen contact meer met familie of vertellen dat hun vriendenkring kleiner geworden is (bijvoorbeeld vaak bij ouderen en mensen met psychische/psychiatrische aandoeningen). Ook familieleden en mantelzorgers geven aan dat zij bijna de enigen zijn die (nog) contact hebben met de cliënt.
- Dat heeft soms te maken met de beperking van de cliënten en het vermogen om sociale contacten te leggen. Familie en mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking ervaren dat hun kind/verwant daar last van heeft, juist omdat hij/zij niet alles begrijpt. Mensen met autisme of borderline persoonlijkheidsproblematiek weten vaak zelf dat zij hun sociale contacten afweren en dit maakt het niet gemakkelijker.
- Geïnterviewden ervaren ook dat mensen in de omgeving niet altijd begripvol zijn, soms ronduit intolerant reageren (er werden bijvoorbeeld vooroordelen genoemd tegen de komst van een gehandicaptenvoorziening of verslaafdenopvang). Er zijn cliënten, maar ook familie en mantelzorgers die geconfronteerd worden met discriminatie en zij vinden dat er in deze situaties (meer) actieve inzet van zorgverleners nodig is om sociale contacten te stimuleren. Mensen geven aan dat er hulp/interventie nodig is om verbindingen te leggen tussen mensen met en zonder beperking.

“Mijn moeder is een sterke vrouw, altijd geweest, maar ook trots en dat beperkt haar. De laatste jaren komt zij door haar ziekte het huis niet meer uit. Alle bekenden van vroeger zijn weggefallen. Ze wil niet op straat gezien worden met een rollator of een rolstoel. Ik hou m'n hart vast want ze kan bijna niet lopen.

De eerste keer dat ze haar been brak, kwamen mijn zus en ik vanuit de andere kant van het land magnetronmaaltijden brengen toen ze weer thuis was. En na de revalidatie van het tweede gebroken been accepteerde ze persoonlijke verzorging. Ze is in het begin nog twee halve dagen naar de dagopvang voor ouderen gebracht, maar daar komt ze niet meer. ‘Het is mijn soort mensen niet’, zegt ze dan. Ze kan zich echt onuitstaanbaar tegen anderen gedragen. Haar enige contact is nog de huishoudelijke hulp. Als we nu om beurten bij haar komen, merk je dat ze alles drie keer vertelt.

dochter van bejaarde moeder (91 jaar)
oplossingen in eigen kring en professionele zorg

Tijdens de interviews is gevraagd of mensen op de hoogte zijn van veranderingen in de zorg (de decentralisatie AWBZ), welke verwachtingen zij hebben en wat voor invloed deze verwachtingen hebben op hun leven.

In deze interviews komen wat betreft de sociale contacten de volgende punten naar voren:

- Vrijwel alle geïnterviewden die op de hoogte zijn van de veranderingen, weten dat er over inzet van vrijwilligers wordt nagedacht door de landelijke overheid en de gemeente.
- Een kwart van de cliënten heeft ervaring met oplossingen met vrijwilligers om sociale contacten te stimuleren, bijvoorbeeld maatjesprojecten. Daarbij fungeren vrijwilligers als een maatje voor de persoon met een beperking.
- Cliënten hebben de ervaring dat vrijwilligers meestal eigen redenen hebben om vrijwilligerswerk te gaan doen; en als die motivatie verandert, werkt het soms niet. De ervaring leert, dat deze oplossingen vaak tijdelijk zijn: de vrijwilligers beginnen wel enthousiast, maar na verloop van tijd ‘haken zij af’, bijvoorbeeld omdat er iets vervelends is voorgevallen, of de vrijwilliger iets anders gaat doen, een baan moet accepteren etc.
- Omgekeerd zijn er ook cliënten die vrijwilligerswerk doen voor andere cliënten. Dit komt vooral voor bij mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychische aandoening. Deze cliënten vertellen dat de zorginstelling hen heeft gestimuleerd en heeft bemiddeld naar vrijwilligerswerk. Bijvoorbeeld iemand met een psychische aandoening helpt in het verzorgingshuis voor ouderen bij sportactiviteiten. Iemand met een verstandelijke beperking helpt bijvoorbeeld bij het koffie schenken in het verzorgingshuis voor ouderen. Deze cliënten beleven het vrijwilligerswerk als positief, omdat er waardering is voor wat zij doen. Sommigen willen hun talenten (weer) kunnen gebruiken. Het komt ook voor dat mensen vrijwilligerswerk doen binnen de eigen dagbestedingscentra.
- Andere cliënten hebben slechte ervaringen met vrijwilligers en geven aan dat onbegrip of vooroordelen een wig kunnen drijven tussen hen en de organisatie waar ze vrijwilligerswerk doen. Wanneer het gedrag van cliënten onvoorspelbaar is, wordt het lastiger om een goede vrijwilligersplek te vinden; cliënten zijn zich daarvan zelf bewust.
- Familie en mantelzorgers geven aan dat er soms meer geïnvesteerd moet worden in het stimuleren van sociale contacten. Bij mensen met autisme helpt het bijvoorbeeld niet om de cliënten te verwijzen naar vrijwilligers, dan moeten zij door begeleiders met elkaar in contact gebracht worden en enige tijd begeleid.
- Veel geïnterviewden denken dat er meer vrijwilligers kunnen worden ingezet voor het opbouwen en onderhouden van sociale contacten, maar dat vrijwilligers de professionele zorg niet kunnen vervangen.

“Ik deed mee aan een Vriendschapsproject van de vrijwilligerscentrale, maar het klikte niet zo met mijn vrijwilliger. Dus bleef hij weg. Nu doe ik mee aan een project met vriendenkringen. Ik ga met 3 mannen een keer per maand iets leuks doen, naar de film of zo. Zo kom ik nog eens ergens.”

man (52 jaar) met autisme
oplossingen met professionele zorg en vrijwilligers

3.1.6 Regelen van geldzaken

In de interviews komen de volgende punten naar voren:

- Ruim de helft van de cliënten (ca. 60%) ervaart het regelen van geldzaken als een beperking; vooral mensen met psychische/psychiatrische problematiek en mensen met een verstandelijke beperking.
- Veel mensen hebben moeite met de digitalisering van de financiële wereld (vooral een probleem voor diegenen, die geen computer hebben en er niet mee om kunnen gaan).
- Cliënten met langer durende beperkingen hebben vaak een uitkering. De meest gehoorde ervaring is dat zij ondanks toeslagen, nauwelijks rond kunnen komen van hun inkomen en momenteel moeite hebben om eigen bijdragen te betalen.
- Dat er extra problemen zijn bij cliënten met loonbeslag, schulden en schuldsanering. Deze situaties maken het regelen van geldzaken een lastiger opgave. Soms springen familieleden en mantelzorgers financieel bij.

Tijdens de interviews is gevraagd of mensen op de hoogte zijn van veranderingen in de zorg (de decentralisatie AWBZ), welke verwachtingen zij hebben en wat voor invloed deze verwachtingen hebben op hun leven.

In deze interviews komen wat betreft het regelen van geldzaken de volgende punten naar voren:

- De onduidelijkheid over het wegvallen van toeslagen en het heffen van nieuwe eigen bijdragen baart een aantal geïnterviewden zorgen, vooral de mensen die nu al moeite hebben om van hun inkomen (uitkering en/of pensioen) rond te komen.
- Het regelen van geldzaken is een onoplosbaar probleem wanneer er al (grote) schulden zijn en wanneer niemand financieel bijspringt.

“We hebben een poos geen contact met onze zoon gehad. Ik kan het niet zo goed vinden met hem. Tegenwoordig komt hij altijd op vrijdagavond bij ons eten. Da's goedkoop hé voor hem. Ik begrijp niet dat ze die jongen geen geld geven als hij dat nodig heeft. Hij krijgt maar 50 euro per maand. Dat is toch te weinig? Ik kan er niet met hem over praten en zijn woonbegeleider wil er niet met mij over praten.

Onze zoon heeft een beetje hetzelfde als mijn vrouw: hij kan niet met mensen omgaan en hij wil ook nooit naar verjaardagen of feestjes. Toen hij een vriendin had, ging het een poosje goed, dachten we. Maar ze kocht van alles, hij ook en ze maakten heel veel schulden. Hij deed hele domme dingen, hij pikte van collega's en werd ontslagen. Door de schulden moesten ze hun huis uit; maar dat is allemaal opgelost, inmiddels woont hij in een RIBW.

Hij heeft wel weer een baan, nou ja, in een werkbedrijf. Zijn salaris gaat naar een aparte rekening. Hij mag er niet aankomen. De begeleiding beheert zijn geld.”

vader van een zoon met psychische problematiek (36 jaar)
oplossing met professionele zorg

3.1.7 Zelfstandig reizen

In de interviews komen de volgende punten naar voren:

- Cliënten uit alle groepen ervaren het zelfstandig reizen als een probleem, zowel ouderen, mensen met verstandelijke, lichamelijke of visuele beperkingen als mensen met psychische aandoeningen. Vooral cliënten die gebruik maken van een rolstoel of niet zonder begeleiding kunnen reizen, kunnen het minste gebruik maken van oplossingen in eigen kring.
- Cliënten die wonen in landelijke en dunbevolkte gebieden ervaren de meeste problemen; vooral wanneer familieleden niet in de buurt wonen.
- Cliënten die oplossingen hebben vanuit de Wmo of reizen met hulp van Valys vervoer, zijn daar doorgaans niet erg tevreden over.
- Opvallend is de ervaring dat begeleiders van cliënten die in (beschermd) woonvormen of woonzorg-initiatieven wonen, geen ondersteuning (meer) bieden bij het reizen; ook niet wanneer ouders of familieleden elders in het land wonen; ook niet in de steden en dichtbevolkte gebieden.
- Soms moeten familieleden financieel bijspringen om begeleiding bij het vervoer te betalen wanneer de cliënten geen vervoersvoorziening krijgen of de aanvraag daarvoor werd afgewezen. Bijvoorbeeld iemand die haar gehele uitkering besteedde om haar gehandicapte zus op te halen en terug te brengen naar haar huis.

Tijdens de interviews is gevraagd of mensen op de hoogte zijn van veranderingen in de zorg (de decentralisatie AWBZ), welke verwachtingen zij hebben en wat voor invloed deze verwachtingen hebben op hun leven.

Daarbij komt wat betreft het zelfstandig reizen het volgende naar voren:

- Mensen geven aan dat hulpmiddelen en vervoersvoorzieningen uit de Wmo hen in staat stellen zich zelfstandig te bewegen in het huis en om activiteiten buitenshuis te ondernemen. Zij hopen dat dit voor hen mogelijk blijft.

“Joost moet regelmatig naar de tandarts, want hij heeft een slecht gebit. Hij heeft soms ook afspraken met zijn psycholoog. Hij is daar al sinds zijn jeugd onder behandeling. Vroeger ging een begeleider met hem mee, zodat we zeker wisten dat hij ook aankwam. Tegenwoordig mag dat niet meer.

Wij wonen 75 km. verderop en wij kunnen dit niet regelen. Zonder begeleiding kan hij niet reizen: als het voor hem te onoverzichtelijk wordt, raakt hij in paniek. Nu zoeken ze met hem een andere oplossing. Dat is niet makkelijk, want hij is geen allemansvriend.”

moeder van een jongeman (25 jaar) met syndroom van Asperger
oplossing met professionele zorg

3.1.8 Mantelzorg, mantelzorgondersteuning en het beroep op mantelzorg

Mantelzorg

Tijdens de interviews is gevraagd hoe mensen de gevonden oplossingen beoordelen.

In deze interviews komen de volgende punten en ervaringen naar voren:

- Cliënten, familie en mantelzorgers geven bijna allemaal aan dat zij een lange en vaak moeizame weg zijn gegaan om te komen tot oplossingen voor hun zorgvragen. Het zijn 'lang bevochten oplossingen'. Het merendeel geeft aan dat ze een evenwicht hebben gevonden, waarbij familie, vrijwilligers en professionals onderdelen van de ondersteuning resp. zorg voor hun rekening nemen en dat die oplossingen doorgaans goed werken. Ze beseffen dat de situatie broos is: het is een netwerk waarin radertjes op elkaar aansluiten; als er één dingetje fout gaat, dan loopt het spaak. Zij vinden structuur, continuïteit en vooral vertrouwde met elkaar heel belangrijk om te voorkomen dat het bouwwerk instort.
- Cliënten geven in hun sociale omgeving niet graag toe dat ze het niet meer alleen kunnen oplossen, ook niet als zij evidente gezondheidsproblemen, beperkingen of aandoeningen hebben. Ook familieleden en mantelzorgers geven dat niet graag toe. Het is voor hen een grote stap om te accepteren dat ze het niet meer alleen kunnen.
- De geïnterviewden ervaren het als een nog grotere stap om daadwerkelijk hulp te vragen. De inzet van mantelzorg is -vaak al lange tijd- vanzelfsprekend voordat professionele hulp wordt gevraagd. In het leven van mensen is vaak al een hoop gebeurd voordat men hulp inroept. Als dan toch professionele hulp wordt gevraagd, dan doen mensen dat nog met schroom.
- Daarnaast geven geïnterviewden aan dat zij sociale druk ervaren om hun problemen vooral zelf op te lossen, bijvoorbeeld mensen in kleinere en/of kerkelijke gemeenten of mensen die ervaren dat anderen hun problemen niet serieus nemen. Een veel gehoorde uitspraak van geïnterviewden was: "Ze vinden dat ik het maar zelf moet oplossen."
- Sommige mensen weten niet hoe ze hulp kunnen vragen. Vooral mensen met een beperking of aandoening weten vaak niet hoe ze dit kunnen doen. Er zijn voorbeelden dat zorgverleners cliënten helpen om de hulp in de eigen omgeving te gaan organiseren.
- Het komt voor dat familieleden en mantelzorgers een 'dwingende' rol naar de cliënten hebben en zich daar ook van bewust zijn: zij menen dat de cliënt de problemen niet goed oplost; zij vinden dat ze problemen op hún manier moeten oplossen. Omgekeerd zijn er cliënten die de bemoeienis van familie en mantelzorgers als bedreigend zien.
- Sommigen hebben bewust gebroken met de familie. Dit is bijvoorbeeld bij mensen met psychische problematiek het geval en in mindere mate bij ouderen. Het komt ook voor dat familieleden geen contact meer willen met het familielid dat zorg nodig heeft. Soms zijn er in het ouderlijk gezin problemen op het gebied van werk en inkomen of hebben familieleden zelf zorg (nodig) en willen cliënten hen niet vragen om mantelzorg te bieden.
- Er zijn initiatieven en voorbeelden waarbij cliënten in staat zijn met eigen inzet/regie een goed leven te leiden en met relatief weinig professionele hulp goed in staat zijn zelf te redden. Deze voorbeelden worden alleen genoemd in situaties waar familieleden en mantelzorgers veel tijd hebben, nabij of in de buurt wonen, dit zelf lichamelijk en geestelijk aankunnen en kunnen terugvallen op een netwerk en op professionele zorg.
- De intentie van ouders van mensen met een verstandelijke beperking om mantelzorg te bieden is groot, maar op een gegeven moment is dit voor de mantelzorger qua leeftijd niet meer op te brengen.

“Vorig jaar heb ik mijn heup gebroken. Dat was een hele grote terugslag voor mij. Na 8 maanden revalideren heb ik deze seniorenflat gekregen. Anderen hebben de verhuizing geregeld. Het huis is nog steeds niet aangepast, ik kan bijvoorbeeld met de rolstoel niet bij het aanrecht komen. Ik heb mijn hele leven al polio en kon mezelf altijd nog redelijk redden. Maar het laatste jaar dus niet meer, omdat mijn aangetaste heup nu is gebroken.

De thuiszorg komt twee keer per dag om me te helpen.

Omdat ik niet meer in en uit mijn scootmobiel kan komen, heb ik die tijdelijk terug gegeven aan de gemeente. Mijn zus komt alle dagen van 12 tot 18 uur, ze doet boodschappen, kookt en dan eten we samen. Voor ze weggaat, doet ze de gordijnen dicht en de lichten aan. Ik bel de rolstoeltaxi als ik bijvoorbeeld voor mijn korset naar het ziekenhuis moet. Verder ben ik aan huis gekluisterd; verschrikkelijk”.

alleenstaande vrouw (79 jaar) met lichamelijke beperking
oplossing in eigen kring en met professionele zorg

Tijdens de interviews is gevraagd of mensen op de hoogte zijn van veranderingen in de zorg (de decentralisatie AWBZ), welke verwachtingen zij hebben en wat voor invloed deze verwachtingen hebben op hun leven.

In deze interviews komen wat betreft mantelzorg de volgende punten naar voren:

- Familie en mantelzorgers geven verschillende inschattingen van hun eigen mogelijkheden om in de toekomst meer mantelzorg te verlenen en van de zelfredzaamheid van hun familielid of verwant.
- Mensen geven aan dat zij bijvoorbeeld goede familiebanden hebben en betrokken zijn, maar tegelijkertijd soms weinig mogelijkheden hebben om praktische hulp te bieden vanwege afstand, druk gezinsleven, werk e.d..
- De geïnterviewde mantelzorgers willen graag een taak op zich nemen en doen vaak (soms onbewust en onbeschreven) al heel veel. Veel kinderen doen de administratie voor hun ouders, gaan mee als er een specialist bezocht moet worden enz.
- Cliënten vinden het niet realistisch dat er een toenemend beroep zal worden gedaan op mantelzorgers; zeker de cliënten die nauwelijks familie hebben of geen contact meer met hen hebben. Ook mantelzorgers geven aan dat ‘de rek er uit is’ wat betreft extra inzet. Zij geven aan dat zij dit zien als een ontwikkeling 'terug in de tijd'.
- Vooral de ouderen en hun familie en mantelzorgers ervaren dat er momenteel steeds vaker een beroep wordt gedaan op kinderen ook al wonen die aan de andere kant van het land. Zij ervaren dat doorgaans niet als prettig en vragen zich af of de overheid cliënten daarvan afhankelijk mag maken.
- Een punt van zorg dat tijdens de interviews naar voren komt is de angst van oudere mensen om van elkaar gescheiden te worden bij toenemende hulpbehoefendheid (bijvoorbeeld vanwege gebrek aan plaatsen voor wonen met zorg). Bijvoorbeeld bij oudere echtparen van wie een van de partners steeds meer zorg nodig heeft.
- Ook is er zorg over werkloosheid of mogelijk verlies van baan, en wat dan - als oudere met een beperking?

“Ik ben minder gaan werken, anderhalve dag per week. Mijn man is afgekeurd. Op die manier kunnen we nog voor haar zorgen. Want ook nu ze ‘zelfstandig’ woont, heeft ze begeleiding nodig. Dat organiseren we wel, ook een deel met PGB, maar zij kan nooit zonder ons.”

moeder van dochter (23 jaar) met verstandelijke beperking
oplossingen in eigen kring en met professionele zorg

3.1.9 Informatie(voorziening) over de decentralisatie AWBZ

Tijdens de interviews is gevraagd of cliënten, familie en mantelzorgers op de hoogte zijn van de veranderingen (de decentralisatie AWBZ) en zo ja, van wie zij informatie hebben gekregen. Er is ook gevraagd of mensen iets merken van veranderingen in de zorg of in de gemeente en er is gepeild welke verwachtingen zij daarvan hebben.

Wat is bij geïnterviewden bekend?

- Van de geïnterviewden is ca. 40% er niet van op de hoogte dat AWBZ taken (dus de zorg die zij op dat moment ontvangen via een AWBZ indicatie) vanaf 2015 onder verantwoordelijkheid van de gemeenten gaan vallen. Het zijn vooral de ouderen die er weinig over weten. Overigens hebben hun familieleden en mantelzorgers er dan vaak al wel iets over gehoord.
- Een kwart van de geïnterviewden heeft wat gehoord, maar weet niet precies hoe het zit. Bij hen overheerst de vraag naar zekerheid. Zij willen als het ware alléén maar weten ‘blijf jij nog wel mijn begeleider?’ of ‘mag ik straks nog komen?’ De instellingen en organisaties kunnen daar nog niet concreet op antwoorden. De vertrouwensband met de begeleiders is belangrijk voor cliënten en zij zoeken die zekerheid bij de begeleiders. Omdat het nog niet duidelijk is hoe de toekomst er precies uit gaat zien, kunnen de begeleiders niets garanderen.
- Eenderde van de geïnterviewden weet goed wat de decentralisatie AWBZ inhoudt en wanneer de veranderingen ingaan. Zij weten het naadje van de kous. Dit zijn vooral de mensen die lid zijn van een cliënten-, patiënten- of familievereniging, van een cliënten- of verwantenraad of van een vereniging voor budgethouders.
- In een aantal situaties zijn bijeenkomsten georganiseerd tussen cliënten en gemeenteraadsleden of Wmo-raadsleden om elkaar te leren kennen, te informeren en vragen te stellen. Deze werden als positief ervaren. Bijvoorbeeld een initiatief van een LFB Onderling Sterk, een initiatief van een zorgaanbieder en mensen met een lichte verstandelijke beperking en een initiatief van een zorgaanbieder voor mensen met niet aangeboren hersenletsel.

Van wie krijgen de geïnterviewden informatie?

- De geïnterviewden die een beetje op de hoogte zijn, weten dat uit de media (krant, TV), maar de meesten weten niet precies wat er gaat veranderen.
- Hier en daar geven instellingen of zorgverleners informatie aan cliënten, familieleden en mantelzorgers.
- De cliënten-, patiënten- en familieverenigingen zijn een belangrijke informatiebron.
- Gemeenten publiceren informatie in lokale kranten en op de websites, maar dit is algemeen en niet concreet van aard.
- De gemeenten hebben wel contact met cliënten die al gebruik maken van Wmo-voorzieningen en (nog) niet met gebruikers van AWBZ zorg.
- In een aantal gemeenten ervaren de geïnterviewden de communicatie als verwarrend. Bijvoorbeeld een gemeente heeft kort na elkaar enkele brieven gestuurd. Een budgethouder kreeg een brief met de mededeling dat het niet langer is toegestaan om een familielid met het PGB in te huren. Dit oudere echtpaar had zowel een AWBZ zorg als Wmo-voorzieningen en vroeg zich af waarvoor de aanwijzing exact gold.

- Verder is er onrust onder ruim tweederde van de geïnterviewden. Sommige geïnterviewden zeggen dat de (landelijke) politieke besluitvorming over AWBZ decentralisatie tot onrust heeft geleid. Er komen wisselende berichten in de media; eerst zou de Persoonlijke Verzorging overgeheveld worden naar de gemeente; later werd bekend dat dit niet zo zou zijn.
- Vooral de mensen die goed of een beetje op de hoogte zijn, vinden dat de lokale besluitvorming (te) langzaam gaat. Zij tonen daarvoor begrip, in de zin dat ze begrijpen dat hun gemeente nog moet beslissen hoe ze de zorg gaan vormgeven. Anderen kunnen hiervoor weinig begrip opbrengen omdat zij van mening zijn dat de mensen die al in een lastige situatie verkeren, niet belast moeten worden met extra zorgen en onduidelijkheden.

“Laatst kwam Saskia met allerlei verhalen thuis, het huilen stond haar nader dan het lachen. De begeleiders hadden verteld dat ze misschien hun baan zouden verliezen, omdat de gemeente de zorg zou gaan overnemen. Ze zouden dan wel helpen om voor Saskia een andere oplossing te zoeken. De leden van de cliëntenraad hadden nu gevraagd om een voorlichting, want iedereen was in rep en roer.

Nu kon ik haar wel gerust stellen, maar ik weet zeker dat anderen compleet in de war zijn van zo'n verhaal. Ik vind dat ze beter moeten nadenken over wat ze tegen de cliënten vertellen en eerst met de gemeente afspraken moeten maken. Dan gewoon informatie op papier zetten. En ik kan me voorstellen dat er gezinnen zijn waar je dit helemaal nog niet vertelt, want die zitten anderhalf jaar in de rats. Sommigen kunnen ook niet goed lezen, weet u.”

moeder van een dochter (45 jaar) met een matige verstandelijke beperking
oplossingen in eigen kring en met professionele zorg

“Ja, de gemeente heeft een brief gestuurd dat de dagopvang naar de gemeente gaat. Maar verder weet ik er niet van.”

echtgenoot van vrouw (72 jaar) met autisme en depressie
oplossingen in eigen kring en met professionele zorg

3.1.10 Deskundigheid en continuïteit van zorg en ambulante begeleiding (Begeleiding individueel)

In de meeste situaties is sprake van gecombineerde AWBZ zorg; naast de dagbesteding krijgen cliënten ook individuele begeleiding, Persoonlijke Verzorging en/of behandeling.

De geïnterviewden vertellen over hun ervaringen met de begeleiding en wat zij belangrijk vinden. Zij noemen de kwaliteit en continuïteit van de begeleiding: zoals de ambulante begeleiding, de deskundigheid van de begeleiding, individuele begeleiding, langdurige zorgvraag en de afstemming tussen zorg en begeleiding die vanuit verschillende instanties wordt geboden.

Dagbesteding of individuele begeleiding?

In deze interviews komen de volgende punten naar voren:

- Geïnterviewden vertellen dat hun gemeente vanaf 2015 de voorkeur zal geven aan collectieve begeleiding boven individuele begeleiding. Enkele gemeenten gaan uit van het principe: groepsbegeleiding als het kan, individueel als het moet.
- Opvallend is dat de meeste (ca. 80%) van de cliënten, familie en mantelzorgers vinden dat individuele begeleiding in veel situaties nodig is naast dagbesteding en ook nodig blijft. Men vindt ambulante (woon)begeleiding niet vervangbaar door dagbesteding of groepsgewijze begeleiding.

- Driekwart geeft aan dat zij vinden dat de dagbesteding niet naar welzijnsorganisaties (buurthuismedewerkers) zou moeten gaan. Dat heeft ermee te maken dat zij een individuele benadering nodig vinden.

“Het sloop er in bij mijn zus. Van een harde werker werd zij iemand die verslonsde, zij raakte in de ziekte, haar relatie liep stuk, haar huis werd onbewoonbaar verklaard. Uiteindelijk nam mijn broer haar op in huis, maar zij durfde niet naar buiten en zat hele dagen voor zich uit te staren Na een aantal jaren behandeling en medicijnen kijkt ze de wereld weer in. Met hulp van een begeleidster pakt zij de draad van haar leven weer op. Zij is weer wat gaan doen: naar de dagbesteding. Daar respecteren ze haar; zij mag zichzelf zijn, het is vertrouwd. Ik herken de zus van vroeger weer een beetje terug. Maar er is nog een lange weg te gaan..... Ik hoop dus dat men snapt dat er individuele begeleiding thuis nodig is; een jaar geleden kon zij de deur niet uit.”

broer van een volwassen vrouw (56 jaar) met een gegeneraliseerde angststoornis
oplossingen in eigen kring en met professionele zorg

“Voor mij is individuele begeleiding een must. Door mijn handicap moet ik bij veel nieuwe dingen eerst uitleg of hulp krijgen. Bijvoorbeeld bij nieuwe etenswaren, verpakkingen, keukengerei en zo. Ik kan mezelf goed redden, maar dingen in huis repareren bijvoorbeeld, dat lukt me weer niet. Ook moet er vaker bij mij schoongemaakt worden, want ik heb een geleidehond. Daardoor wordt het toch eerder vuil in huis. Ook in de bus en in de trein kan ik het niet altijd alleen redden; ja, de vaste ritjes wel, maar anders niet. En dan is het lopen in de stad niet altijd een pretje, met allerlei borden die op de stoep staan. Het zou mooi zijn als bij ons in de stad ook pratende verkeerslichten komen; je weet wel, met zo'n drukknop die tikt.”

volwassen man (32 jaar) met visuele beperking
oplossingen in eigen kring, met professionele hulp en vrijwilligers

Deskundigheid van begeleiding

In deze interviews komen de volgende punten naar voren:

- Bijna alle (ca. 90%) cliënten, familie en mantelzorgers zijn positief over de deskundigheid van de begeleiding. Cliënten ervaren dat de begeleiders hen kunnen helpen in het dagelijks leven, bij hun problemen en om hun gedrag in goede banen te kunnen leiden. Cliënten krijgen hulp bij bijvoorbeeld een verzorgd uiterlijk, bij het verwerken van wat ze hebben meegemaakt, wanneer ze somber zijn, als ze situatie niet kunnen oplossen, als ze zichzelf iets dreigen aan te doen, etc.. De geïnterviewden vinden professionele deskundigheid belangrijk. Dit wordt vooral genoemd door mensen met psychische aandoeningen. Hier werd het voorbeeld genoemd dat de begeleiders een opleiding tot sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV-ers) hebben. Deskundigheid wordt ook genoemd door familie en mantelzorgers van mensen met niet aangeboren hersenletsel; zij geven voorbeelden van plotselinge emoties of boosheid; onvoorspelbaar gedrag dat vaak het gevolg is van hersenletsel. Ook bij begeleiding van mensen met autisme wordt vaak het belang van deskundige begeleiding benadrukt.
- Dit geldt zeker ook voor kortdurend verblijf. Familie en mantelzorgers geven aan dat begeleiding méér is dan 'oppas'. Zij wijzen erop dat er voor hun kind of verwant gedragsregulatie nodig is en dat dit door geschoolde hulpverleners moet gebeuren die begrijpen wat er gebeurt als iemand 'uit

zijn dak gaat'; deze hulpverleners moeten het gedrag kunnen bijsturen. Geïnterviewden geven aan dat een vertrouwde/vaste relatie juist in die situaties voor hen belangrijk is.

- Er gaan geruchten dat instellingen voor dagbesteding gaan sluiten en hier maken mensen zich zorgen over. Geïnterviewden pleiten er voor om goede (ook professionele) oplossingen niet 'af te breken'. Deze oplossingen betekenen veel in hun leven van cliënten, maar zeker ook voor mantelzorgers. Zij menen dat die begeleiding niet door welzijnswerkers of vrijwilligers mag worden overgenomen.

Vooraf familie en mantelzorgers maken zich zorgen of er zorg mét voldoende expertise ingezet zal blijven worden. Dit signaal komt vanuit alle groepen; mensen noemen met name expertise op het gebied van niet aangeboren hersenletsel, autisme, epilepsie, visuele en auditieve beperkingen en Alzheimer.

"Vijf jaar geleden kreeg mijn man een CVA; na de revalidatie heb ik hem thuis verzorgd. We zijn naar een aangepast huis gegaan, want hij kan geen trappen meer lopen. Door de ziekte is hij zó veranderd, dat ik hem geen 10 minuten alleen kan laten. Hij doet rare dingen, staat te schreeuwen in de tuin tegen de burens of hij legt de vuile vaat in bed.

Ook tegen mij was hij soms plotseling kwaadaardig of lachte me gewoon uit. Ik werd er overspannen van.

Hij gaat nu sinds 3 maanden naar een dagopvang voor mensen met niet aangeboren hersenletsel. Ze doen daar allerlei activiteiten met elkaar en ze weten precies hoe ze hem bij moeten sturen. Ik kan nu met een gerust hart een boodschapje doen."

vrouw van een oudere man (68 jaar) met NAH
oplossing in eigen kring en met professionele zorg

"Daar konden ze niet omgaan met epilepsie. Dan wisten ze niet waar mijn dochter was en dan bleek ze al een uur op een bankje te hangen en had ze absences. Ze moesten haar medicijnen op tijd geven, maar daar hielden ze zich niet zo strak aan."

moeder van jonge vrouw (24 jaar) met verstandelijke beperking en epilepsie
oplossingen in eigen kring en met professionele zorg

Langdurige zorg

In deze interviews komen de volgende punten naar voren:

- De meeste beperkingen en aandoeningen waarover wordt gesproken door de geïnterviewden, 'gaan niet over'. Cliënten, familie en mantelzorgers wijzen erop dat een handicap of een aandoening een leven lang duurt en dat er dan ook noodzaak is om levenslang te begeleiden¹⁷.
- Bij oudere mensen met een verslechterende gezondheid (psychogeriatric) of mensen met progressieve aandoeningen is begeleiding nodig zolang hun leven (nog) duurt.
- De ervaring van mensen met zwaardere zorgvragen is, dat zij altijd zorg nodig hebben gehad op verschillende levensgebieden. Bijvoorbeeld bij mensen met verstandelijke beperkingen, vanwege beperkt abstractievermogen en communicatie. Bijvoorbeeld bij mensen met psychische aandoeningen, vanwege problemen met waarneming of zelfbeheersing. Zij verwachten niet dat er plotseling geen zorg nodig zou zijn.

¹⁷ Het CIZ geeft de indicaties voor AWBZ begeleiding, als het gaat om langdurige beperkingen in de zelfredzaamheid en/of gedragsregulatie (AWBZ beleidsregels).

- Geïnterviewden in enkele gemeenten hebben gehoord dat in hun gemeente wordt gesproken over tijdelijke begeleiding; men wil begeleiding bieden tot het moment dat iemand zichzelf weer kan redden. De geïnterviewden vragen zich af hoe de gemeenten deze afbakening gaan maken: blijft (dagelijkse) zorg levenslang mogelijk? Men vraagt zich ook af of er een ‘vangnet’ blijft van professionele zorgverleners die kunnen inspringen als het nodig is.

“Het komt niet goed als de gemeente denkt dat dit wel overgaat en dat mensen het wel met minder hulp kunnen redden. Het is de bedoeling dat hij dingen dóet en niet doelloos in een stoel zit. Het gaat erom dat hij er plezier in heeft. Zó heeft hij thuis iets te vertellen en wordt de wereld niet kleiner. Hij kan sinds zijn beroerte niet meer praten en dat maakt hem machteloos. Hij kan veel meer dingen niet meer zelf; zoals zijn stoma verschonen. Heus, dit wordt niet beter, alleen maar slechter.”

vrouw van een man (72 jaar) met CVA en afasie
oplossingen in eigen kring en met professionele zorg

3.1.11 Eigen kracht, cliëntenondersteuning en mensen die zelf geen zorg vragen

Eigen kracht

In de interviews is aan bod gekomen bij welke beperkingen mensen hulp nodig hebben, maar ook wat mensen als hun talenten zien.

In deze interviews komen de volgende punten en ervaringen naar voren:

- De meeste familie en mantelzorgers vinden het positief dat er wordt nagedacht over wat iemand zelf kan, over eigen kracht en het bevorderen of terugvinden daarvan. Er zou meer een beroep gedaan kunnen worden op de eigen capaciteiten, maar zij vinden dat dit niet moet worden overschat: de mindere kennis en kunde van de cliënt mag niet uit het oog worden verloren.
- Een aantal cliënten heeft de ervaring dat zij zich de afgelopen jaren ‘in een hokje voelden gezet’. Dit betekende voor hen soms de erkenning voor hun beperkingen (of aandoeningen), maar zij ervaren ook nadelen: het leidt tot meer vooroordelen en tot de gedachte dat zij (toch) tot weinig in staat zouden zijn. Ze kregen het gevoel dat ze minder waard waren.
- Ongeveer eentiende van de cliënten heeft positieve ervaringen met het verkrijgen/opbouwen van eigen kracht. Bijvoorbeeld de beweging dat mensen met een lichte verstandelijke beperking voor zichzelf opkomen (Onderling Sterk). Bij anderen gaat het meer om het hervinden van eigen kracht. Bijvoorbeeld cliënten met psychische aandoeningen die door hun vrijwilligerswerk meer zelfvertrouwen krijgen. De ervaring leert dat deze veranderingen niet zonder moeite en tegenslag gerealiseerd werden: de cliënten waren zover hersteld dat ze dit aandurfd, de werkgevers waren bereid om aanpassingen te maken op de werkplek. De cliënten in deze voorbeelden vertellen dat ze het leuk vinden om vrijwilligerswerk te doen, dat het wordt gewaardeerd en dat ze iets betekenen voor een ander. Zij willen hun talenten gebruiken.
- Andere geïnterviewden merken dat instellingen vaker een appel doen op cliënten om het maximale uit zichzelf te halen en zij staan daar positief tegenover.
- Zij beseffen dat deze omslag tijd nodig heeft: de wereld is morgen niet veranderd. Ze wijzen er op dat eigen kracht van mensen niet spontaan ontstaat en vooroordelen in de samenleving niet spontaan verdwijnen.

Toen we ander werk kregen op het centrum, ben ik er mee gestopt. Het was te moeilijk voor mij. Maar dat thuis zitten was niks voor mij, ik werd er gek van. Mijn zus heeft een poosje geholpen, maar omdat ik zo in de war was moest ik naar de crisisopname.

Uiteindelijk mocht ik niet meer terug komen bij de WSW. Toen wist ik het helemaal niet meer. Ik ben nu al weer 10 jaar hier (dagbesteding).

En ik doe ik een ochtend en een middag in de week vrijwilligerswerk. Koffie schenken in de open dagopvang voor ouderen. Best leuk.“

vrouw (60 jaar) met matige verstandelijke beperking
oplossingen in eigen kring en met professionele zorg

Maakt u gebruik van cliëntondersteuning?

- Weinigen maken (ca. 3%) maken gebruik van cliëntondersteuning in de periode dat de interviews gehouden zijn. In het verleden heeft een groot deel (ca. 40%) gebruik gemaakt van informatie van MEE en bij een aanvraag voor een voorziening. Eentiende deel maakt gebruik van ouderenadviseurs of van een ggz steunpunt.
- Anderen hebben de hulp van de woonbegeleider gekregen.
- De ervaringen met professionele cliëntenondersteuning zijn wisselend. De meesten zijn positief over de ondersteuning van ouderenadviseurs. Ook zou men graag willen kiezen welke organisatie de cliëntenondersteuning levert.

Mensen die zelf geen zorg vragen

Enkele cliënten die geïnterviewd zijn, hadden zelf niet om hulp gevraagd.

In deze interviews komen wat betreft het vragen om zorg, de volgende punten naar voren:

- Een deel van de familie en mantelzorgers heeft ervaren dat de ziekte en de problemen van hun verwanten soms niet opvallen. Dat bijvoorbeeld burens soms niet weten dat het slecht gaat met iemand, terwijl de familie dit wel signaleert. Zij vinden het een logisch principe dat mensen zelf verantwoordelijkheid nemen, maar weten dat dit voor hun verwant niet zó werkt. Hij/zij vraagt uit zichzelf geen hulp, vindt het niet nodig of vermijdt het liever. Dit is de ervaring bij Alzheimer, bij verslaving en psychose, maar ook bij sommige chronisch zieken. De zorg van de geïnterviewden is, dat mensen over het hoofd gezien worden, als ze niet zelf om hulp vragen.
- Familieleden geven ook aan dat ziekten en aandoeningen wisselend verlopen: in de ene periode gaat het beter dan in de andere periode. Wanneer het ogenschijnlijk 'goed' gaat, lijkt zorg onnodig; terwijl dit alleen betekent dat het even stabiel is of de ziekte stil staat. Het idee dat de cliënten die het redden met een klein beetje professionele begeleiding, geen zorg nodig hebben, zou een verkeerde conclusie zijn, vinden de verwanten.
- Zij vinden dat gemeenten niet moeten afwachten tot burgers, burens, familie of mantelzorgers zelf het initiatief nemen en om hulp vragen.

“De overheid gaat té vrijblijvend om met mensen die zorg nodig hebben. Dat geldt zeker voor onze zoon. Hij zwerft langs de straat, zijn huis is een puinhoop. Vroeger hielp ik hem nog wel eens, maar ik mag niet meer bij hem komen, zegt hij.

De gedachte dat je mensen niet kunt verplichten om zorg te krijgen, deugt niet. Juist bij mensen zorg mijden als het nodig is, mag de overheid het er niet bij laten zitten.”

moeder van een verslaafde zoon (33 jaar) met schizofrenie
oplossing: professionele ambulante zorg in afwachting van een RIBW plek

“Het is soms moeilijk om hulp te vragen. Maar ik zou het doen, als het nodig is, bijvoorbeeld aan mijn broer. Vragen dat doe je niet zo gauw. Maar soms is het niet anders; dat heb ik wel geleerd. Ik deed altijd alles zelf, maar sommige dingen kun je niet zelf.”

alleenstaande moeder (51 jaar) met autisme en 2 kinderen met autisme
oplossingen in eigen kring en met professionele zorg

Tijdige zorg

In de interviews komen de volgende punten naar voren:

- Familie en mantelzorgers van cliënten (en zorginstellingen) benadrukken het belang van tijdige zorg. Zij noemen daarbij voorbeelden. In een aantal gemeenten voeren zorginstellingen een “open deur beleid”. Deze geïnterviewden waarderen deze mogelijkheden: mensen kunnen bijvoorbeeld deelnemen aan activiteiten op basis van vrijwilligheid, met en zonder ClZ indicatie. Bijvoorbeeld in zorgcentra voor ouderen. Of in centra waar mensen met psychische problemen, verslavingsproblemen of mensen met een verstandelijke beperking een paar dagen in de week kunnen komen, samen eten e.d. Of centra voor dagbesteding en dagactiviteiten in de dorpskernen waar (oudere) mensen met en zonder indicatie komen.
- Mantelzorgers van ouderen zijn bijna allemaal positief over laagdrempelige initiatieven zoals bijvoorbeeld Alzheimer café, waar cliënten en familie regelmatig kunnen meedoen aan (thema)bijeenkomsten, ontmoetingspunten voor niet aangeboren hersenletsel, Wmo-loketten in sommige wijken en stadsdelen. Een klein beetje ondersteuning, kan soms veel doen.
- Sommige familieleden en mantelzorgers merken dat hun kind/verwant niet altijd gebruik maakt van deze mogelijkheden; dat er aarzeling of schroom merkbaar is om er naar toe te gaan; soms willen mensen niet dat hun gegevens bekend worden. Dat is een dilemma voor familieleden: zij kunnen hun verwanten niet ‘dwingen’ om te gaan, ook niet als dat beter voor hen zou zijn.
- Het belang van tijdige zorg wordt ook genoemd bij niet aangeboren hersenletsel. Hersenletsel overkomt mensen op een niet voorspelbaar moment. De cliënt, de familie en de mantelzorgers zijn de eerste periode vaak alleen bezig met herstel en revalidatie. Pas als de patiënt weer thuis is, proberen mensen de draad van hun leven weer op te pakken. En dat blijkt dan zwaarder dan verwacht. Zij hopen dat professionele ondersteuning sneller kan worden ingezet, voordat het escaleert.

“Het gaat maar om een paar uurtjes deskundige begeleiding die onze kinderen op de been houdt. Ik vind het heel belangrijk om juist de groep mensen met een licht verstandelijke beperking/ psychische problematiek heel erg in de gaten te houden omdat de situatie makkelijk kan ontsporen.”

moeder van twee kinderen met verstandelijke beperking en ADHD (24 en 20 jaar)
oplossingen in eigen kring en met professionele zorg

*“Ik vind het belangrijk dat de gemeente straks heel goed inschat welke hulp nodig is en meteen de juiste zorg geeft. Dat ze niet ‘laag inzetten’ en hopen dat het dan goed blijft gaan. Liever meteen de aanpak en de zorg die nodig is en daarna gaan afbouwen als het kan.
Een klein pleistertje plakken, terwijl de arm afgebonden had moeten worden, daar wordt het helemaal niet goedkoper van. Als je het niet meteen goed doet, moet je heel veel nazorg leveren.”*

man (43 jaar) met autisme
oplossingen in eigen kring, met professionele zorg en vrijwilligers

3.1.12 Eigen regie, keuzevrijheid en PGB

Eigen regie

In de interviews komen de volgende punten naar voren:

- Eigen regie betekent voor cliënten dat zij inzicht hebben wat ze wel en (nog) niet (goed) zelfstandig kunnen, dat ze zelf een plan kunnen maken (eventueel met hulp) over welke kant het op moet gaan in hun leven en welke ondersteuning ze daarbij nodig hebben.
- Cliënten willen kunnen kiezen voor hulpverleners van bepaalde signatuur. In hoeverre die vraag wordt gehonoreerd na de decentralisatie AWBZ is in hun gemeente nog niet duidelijk.
- Cliënten vertellen dat hun begeleiders hen helpen voor te bereiden op de decentralisatie. Zij denken met elkaar na over de verandering van 'zorgen voor' naar 'eigen kracht'. Bijvoorbeeld een instelling die met cliënten zogenaamde 'Wmo-paspoorten' invult. Hier zetten cliënten hun leefsituatie op een rijtje op allerlei levensgebieden, bij welke thema's welke mensen uit het netwerk zijn betrokken, waarbij ze zorg nodig hebben, etc. Ook zaken dus, waar ze niet meteen professionele zorg bij nodig hebben. Dit helpt cliënten om regie te voeren en vooruit te denken over eigen kracht en samen-redzaamheid. (Dit paspoort is ontleend aan de 'gesprekswijzer' van de Hersenstichting.)
- Mensen wijzen erop dat eigen regie niet vanzelf ontstaat en dat er informatie en soms hulpmiddelen voor nodig zijn. Sommigen gaven als voorbeeld dat ze met een scootmobiel of deuropener beter mobiel zijn, boodschappen zelf kunnen doen en activiteiten kunnen plannen. Zij ervaren die zaken als voorwaarden voor eigen regie. Wanneer niet aan die voorwaarden is voldaan, moeten zij voortdurend anderen om hulp vragen. Anderen gaven als voorbeeld dat het niet lukte om deze voorwaarden te realiseren. Dit zorgde voor minder eigen regie: zij moesten voortdurend hulp vragen en werden minder zelfredzaam.

“Ik vind het goed voor de sociale contacten, maar ik zou liever echt werk willen. Ik word hier niet echt moe. Ik weet wel dat ik me geen hele dagen kan concentreren, maar ik vind dit niet erg uitdagend. Omdat ik het leuk zou vinden om met mensen te werken, ga ik naar het bejaardenhuis om te vragen of ze nog iemand nodig hebben voor de receptie, bijvoorbeeld.”

vrouw (41 jaar) met een lichamelijke beperking en niet aangeboren hersenletsel
oplossingen in eigen kring en met professionele zorg

“Nou, de gemeente houdt me op dit moment tegen om te bewegen. Toen ik het Wmo-loket belde om een scootmobiel aan te vragen, zeiden ze over de telefoon dat ik daar niet op hoefde te rekenen. Na wat aandringen zeiden ze dat ik er wel een kon lenen over 2 weken, maar dat ik dan even langs moest komen. En dat kan ik nou juist niet. Dus dat helpt niet om te participeren. Ik vraag wel eens een vriend om me te brengen naar een afspraak, maar hij kan niet altijd. En ik ken niet zoveel mensen hoor, bij wie mijn rolstoel in de auto past. “

man (67 jaar) met een lichamelijke beperking en chronische ziekte
oplossingen in eigen kring, met professionele zorg en vrijwilligers

PGB en keuzevrijheid

In de interviews met budgethouders komen de volgende punten naar voren:

- Een kwart van de geïnterviewden organiseert en koopt zelf zorg in met een PGB. Zij zijn daar tevreden over. Een enkeling heeft een PGB gehad, maar vond dat te ingewikkeld; en is overgegaan naar Zorg in natura.

- Cliënten, familie en mantelzorgers zetten het PGB in als instrument om zelf te kunnen kiezen welke zorg en zorgverleners de best passende zorg kunnen leveren op de best passende tijden.
- Zij zien de mogelijkheid om te kunnen kiezen tussen zorgaanbieders niet als luxe, maar als noodzaak omdat er geen passende zorg is. Het kan hierbij gaan om het maatwerk dat cliënten nodig hebben; dit kan bijvoorbeeld niet door alle instellingen worden geboden of de zorg is (lokaal of in de regio) niet voorhanden.
- Bijna alle budgethouders (ca. 90%) vinden dat de gemeente zou moeten weten waar zij hun zorg inkopen en welke oplossingen dit voor hen biedt, maar dat de gemeente dit niet weet. Zij willen graag duidelijk maken wat voor hen passende zorg is. Op een enkeling na, heeft niemand daarover al contact met de gemeente.

Budgethouders maken zich zorgen over:

- het voortbestaan van PGB's; vooral in gemeenten die hebben aangegeven dat zij een persoonsvolgend budget of vouchers willen gaan gebruiken,
- of zij nog kunnen kiezen voor de (bekende) zorgaanbieder die momenteel passende zorg biedt,
- of de tarieven hetzelfde blijven of lager worden dan de huidige tarieven.
- hoe de gemeente beoordeelt of de cliënt (of diens naasten) in staat is om het budget te beheren (uitvoerbaarheid),
- hoe de gemeente beoordeelt of het budget effectief wordt ingezet (ten goede komt aan de zorgvraag) en de mogelijkheid om het budget te besteden bij bekenden,
- op welke wijze verantwoording moet worden afgelegd over de besteding van het budget
- de mogelijkheden om in de toekomst een wooninitiatief op te zetten voor de kinderen.

Budgethouders vrezen een inperking van keuzevrijheid.

- Enkele familieleden zien kansen: zij hopen dat de toekenning van een gemeentelijk zorgbudget beter zal aansluiten bij de behoefte en dat de gemeente beter zal kijken naar de zorgvraag. Zij vinden dat de indicatie momenteel te omslachtig is en dat de huidige instellingen te veel eisen stellen aan budgethouders (bijvoorbeeld dat men het gehele budget moet besteden bij een instelling).
- Een paar budgethouders zijn van mening dat het soms erg lang duurt voordat het zorgkantoor het PGB toekent. Zij hebben de ervaring dat na de afgifte van de CIZ indicatie extra gesprekken moesten plaats vinden, een budgetplan moest worden gemaakt en ingeleverd, beoordeeld, etc.. Al die tijd was er geen zorg of begeleiding. Deze geïnterviewden hopen dat dit in de Wmo sneller kan worden geregeld.

“Toen Jerry van de VSO school kwam, zijn we gaan nadenken over zelfstandig wonen. Maar we wilden hem niet in een instelling. Hij had bij de meeste dagelijkse dingen hulp nodig, dus voor hem hoefde dat eerst niet zo. Het persoonsgebonden budget bood uitkomst. We hebben een sollicitatieronde gehouden voor begeleiders en een aantal in dienst genomen die al 5 jaar en vast team zijn. Na zijn school hebben we een dagbesteding voor hem gevonden bij de natuurboerderij; hij heeft geleerd om daar zelfstandig naar toe te fietsen. Een van de begeleidsters heeft hem leren koken en een kookboekje voor hem gemaakt. We vonden een flatje in onze wijk voor hem. Dat hebben we samen met hem ingericht. En met hulp van de begeleiders runt hij nu zijn eigen bedoeninkje. Ze komen 's morgens, 's middags en 's avonds en helpen hem overal bij. Ze gaan ook met hem de stad in, reizen met hem naar zijn opa, als hij daar naar toe wil en iedereen in de buurt kent hem. Als hij over straat gaat, roepen de studenten vanaf de terrasjes 'hallo Jerry, alles goed?'. Hij hoort er echt bij; dat is het belangrijkste”.

ouders van een man (24 jaar) met Down syndroom en matige verstandelijke beperking
oplossingen in eigen kring, met professionele zorg en vrijwilligers

3.1.13 Zelfredzaamheid, indicatiestelling en oplossingen met vrijwilligers

Verandering in indicaties

Tijdens de interviews is gevraagd of de indicatie of de zorgvraag in de afgelopen 5 jaar zijn veranderd.

In deze interviews komen wat betreft de indicaties de volgende punten en ervaringen naar voren:

- Bij een vijfde deel van de cliënten is hun indicatie veranderd omdat de zorgvragen zijn veranderd. In een enkele situatie is de zorgvraag niet veranderd en is het hen niet duidelijk waarom de indicatie is verlaagd.
- Een deel (ca. 5%) vindt dat zijn indicatie te laag is. Zij willen bijvoorbeeld graag meer gebruik maken van logeermogelijkheden (respijtzorg), maar de indicatie voor kortdurend verblijf is sinds 2011 verscherpt.
- Opvallend is dat de geïnterviewden met een indicatie voor Begeleiding Groep (dagbesteding) incl. vervoer te horen kregen dat zij naar een andere locatie moesten voor hun dagbesteding, terwijl hun indicatie niet was veranderd. Vooral cliënten in landelijk gebied, maar ook wel in steden melden dat een passende dagbesteding niet meer mogelijk is, wanneer die bijvoorbeeld in een andere gemeente ligt. Zij ervaren deze verandering als een beperking van hun keuzevrijheid en de activiteiten soms als minder passend en minder zinvol.
- Andere cliënten die voorheen halve dagen naar de dagbesteding gingen, kunnen sinds een half jaar alleen nog hele dagen gaan. De cliënten uit omliggende gemeenten worden in één rit opgehaald en thuisgebracht. Omdat dit te vermoeiend blijkt, is er een aparte rustruimte voor cliënten ingericht en wordt gezocht naar oplossingen dichterbij de woonplaats.
- Deze mensen maken zich zorgen over hoe het vervoer van en naar dagbesteding zal gaan na de decentralisatie. Dit is vooral een probleem voor cliënten die niet zelfstandig kunnen reizen en ook voor hun familie en mantelzorgers.
- Soms zijn andere oplossingen in gang gezet: er zijn voorbeelden van cliënten die hebben geleerd om het traject naar dagbesteding zelfstandig te reizen met begeleiding. Maar dit is niet voor alle cliënten weggelegd. (Bijvoorbeeld bij cliënten bij wie overprikkeling gedragsproblemen uitlokt; voor hen vormt het openbaar vervoer een risico.) Er zijn ook cliënten met complexe zorgvragen (bijvoorbeeld zware lichamelijke of meervoudige beperkingen) die met succes bezwaar hebben gemaakt tegen deze wijzigingen.

“Vorig jaar heb ik een dagdeel activiteiten moeten inleveren vanwege de hoge vervoerskosten. Ik heb sindsdien een dagdeel minder dagbesteding. Ze hebben de activiteit verplaatst naar een woonvorm hier in het dorp, zodat die bewoners er naar toe kunnen.”

vrouw (41 jaar) met niet aangeboren hersenletsel
oplossingen in eigen kring en met professionele zorg

Inzet van vrijwilligers

Tijdens de interviews geven cliënten, familie en mantelzorgers hun mening over de inzet van vrijwilligers en de (on)mogelijkheden die zij hiervoor zien.

In deze interviews komen de volgende punten naar voren:

- Het merendeel van de geïnterviewden (ca. 60%) is bereid om incidenteel in te springen bij een buur of een naaste als die tijdelijk hulp nodig heeft. Sommigen kunnen dit niet.

- Zij ervaren dat er omslag in denken van begeleiders is. Voorheen dachten instellingen in beperkingen en ondersteuningsvraag; de instellingen denken nu meer na over welke vaardigheden en mogelijkheden een cliënt heeft en hoe de begeleiding daarbij kan aansluiten. Cliënten, familie en mantelzorgers vinden dit positief.
- Vooral familie en mantelzorgers onderstrepen dat er een omslag zou moeten komen waarbij burgers meer komen tot burenhulp en samenredzaamheid. Maar zij verwachten dat dit niet spontaan ontstaat. Zij vinden dat de samenwerking tussen formele zorg, informele zorg en mantelzorgers moet verbeteren. Dit betekent voor hen ook dat professionele zorgorganisaties en vrijwilligersorganisaties intensiever moeten samenwerken bij cliënten die geen eigen netwerk (meer) hebben.
- Een aantal geïnterviewden is bekend met de inzet van vrijwilligers voor sociale contacten en zij vinden dit zinvol. Maar een veel gehoord signaal is dat vrijwilligers die enthousiast beginnen, het vrijwilligerswerk na een periode toch vaak (te) intensief vinden.
- De meeste geïnterviewden maken kanttekeningen bij het inzetten van vrijwilligers:
 - zij vragen zich af of langdurige inzet van vrijwilligers mogelijk is,
 - zij willen dat er goed wordt gekeken voor welke cliënten de inzet van vrijwilligers een oplossing zou zijn en voor welke niet en
 - dat er goed wordt nagedacht over wat aan vrijwilligers mag en kan worden gevraagd.
- Deze geïnterviewden vinden de gedachte om professionele zorg af te schalen ten gunste van inzet van vrijwilligers en informele zorg doorgaans een te rooskleurige visie. Zij stellen dat vrijwilligerswerk niet de oplossing is voor alles en dat een zorgvuldige afweging wordt gevraagd waarbij vrijwilligers ingeschakeld worden.

“Familie/buren zijn betrokken en willen wel wat doen, maar begrijpen het toch nét niet. Ze begrijpen de problematiek van iemand niet of missen de ‘handvatten’.”

cliënt met visuele beperking (51 jaar)
oplossing met professionele zorg

“Vrijwilligers? Dat lijkt mij een vreselijke oplossing. Want mensen hebben hier geen tijd voor. Mensen kunnen zelf financieel nauwelijks het hoofd boven water houden, dus zij moeten werken. Bovendien willen cliënten niet iedereen over de vloer, zeker geen mensen die er geen verstand van hebben. En vrijwilligers willen ook niet iedereen helpen.

Wat ik wél leuk vind, bijvoorbeeld een schoolklas die pannenkoeken bakt voor een verzorgingshuis in ruil voor ouderen die de kinderen voorlezen. Dat kan, omdat het over welzijn gaat en voor beide partijen nuttig is.”

vrouw (55 jaar) met een lichamelijke beperking, chronische ziekte en rolstoelgebonden oplossingen in eigen kring, met professionele zorg en een vrijwilliger (buddy)

3.1.14 Cliëntpositie, recht op zorg, signalen en medezeggenschap

Tijdens de interviews is gevraagd of cliënten, familie en mantelzorgers op de hoogte zijn van de veranderingen in de zorg en de gemeente en of zij informatie hebben (gekregen) over de decentralisatie AWBZ en zo ja, van wie. En of zij (al) iets merken van veranderingen en er is gepeild welke verwachtingen zij daarvan hebben.

Geen recht op zorg in de Wmo, wel individueel maatwerk

De mensen die goed op de hoogte zijn van de veranderingen weten dat er in de Wmo vanaf 2015 geen sprake zal zijn van recht op begeleiding, dagbesteding en kortdurend verblijf, maar wel de verplichting voor gemeenten om maatwerk te bieden. In deze interviews komt het punt 'recht op zorg' ter sprake.

In de interviews met mensen die op de hoogte zijn komen de volgende punten naar voren:

- Mensen vinden het logisch dat de prestatievelden zullen worden losgelaten. Zij ervaren problemen op meerdere leefgebieden en krijgen zorg en ondersteuning van verschillende organisaties. Zij ervaren dat hun problemen 'niet in hokjes gestopt' kunnen worden, maar dat die met elkaar samenhangen.
- Cliënten, familie en mantelzorgers zijn zich ervan bewust dat mensen langer thuis zullen moeten blijven wonen. Volgens hen vraagt dit dat de gemeente meer 'maatwerk' gaat organiseren. Veel cliënten maken naast de AWBZ zorg ook gebruik van Wmo ondersteuning en voorzieningen; vaak meerdere per persoon. Vooral van huishoudelijke hulp, hulp om onder de mensen te komen, van een rolstoel en vervoer.
- Opvallend is, dat de helft van deze geïnterviewden niet veel vertrouwen heeft in de decentralisatie van de zorg naar de Wmo, omdat zij geen goede ervaringen hebben met het aanvragen van Wmo voorzieningen en ondersteuning.
Enkele cliënten met niet aangeboren hersenletsel en halfzijdige verlamming, kregen geen aanpassing van de badkamer of traplift toegekend. Een van hen kreeg bijvoorbeeld van het Wmo-loket te horen dat zij geen aanvraag hoefde in te dienen voor een traplift, omdat die niet gehonoreerd zou worden. Het argument voor de afwijzing was: "zet het bed maar in de woonkamer". Sommige mensen hebben niet doorgevraagd en hebben nu geen voorziening; anderen hebben de kosten voor eigen rekening genomen.
- Bijna iedereen weet dat de gemeenten minder budget krijgen om de taken uit te voeren, dan momenteel voor die taken beschikbaar is. Zij vragen zich af of de gemeente de aanpassingen en hulpmiddelen die nodig zijn om langer zelfstandig te blijven, straks wel kan betalen. Opvallend is ook dat een deel van deze geïnterviewden gelooft dat de verandering alleen te maken heeft met een bezuinigingsopgave.
- De cliënten zijn er verontwaardigd over dat de veranderingen in hun optiek alleen maar lijken te draaien om de financiën. Zij zien de doelstelling om ondersteuning dichterbij de mensen te brengen 'als doekje voor het bloeden'. Zij zijn zich ervan bewust dat de mensen die de keukentafelgesprekken straks moeten voeren een lastige opgave hebben. Deze geïnterviewden maken zich serieus zorgen of de Wmo-consulenten werkelijk de problematiek van de mensen zullen zien en erkennen. Wanneer te snel wordt gedacht dat iemand geen zorg nodig heeft, dan lijkt het alsof de CIZ-indicatie ten onrechte is afgegeven. Mensen voelen zich bijna schuldig dat zij gebruik maken van ondersteuning van professionals (dat zij de maatschappij geld kosten).
- Zelden zijn geïnterviewden ervan op de hoogte dat slechts een klein deel van de aanvragen in de 'nieuwe Wmo' kan leiden tot een maatwerkvoorziening. In een enkele gemeente hebben de gemeentelijke vertegenwoordigers dit publiek gezegd (iemand noemt een percentage van 5% dat een maatwerkvoorziening kan krijgen). Deze mensen begrijpen dit niet, want zij gaan ervan uit dat er zorg nodig is.
- Anderen denken dat het niet zo'n vaart zal lopen. Uiteindelijk –verwachten zij– zal de gemeenten de mensen niet aan hun lot overlaten. Maar een enkeling zegt: 'ik zie het tegen die tijd wel, hoe het loopt'.
- Ander punt dat naar voren komt is de beschikbaarheid van woningen voor jongeren die voorheen in een appartement van een instelling gingen wonen met een laag ZZP. Zij weten dat een laag ZZP vanaf 2015 niet meer wordt verstrekt. Jongeren schrijven zich in bij de woningbouwcoöperaties, maar wachttijden van 10 jaar voor een klein appartement voor een alleenstaande in de sociale huursector is geen uitzondering. Dat betekent dat jongeren nog jaren

bij hun ouders moeten wonen, met alle gevolgen van dien. De familie en mantelzorgers geven aan dat gemeenten daarom niet alleen levensbestendig woningen moeten bouwen maar ook moeten zorgen voor voldoende aanbod in de sociale huursector.

“We hebben twee kinderen met een handicap. Dominic, de oudste heeft bij bijna alles hulp nodig. Hij kan wel wat zelf, maar hij kan geen structuur geven, dus het kost hem 2 uur om zichzelf aan te kleden. We hebben vaste patronen in huis en er moet altijd iemand zijn om op hem te letten, anders gaat hij onbezonnen dingen doen. Laatst liep hij midden in de nacht bij de burens in de tuin, ik bedoel maar.

Hij gaat naar de VSO school en hij eet op de buitenschoolse opvang. Er is een vast team met begeleiders voor de andere tijden, die ook in de weekends activiteiten met hem doen. Kortom, het loopt.....

We hebben gehoord dat de gemeente nog geen flauw idee heeft wat ze gaan doen met de begeleiding. Niemand geeft voorlichting zodat we ons kunnen voorbereiden en waarschijnlijk komt ook niemand met standpunten, want dat moet de nieuwe gemeenteraad straks beslissen. Politiek kan het dus nog alle kanten op en wij weten echt niet waar we aan toe zijn. Allemaal erg onhandig.”

moeder van jeugdige met Down syndroom en PDD NOS (18 jaar)
oplossing in eigen kring en met professionele zorg

“Ik vind de veranderingen onrechtvaardig en ook belastend. Dat ik zoveel moeite moet doen om zorg te ontvangen. Ik er niet om gevraagd om ziek te worden. Ik heb jarenlang premies afgedragen toen ik werkte. Nu moet ik me steeds verdedigen dat ik ziek ben. Ik zie als een berg op tegen dat keukentafelgesprek. Ik vind het vreselijk om alles weer op te moeten rakelen.”

vrouw (51 jaar), visuele beperking en niet aangeboren hersenletsel
oplossingen met professionele zorg

Signalering, belangenbehartiging en collectieve medezeggenschap

Tijdens de interviews is gevraagd “Kent u lokale belangenbehartigers?” en “bent u lid van een belangenorganisatie?” Ongeveer eenderde van de geïnterviewden is lid; de anderen vinden dit niet nodig, zij behartigen hun belangen zelf of doen dit via hun zorgverleners. Een kleiner deel (4%) van de geïnterviewden is lid van een cliëntenraad in de instelling of van een adviesorgaan of Wmo-raad. Zij weten zelf de weg naar instanties te vinden. Vooral door deze laatste groep is tijdens de interviews gesproken over het onderwerp medezeggenschap.

In de interviews kwamen de volgende punten naar voren:

- Cliënten en hun belangengroepen hebben veel (ervarings)kennis te bieden aan zorgaanbieders en aan gemeenten. Er zijn voorbeelden van uitwisseling waarbij cliënten en mantelzorgers hun verhalen vertellen, voorbeelden geven en illustreren hoe dingen in de dagelijkse praktijk lopen.
- Er zijn soms belemmeringen voor cliëntenplatforms of cliënten in de kosten die zij moeten maken om van A naar B te komen. Sommige mensen geven aan dat zij daarbij extra steun nodig hebben in verband met hun gezondheid en hun inkomsten.

- De vergaderingen van de meeste Wmo-raden zijn openbaar en belangstellenden (vertegenwoordigers van instellingen of gemeente) zijn uitgenodigd om de vergaderingen bij te wonen. Sommige cliënten, familieleden en mantelzorgers doen dit ook.
- Sommige cliënten en hun vertegenwoordigers zetten vraagtekens bij de onafhankelijkheid van de Wmo-raden. Zij denken dat de Wmo-raad een verlengstuk is van het college en niet bestaat uit echte vertegenwoordigers van de achterban¹⁸.

“We zijn met de leden van de cliëntenraad op bezoek geweest in het gemeentehuis. Dat was ons eigen idee. Daar hebben we ons verhaal verteld, over wat we doen op het dagcentrum en waarom dat belangrijk voor ons is. We geven ook gastlessen op scholen, zodat de kinderen weten wat het is om een handicap te hebben. Zo werken we aan beeldvorming.

Ik vond de wethouder een aardige man en de raadsleden stelden ons allerlei vragen. Bijvoorbeeld hoe lang ik al in een rolstoel zit en wie mij helpt bij alles. Ik geloof dat het wel heeft geholpen: dat ze nu een beetje weten wat het voor ons betekent. Ik hoop dat ze er iets mee doen.”

man (30 jaar) met spierziekte van Duchenne
oplossingen in eigen kring, met professionele zorg en vrijwilligers

“Het zou goed zijn als de gemeenten meedenken welke lokale belangenbehartigers zij in de gemeente hebben en welke zij moeten stimuleren om zichzelf te organiseren. Ggz cliënten zijn niet zo goed georganiseerd, omdat het steeds wisselend gaat met mensen. Als de gemeente hen met een kleine bijdrage zou faciliteren, bijvoorbeeld voor reiskosten, dan zou dat het makkelijker maken om bij elkaar te komen. Dan heeft de gemeente een orgaan met ervaringsdeskundigen.”

man (45 jaar) met dwangstoornissen en depressie
oplossingen in eigen kring en met professionele zorg

3.1.15 Maatschappelijke participatie, (vrijwilligers)werk doen, inkomen en eigen bijdragen

Tijdens de interviews is gevraagd naar de toekomstverwachting voor de komende jaren. Cliënten, familie en mantelzorgers vertelden hoe hun toekomst eruit ziet op het gebied van gezondheid, relaties en werk of maatschappelijke participatie.

In deze interviews komen de volgende punten naar voren:

- Opvallend is dat de geïnterviewden over het algemeen geen rooskleurige verwachting hebben over hun gezondheid. Mensen hopen dat ze zichzelf lichamelijk en geestelijk kunnen blijven redden. Bijvoorbeeld ouderen en chronisch zieken hopen dat hun gezondheid niet te snel verder achteruit zal gaan. Bij sommigen was dit onderwerp niet bespreekbaar, omdat ze aan een terminale ziekte lijden, bijvoorbeeld vergevorderd MS of Alzheimer. Mensen met een blijvende psychische aandoening hopen vooral dat ze ‘stabiel’ zullen blijven en niet zullen ‘terugvallen’.
- De verwachtingen om aan betaald werk te komen zijn doorgaans niet hoog gespannen. Velen hebben te maken (gehad) met allerlei wijzigingen, bijvoorbeeld detachering vanuit de WSW, verlies van werk vanwege economische redenen, het niet meer kunnen volhouden, te hoge eisen productiewerk. De meesten hebben geen optimistisch beeld over de toekomst. Zij hebben geen ander passend werk en geen dagbesteding, waardoor ze overdag thuis zitten en in een negatieve spiraal terecht komen.

¹⁸ Dat laatste mag en kan volgens de Wmo en de verordening, maar is cliëntenorganisaties soms een doorn in het oog.

- Ook wat betreft de woonomgeving zijn geïnterviewden niet hoopvol. Veel cliënten wonen in de armere wijken van de gemeenten, meestal geen plezierige woonomgeving en soms is er sprake van overlast en criminaliteit. Een enkeling heeft het getroffen, veelal door tussenkomst van ouders of familieleden die een woning kopen of een woon-initiatief hebben opgericht.
- Wat betreft de verwachtingen voor het inkomen is eigenlijk niemand positief. Een veel gehoord geluid is dat het inkomen achteruit gaat, dat mensen meer moeten betalen voor zorg, aanvullende hulpmiddelen, premies enz.
- Opvallend zijn de ervaringen dat de regelingen bij het vinden van werk en vrijwilligerswerk, de uitkeringen en toeslagen niet op elkaar lijken afgestemd.
 - Bijvoorbeeld iemand die in een RIBW woont, gaat er in inkomen op achteruit wanneer hij zelfstandig wil wonen met begeleiding. (Dit heeft te maken met de kosten van huur, het recht op huurtoeslag, de eigen bijdragen, voedingsgeld etc.)
 - Bijvoorbeeld iemand wil zich inzetten als vrijwilliger (maatje) om ggz cliënten te ondersteunen, maar krijgt geen toestemming van het UWV omdat hij een arbeidsplek voor een professional zou innemen.
 - Bijvoorbeeld iemand met een WWB uitkering mag geen vrijwilligerswerk doen, omdat zij zich beschikbaar moet houden voor de arbeidsmarkt, terwijl het evident is, dat zij geen betaalde baan meer zal krijgen.
- Omdat cliënten hun kansen op betaald werk heel laag in schatten, kijken zij naar scenario's die in hun ogen realistischer zijn, zoals vrijwilligerswerk. De visie op maatschappelijke participatie en de gevolgen van deze visie voor burgers, werd ook aangestipt. Geïnterviewden die ervaring hebben met het zoeken van vrijwilligerswerk, wijzen er op dat er twee kanten aan zitten. Zij vragen aandacht voor de grens tussen vrijwilligerswerk en verdringing van bestaande werkplekken. Sommige cliënten die vrijwilligerswerk zouden kunnen en willen doen bij een zorginstelling, kregen als reactie dat de vaste banen van de medewerkers in die instelling op de tocht staan. Zij vinden dat de organisatie er voor moet zorgen dat deze activiteiten elkaar versterken en dat er een balans in komt.
- Geïnterviewden geven voorbeelden van alternatieve oplossingen. Bijvoorbeeld iemand met een meervoudige beperking heeft dagbesteding bij de bediening in een koffiehuis; deze oplossing is mogelijk door intensieve individuele begeleiding en een vaste structuur van de dag. Deze cliënt had door zijn problematische gedrag veel teleurstellende ervaringen op school en dit was funest voor zijn zelfvertrouwen. De zorginstelling heeft door middel van individuele behandeling gewerkt aan het ontwikkelen van een realistischer (beter) zelfbeeld en heeft de uitkeringsinstantie en de werkgevers gevraagd om condities te scheppen die deze cliënt nodig had om (vrijwilligers)werk te kunnen doen. Zo zijn er meer voorbeelden.

Familie en mantelzorgers gaven aan dat deze voorbeelden juist konden slagen omdat er samenhang in de zorg was (alle instanties hadden dezelfde benadering) en omdat er gericht is gewerkt om praktische belemmeringen weg te nemen bij instanties zoals UWV, scholen en werkgevers. Zij konden beter met deze cliënten om gaan door betere kennis en maatwerk. Hierdoor werd de vicieuze cirkel doorbroken, die was ontstaan van stigma en zelfstigma. De geïnterviewden hebben ervaren dat deze oplossingen veel investeringen vragen, zowel individueel als maatschappelijk. Zij weten niet of dit ook mogelijk zou zijn voor andere cliënten met zware meervoudige beperkingen.
- De participatiewet, waarbij mensen mogelijk vrijwilligerswerk 'moeten' gaan doen, is genoemd. Er zijn in de gemeenten veel mogelijkheden om dit te doen, maar de geïnterviewden vinden dat er zorgvuldig moet worden bekeken hoe dit wordt ingekleed.
- Andere cliënten maken zich zorgen over de (her)keuring voor de Wajong. Zij vragen zich af of er objectieve criteria gehanteerd worden, of dat de UWV zich houdt aan de verplichting om een groot aantal Wajongers goed te keuren. Welke gevolgen heeft de herkeuring voor dagbesteding als blijkt dat men enig arbeidsvermogen heeft, maar er geen passende arbeid te vinden is.

- Mensen die moeilijk kunnen rond komen van hun inkomen (vaak een uitkering) en daarnaast ook toeslagen ontvangen, maken zich zorgen over de aankondiging dat een aantal toeslagen zullen vervallen (Wtcg en CER e.d.) en zij niet weten wat er voor in de plaats komt.
- Daarnaast spelen bij mensen grote zorgen over het vervallen van toeslagen en het mogelijk verliezen van de uitkering (door bijvoorbeeld herkeuring) waardoor sommigen ernstig verontrust zijn over de vraag of zij in de toekomst hun hoofd financieel boven water kunnen houden.

“Koen werkt al weer een jaar bij een klein bedrijfje in computers. Daar controleert hij pakketten of alle onderdelen er wel in zitten, die er in horen. Het is een secuur werk dat hij goed kan; zolang men hem met rust laat. Hij werkt ook het liefste alleen.

Hij heeft een aantal baantjes gehad, in de supermarkt, in een magazijn, maar hij mocht er nooit blijven. Of hij deed alles verkeerd, óf hij deed niets. Hij werd er steeds verdrietiger van en trok zich terug.

De begeleiding heeft met hem een plan gemaakt voor wat hij graag zou willen doen. Hem geleerd hoe hij problemen oplost en de werkgever uitgelegd, hoe ze met hem om moet gaan. Nu heeft hij het goed naar zijn zin. Hij gaat op de fiets naar zijn werk. Er is één collega, die de telefoon opneemt en de administratie doet. De andere twee collega's ziet hij nooit, want die zitten bij de klanten. Zijn baas is tevreden over hem en wil zijn contract verlengen. Een klein feestje dus.”

moeder van een autistische zoon (25 jaar)
oplossingen in eigen kring en met professionele zorg

“Nu heb ik een WWB uitkering voor een alleenstaande; daar valt nauwelijks van rond te komen. Ik wil een beter leven krijgen en proberen om een betaalde baan te krijgen. Maar met mijn ziekte kan ik niet fulltime werken en ik weet niet of werkgevers mij überhaupt wel willen. Tot nu toe lukt het nog niet.

Mensen worden gepusht en zo voel ik het ook, om maatschappelijk actief te worden. Men beslist dat je werken moet en zo word je afhankelijk gemaakt van anderen die over je leven beslissen. Met het risico dat er over mensen heen gelopen wordt, die dat echt niet kunnen. En dan...?”

vrouw (52 jaar) met fibromyalgie en depressie
oplossing met professionele zorg

3.1.16 Overgangperiode tot 2015; merken mensen veranderingen?

Tijdens de interviews is gevraagd of cliënten, familie en mantelzorgers op de hoogte zijn van de veranderingen in de zorg en de gemeente en of zij informatie hebben (gekregen) over de decentralisatie AWBZ en zo ja, van wie. En of zij (al) iets merken van veranderingen en er is gepeild welke verwachtingen zij daarvan hebben.

Ook tijdens de (focus)bijeenkomsten was dit onderwerp van gesprek. Dit geeft een indruk van de voorbereiding op de decentralisatie AWBZ in de gemeenten.

In deze interviews komen de volgende punten naar voren:

Cliënten, familie en mantelzorgers in de helft van de deelnemende gemeenten merken dat de gemeente en de zorginstellingen anticiperen op de decentralisaties. Zij merken dat er veranderingen gaande zijn op het gebied van dagbesteding, wonen en sociale wijkteams.

Dagbesteding

Op het gebied van dagbesteding hebben geïnterviewden veranderingen gemerkt.

In deze interviews komen de volgende punten naar voren:

- Eentiende deel van de cliënten kreeg te maken met zorginstellingen die locaties sluiten of samen voegen. In deze situaties is het personeel aangezegd dat zij zich bij UWV moeten melden in verband te verwachten lagere inkomsten per 2015. Dat zorgt voor veel onrust bij cliënten die te horen krijgen dat zij vanaf 2015 met een andere zorgverlener te maken krijgen, als zij de zorg al behouden. (Dat geldt overigens niet alleen voor cliënten met een extramurale indicatie, maar ook voor cliënten met een intramurale indicatie omdat overhead en organisatiekosten door minder cliënten opgebracht zal moeten worden.)
- In enkele gemeenten signaleren geïnterviewden dat er (lange) wachtlijsten zijn voor extramurale dagopvang voor ouderen, of dat dit er helemaal niet meer is. Zij merken dat de centra voor verzorging en verpleging in de afgelopen jaren lege kamers hebben gekregen. Deze centra hebben de personeelsformatie ingekrompen en bieden (steeds) minder extramurale dagopvang.
- Anderen hebben gemerkt dat het activiteitenaanbod van de AWBZ dagbestedingscentra voor verschillende groepen gebundeld wordt en dat verschillende groepen gezamenlijk worden opgevangen in één voorziening. Bijvoorbeeld dagactiviteitencentra voor mensen met psychische aandoeningen (DAC) en dagverblijven voor volwassenen met verstandelijke beperkingen gaan onder één dak samen.
- Cliënten in een aantal gemeenten hebben gemerkt dat de dagactiviteiten naar andere locaties zijn verhuisd, bijvoorbeeld naar een buurt- of wijkcentrum dat ook toegankelijk is voor andere burgers. Hier komen dan verschillende groepen samen, cliënten en niet-clieënten, er is een aanbod aan (activerende) begeleiding, mensen krijgen samen (arbeidsmatige) dagbesteding of doen (vrijwilligers)werk. Bijvoorbeeld bij het bereiden en (ver)kopen van maaltijden. Soms is een deel van de activiteiten niet meeverhuisd, wegens ruimtegebrek.
- Cliënten, familie en mantelzorgers stellen bij dit concept wel vragen, zoals: kunnen cliënten met verschillende problematiek altijd samengaan? Dit is niet alleen een kwestie van 'acceptatie', maar ook van kenmerken die bij de beperking of aandoening horen. Zij ervaren dat er niet altijd van te voren is nagedacht over deze vraag.
Hoewel deze veranderingen vaak met cliënten en soms met familie zijn besproken, was er geen sprake van een keuze. Sommigen vragen zich af wat te doen, als de nieuwe setting niet goed is en tot problemen leidt? Bijvoorbeeld mensen die overprikkeld raken of een contactstoornis hebben. En er zijn mensen met ernstige aandoeningen die zich niet meer laten zien bij deze gezamenlijke activiteiten. Zij vinden dat er moet worden nagegaan waarom mensen niet naar de nieuwe locatie komen.

“Een minpunt vind ik de verhuizing die nodig was, omdat het activiteitencentrum is samengegaan met het dagverblijf en de dagopvang. Ze zitten nu in een buurthuis van de welzijnsorganisatie. Er is te weinig ruimte voor alle spullen, er is minder privacy. Dat voelt niet veilig. En er lopen allerlei mensen binnen die niet altijd respect hebben voor elkaar.

Sinds de verhuizing heb ik een paar deelnemers al een tijd niet meer gezien hier. Zij kwamen altijd wel naar het centrum. Volgens mij weten ze niet precies wat de reden daarvoor is, maar het is voor hen ook verder weg. Ik vraag me af of dat de bedoeling is.”

vader van een man (38 jaar) met verstandelijke beperking en PDD NOS
oplossingen in eigen kring en met professionele zorg

Wonen

Ook op het gebied van wonen hebben geïnterviewden veranderingen gemerkt.

In deze interviews komen de volgende punten naar voren:

- Daarnaast zijn er signalen van cliënten die met een ZZP zorg met verblijf ontvangen in een vorm van verpleeghuiszorg, begeleid of beschermd wonen die de boodschap krijgen dat zij moeten verhuizen en/of andere woonruimte moeten zoeken binnen of buiten de AWBZ omdat zij niet langer op deze plek mogen wonen. Bij navraag wordt als reden opgegeven dat de instelling de formatie voor zorg met verblijf moet inkrimpen in opdracht van de zorgkantoren. Aan andere cliënten die zich melden, wordt verteld dat zij minimaal een indicatie nodig hebben van ZZP3.
- Familieleden geven aan dat hun ouders naar aanleunwoningen zijn verhuisd met de idee om in te stromen in het verzorgingscentrum als het slechter met hen zou gaan. De instelling heeft hen nu verteld dat dit niet zal gebeuren. Tevens verzorgt de instelling niet langer het vervoer en de begeleiding van de aanleunwoning naar de dagopvang en zijn de ouderen daarvoor aangewezen op hulp van derden of vrijwilligers. Ook voor hun vrije tijd activiteiten die in het grote huis worden georganiseerd, gezamenlijk koffie drinken enz.

“Jaap heeft een matige verstandelijke handicap en een autismespectrumstoornis. Hij heeft een lange geschiedenis. Het voortgezet speciaal onderwijs stuurde hem regelmatig naar huis, omdat zij bang voor hem waren en zijn uitbarstingen niet konden bijsturen. Hij zwierf dan wat rond op straat en kwam in contact met jongelui die drugs dealden. Thuis kon hij tekeer gaan om het minste geringste. Na zijn schoolperiode kon hij een indicatie krijgen, maar er was geen instelling in de provincie die hem wilde opnemen. Wij wisten niet wat we met hem aan moesten. Mijn vrouw raakte door alles wanhopig. Gelukkig heeft hij nu overdag een bezigheid in de dagopvang; hij noemt dat zijn werk. Het is dat ze daar weten hoe ze hem in het gareel houden, maar hoe dat moet als wij er niet meer zijn.....? Ze zeggen gewoon dat er geen plaats is. Ik weet het niet.”

vader van volwassen zoon (35 jaar)
oplossing met ambulante professionele zorg

Sociale wijkteams

Op het gebied van zorg hebben geïnterviewden veranderingen gemerkt.

In deze interviews komen de volgende punten naar voren:

- In een aantal gemeenten zijn al veranderingen (experimenteel) doorgevoerd. Er is een start gemaakt met bijvoorbeeld sociale wijkteams.
- Geïnterviewden in die gemeenten geven aan dat het nog niet duidelijk is, of de sociale wijkteams de toegang tot de zorg gaan regelen, of dat zij zelf ook zorg gaan bieden. Zij vragen zich ook af hoe lang een wijkteam probeert om oplossingen te zoeken in eigen kring of met vrijwilligers en op welk moment een wijkteam ingrijpt; bijvoorbeeld als de situatie in een gezin schrijnend is geworden.
- Familieleden en mantelzorgers maken opmerkingen over de wijze waarop de inspraak op dit punt is georganiseerd. Het valt sommigen op dat zorgaanbieders daarbij soms het woord voeren namens cliënten. Ook voor de Wmo-raden blijkt het soms lastig is om er achter te komen wat individuele cliënten, familie en mantelzorgers vinden? Terwijl de ‘toekomstige oplossingen’ straks echt vanuit de cliënt (zijn familie en mantelzorger) moeten worden gezien en niet vanuit hoe het nu is georganiseerd.
- Cliënten, familie en mantelzorgers zijn nauwelijks bekend met de politieke besluitvorming over de overgangsregelingen.¹⁹

¹⁹ Dat geldt overigens ook voor sommige gemeenten.

“Wat geholpen heeft is een integrale aanpak. Op school, op de dagbesteding, de logeerboerderij, thuis, vrijetijd club, op straat. We hebben ook de politie en de winkeliers moeten overtuigen. Dat bleek de enige manier om zijn gedrag in goede banen te leiden. Het gaat nog wel eens mis, maar het loopt de laatste maanden redelijk. Iedereen een gelijke aanpak, dat werkt het beste. Dat lees je niet in de dossiers, dat zie je ook niet als je niet hebt meegemaakt hoe hij vroeger was. Dus ik vraag me af wat het sociaal wijkteam hier voor ideeën over heeft.”

vader van zoon (35 jaar) met verstandelijke beperking en gedragsproblemen
oplossingen in eigen kring en met professionele zorg

3.2 In hoeverre sluiten de ervaringen uit de interviews aan op de uitkomsten van de landelijke digitale raadpleging?

Hier is aangegeven welke ervaringen uit de interviews aansluiten op de uitkomsten van de landelijke digitale raadpleging. Dat uit het verdiepend onderzoek aanvullingen voortkomen, ligt in de lijn der verwachtingen. Bij de digitale raadpleging kwamen bijna 6.000 reacties (N=5.989). Daaronder waren 2.553 reacties afkomstig van mensen met indicaties voor begeleiding individueel, Begeleiding Groep en kortdurend verblijf en 666 indicaties beschermd wonen ggz (RIBW).

3.2.1 Oplossingen met AWBZ zorg

Aan de landelijke digitale raadpleging deden mensen mee met allerlei zorgvragen. Er was een grote variatie in oplossingen: mensen die wel en die geen gebruik maken van AWBZ zorg.

In de landelijke raadpleging is gevraagd naar de oplossingen die mensen hebben gevonden voor de ervaren beperkingen. Er werden bijna geen oplossingen genoemd waarbij alléén vrijwilligers werden ingezet (1 á 4%). Het meeste werd dit genoemd bij het regelen van geldzaken (4%).

En er werden relatief weinig oplossingen gevonden waarbij zowel vrijwilligers een rol spelen als familie als professionals. Deze gecombineerde oplossing werd het meeste gevonden bij zelfstandig reizen.

In het verdiepend onderzoek zijn alleen mensen geselecteerd met AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf of een indicatie voor beschermd wonen ggz (RIBW).

Het gaat doorgaans om mensen die meerdere zorgvragen tegelijkertijd hebben.

Mensen met een indicatie voor beschermd wonen ggz zijn er niet in alle 12 gemeenten.

In de interviews blijkt dat vrijwilligers vaak een rol spelen in de oplossingen, maar dat dit beperkt is tot tijdelijke inzet op het gebied van welzijn en niet op het bieden van zorg.

3.2.2 Persoonlijke verzorging

Uit de landelijke digitale raadpleging kwam naar voren dat deelnemers het meest tevreden zijn over de gevonden oplossingen op het gebied van persoonlijke verzorging. Dit wil overigens niet zeggen dat deelnemers aan de digitale raadpleging vinden dat de hulp altijd naar tevredenheid verloopt. De deelnemers die ontevreden zijn geven aan dat er geen goede samenwerking is tussen professionele zorg en mantelzorg. Dat Persoonlijke Verzorging wordt gegeven door een groot aantal wisselende medewerkers. Dat medewerkers onvoldoende gekwalificeerd zijn. Dat er geen zeggenschap is over het tijdstip waarop de zorg verleend wordt. En dat men niet terug kan vallen op professionele zorg indien nodig.

De voorbeelden uit het verdiepen onderzoek illustreren dat deze aspecten ook gelden voor de deelnemers van het verdiepend onderzoek. Uit het verdiepend onderzoek komt verder naar voren dat mensen betere afstemming tussen persoonlijke verzorging en dagbesteding belangrijk vinden. En dat mensen die op de hoogte zijn van veranderingen in de zorg (de decentralisatie AWBZ) er nog niet gerust op zijn dat zij hun Persoonlijke verzorging kunnen behouden.

3.2.3 Zinnvolle dagbesteding

Meer dan de helft van de deelnemers aan de landelijke digitale raadpleging ervoer beperkingen bij zinnvolle dagbesteding. Vooral mensen met een verstandelijke beperking, mensen met psychische aandoeningen en mensen met een zintuiglijke beperking geven aan beperkingen te ervaren.

Opvallend was dat mensen met een verstandelijke beperking het meest tevreden zijn over hun dagbesteding. Opvallend was ook dat veel deelnemers die beperkingen ervaren bij zinnvolle dagbesteding, deze toch heel vaak niet kunnen oplossen, ondanks de AWBZ zorg.

Het verdiepend onderzoek onderstreept nog eens dat cliënten de huidige professionele dagbesteding ervaren als zorg die voor hen noodzakelijk is om te kunnen blijven functioneren. Dat zij op deze dagbesteding kunnen rekenen, is ook van belang voor de familie en mantelzorgers.

3.2.4 Zelfstandig wonen

Uit de landelijke digitale raadpleging bleek dat ruim tweederde van de deelnemers beperkingen ervaart bij het zelfstandig wonen. Deelnemers die ontevreden waren over de gevonden oplossingen bij zelfstandig wonen, hadden vooral moeite met de overbelasting van mantelzorgers.

Uit het verdiepend onderzoek komt hetzelfde beeld naar voren en ook dat de ervaren beperkingen bij zelfstandig wonen in een aantal gevallen niet worden opgelost.

Cliënten, familie als mantelzorgers ervaren de huidige professionele begeleiding bij zelfstandig wonen als zorg die voor hen noodzakelijk is om goed te kunnen blijven functioneren. Daar waar de AWBZ geen oplossing biedt, geven familie en mantelzorgers aan dat er te weinig geschikte plaatsen zijn voor woonvormen met begeleiding. Zij realiseren de zorg noodgedwongen zonder verblijf.

3.2.5 Sociale contacten

Meer dan de helft van de deelnemers uit de landelijke digitale raadpleging ervaart het aangaan en onderhouden van sociale contacten als een probleem. De deelnemers bleken het meest ontevreden met de gevonden oplossingen op het gebied van sociale contacten. Een belangrijke verklaring voor deze lage score is dat veel mensen geen oplossing vinden voor de beperkingen die ze ondervinden bij het aangaan van sociale contacten. Ruim een vijfde van de deelnemers die beperkingen op dit levensgebied ervaren, gaf aan 'geen oplossingen gevonden'.

Ook de deelnemers uit het verdiepend onderzoek onderstrepen de moeite die zij ondervinden met het aangaan en onderhouden van sociale contacten. Mogelijk is er een drempel voor mensen om toe te geven dat ze eenzaam zijn. Daarnaast vinden de geïnterviewden dat er wellicht vaker gebruik gemaakt zou kunnen worden van vrijwilligers, maar dat het professionele inzet vraagt bij het matchen en het begeleiden van vrijwilligers.

3.2.6 Regelen van geldzaken

In de landelijke digitale raadpleging constateerden we grote verschillen tussen de verschillende doelgroepen. Veel mensen met een verstandelijke beperking en mensen met psychische/psychiatrische problematiek ervaren op dit gebied beperkingen. Het merendeel van de mensen vindt een oplossing in eigen kring.

Deelnemers die ontevreden zijn, zijn dit om verschillende redenen. Zoals slechte bewindvoering en digitale ontoegankelijkheid.

Het verdiepend onderzoek laat zien dat oplossingen in eigen kring lang niet in alle gevallen werkbaar zijn. Dat er ook professionele hulp geboden kan worden, blijft belangrijk. Ook blijkt dat het regelen van geldzaken vaker als een probleem wordt ervaren als er sprake is van een laag inkomen. Niet alleen is er dan hulp nodig bij het regelen van geldzaken, maar er is ook daadwerkelijk extra geld nodig om rond te komen.

3.2.7 Zelfstandig reizen

Deelnemers aan de landelijke digitale raadpleging die ontevreden zijn over de gevonden oplossingen voor zelfstandig reizen, zijn dit om uiteenlopende redenen. Zoals het beperkte aantal kilometers voor

vervoer naar dagbesteding en Valys, lange reistijden, ontoegankelijkheid en ook het ontbreken van begeleiding bij vervoer.

Dit laatste blijkt een veel vaker een probleem onder de deelnemers aan het verdiepend onderzoek.

3.2.8 Mantelzorg

Bij deelnemers aan de landelijke digitale raadpleging bleek dat mantelzorgers veelal bang zijn voor komende veranderingen waarbij een toenemend beroep op mantelzorg samen gaat met afnemende mantelzorgondersteuning zoals respijtzorg.

Uit het verdiepend onderzoek blijkt nog nadrukkelijker de grens aan de belasting van de mantelzorgers. Ook wordt in het verdiepend onderzoek het verschil zichtbaar tussen partners en kinderen die ouders ondersteunen en mensen met verstoorde familierelaties.

De deelnemersgroep in het verdiepend onderzoek acht het vaker of meer inzetten van mantelzorg niet realistisch. Familie en de mantelzorgers hopen dat er meer mantelzorgondersteuning geboden kan worden, zoals bijvoorbeeld respijtzorg en dat dagbesteding voor hun kind/verwant beschikbaar blijft.

3.3 Welke nieuwe bevindingen komen naar voren?

In de interviews komen nieuwe ervaringen naar voren, die niet uit de landelijke digitale raadpleging naar voren kwamen of waar in de raadpleging niet expliciet naar was gevraagd.

Tijdens de interviews is ook gevraagd of mensen op de hoogte zijn van de veranderingen (de decentralisatie AWBZ) en zo ja, van wie zij informatie hebben gekregen. Dit levert veel nieuwe ervaringen op over wat mensen merken van veranderingen en over de verwachtingen die zij daarvan hebben.

Deze ervaringen hebben betrekking op de volgende onderwerpen:

- informatie(voorziening)
 - deskundigheid en continuïteit van zorg en ambulante begeleiding (Begeleiding individueel)
 - eigen kracht, cliëntenondersteuning en mensen die zelf geen zorg vragen
 - eigen regie, keuzevrijheid en PGB
 - zelfredzaamheid, indicatiestelling en inzet van vrijwilligers
 - cliëntpositie, recht op zorg, signalen en medezeggenschap
 - maatschappelijke participatie, (vrijwilligers)werk doen, inkomen en eigen bijdragen
 - overgangperiode tot 2015, veranderingen en risico's
- en staan vermeld in hoofdstuk 3.1.9. t/m 3.1.16.

4 Lokale en landelijke aandachtspunten

De uitkomsten van deze interviews kunnen gebruikt worden door Wmo-raden, lokale belangenbehartigers, zorgverzekeraars, zorgkantoren, wethouders en gemeenteraadsleden. Waar moet lokaal aandacht voor zijn bij de voorbereiding van de decentralisatie AWBZ in de gemeente om (nog beter) in te spelen op behoeften van cliënten en hun mantelzorgers. Welke doelgroepen verdienen extra aandacht?

In dit hoofdstuk geven we een aantal aandachtspunten voor de lokale agenda en voor landelijk beleid. Deze aandachtspunten zijn een aanvulling op de aanbevelingen uit de landelijke digitale raadpleging. Tevens zijn nieuwe aandachtspunten toegevoegd.

4.1 Aandachtspunten voor de lokale agenda

4.1.1 Oplossingen met AWBZ zorg

Maak afspraken over afstemming en coördinatie van zorg.

- Bekijk de zorgvragen van mensen en hun netwerk integraal en zorg voor integrale oplossingen waarin zorgvragen op alle levensgebieden een plek krijgen in overleg met hen.
- Behoud bestaande professionele oplossingen totdat blijkt dat de nieuwe oplossingen goed werken. Zet deze niet stop, zonder dat alternatieve oplossingen met cliënten, familie en mantelzorgers zijn besproken en hun instemming krijgen.
- Neem de verantwoordelijkheid voor afstemming met professionele zorg als die op meerdere levensgebieden nodig is. Ook als die wordt geboden vanuit verschillende aanbieders (ook buiten de gemeente).

4.1.2 Persoonlijke verzorging

Verbeter de samenwerking en eigen regie.

- Persoonlijke Verzorging draagt bij aan behoud van gezondheid en welbevinden; zorg voor een indicatie die tegemoet komt aan de persoonlijke zorgbehoefte.
- Regel de toeleiding tot begeleiding zó dat afstemmingsvraagstukken tussen de aanbieders van Persoonlijke Verzorging en van dagbesteding zoveel mogelijk worden voorkomen.
- Stel zorgarrangementen samen die over financieringsstromen (Wmo-AWBZ-Zorgverzekeringswet) heen kunnen gaan en zoek samenwerking met de zorgverzekeraars, over bijvoorbeeld de aanspraak wijkverpleging.
- Contracteer zorgarrangementen die leiden tot meer eigen regie voor cliënten, familie en mantelzorgers.

4.1.3 Zinnvolle dagbesteding

Zorg voor dagbesteding die meer is dan een veilige basis en ook als springplank voor participatie fungeert.

- Differentieer in de mogelijkheden voor dagbesteding, zodat die altijd bijdraagt aan behoud van lichamelijke gezondheid, aan de ontwikkeling van vaardigheden (cognitieve, communicatieve en sociale vaardigheden), aan het zelf accepteren van de beperking, aan het ontdekken en ontwikkelen van nieuwe mogelijkheden, aan herstel van het persoonlijk functioneren en aan sociale re-integratie.
- Let er op dat sector- of doelgroep specifieke dagbesteding wordt ingekocht voor mensen met specifieke beperkingen, voor wie collectieve sector overstijgende dagbesteding niet passend is. Wees erop alert dat dit per individu zorgvuldig wordt beoordeeld.

- Wees erop alert dat bij toekenning van het aantal dagdelen dagbesteding rekening wordt gehouden met de behoefte om de dagen te structureren en de behoefte om contacten aan te gaan buiten de eigen woon-/leefsituatie en de eigen kring.
- Maak het mogelijk dat professionele individuele begeleiding mogelijk blijft naast dagbesteding.

4.1.4 Zelfstandig wonen

Verruim de mogelijkheden om te gaan wonen met begeleiding in de eigen omgeving van mensen.

- Wees erop alert dat de gemeente specifieke aandacht houdt voor mensen die niet zelfstandig kunnen wonen. Dit geldt niet alleen voor ouderen die dit niet meer kunnen, maar ook voor mensen met relatief ernstige beperkingen/aandoeningen die niet zonder zorg en ondersteuning, zelfstandig kunnen wonen.
- Dring erop aan dat gemeenten voldoende passende beschermde woonvormen beschikbaar stellen voor cliënten met psychische aandoeningen, verstandelijke beperkingen en gecombineerde problematiek, en hiervoor samenwerking zoeken met centrumgemeenten en zorgkantoren.
- Zet erop in dat cliënten met een verblijfsindicatie alleen uit een AWBZ-instelling verhuizen indien hun problematiek en psychische belasting dit toelaat, dat de bestaande sociale contacten behouden blijven en dat verhuizen met instemming van cliënten, familie en mantelzorgers gebeurt.
- Stimuleer dat mensen zich laten informeren over het overgangsregime dat geldt voor de zorg en het verblijf die zij momenteel vanuit de AWBZ krijgen en dat dit wordt gewaarborgd.
- Let erop dat de kwaliteit en continuïteit van bestaande vormen van wonen met zorg voor specifieke groepen die naar de Wmo overgaan, wordt bewaakt (RIBW-ggz). Waak ervoor dat de gemeente geen verblijf en zorg overnemen voor cliënten bij wie sprake is van behandeling en de woonbegeleiding daarmee samenhangt.
- Stimuleer een proactieve benadering van instellingen om bij plannen voor nieuwe woonvormen de vooroordelen van omwonenden te bestrijden; hierbij samenwerking zoeken met de gemeente.

4.1.5 Sociale contacten

Wees erop alert dat mensen soms (langdurig) hulp nodig hebben bij het aangaan en onderhouden van sociale contacten.

Houd er rekening mee:

- Dat mensen het zoeken van contact moeilijker kunnen vinden, juist omdat zij 'anders zijn dan anderen'.
- Dat mensen soms gemeden worden vanwege de reacties die hun beperking of aandoening bij anderen oproept en dat de sociale uitsluiting die soms het gevolg is, negatief uitpakt voor hun zelfvertrouwen en zelfbeeld.
- Dat het stimuleren van sociale contacten in die situaties dan professionele interventie en ondersteuning vraagt, zowel naar de cliënten als naar degenen die het contact (gaan) bieden.

4.1.6 Regelen van geldzaken

Biedt meer mogelijkheden aan voor ondersteuning bij het regelen van geldzaken.

Geef hierbij aandacht aan:

- De mensen die zich in een langdurige uitkeringssituatie bevinden, biedt hen besparingsmogelijkheden aan voor hoge lasten en stimuleer hun mogelijkheden om in de toekomst meer eigen middelen te verwerven.
- De kwaliteit van het vrijwillige en het professionele aanbod voor schuldhulpverlening.

4.1.7 Zelfstandig reizen

Bevorder de mogelijkheden om zelfstandig te reizen.

Hierbij zijn de volgende punten van belang:

- Zelfstandig kunnen reizen is een voorwaarde om eigen regie te kunnen voeren, voor het bezoeken van sociale contacten, om te kunnen meedoen aan dagbesteding, werk en vrijwilligerswerk.
- Verbetering van de toegankelijkheid van bussen, trams en metro's en de stations daarvan, in het bijzonder voor mensen die slecht lopen, een rolstoel gebruiken of een visuele beperking hebben.
- Verbetering van de begaanbaarheid en veiligheid van straten, openbare ruimtes en verkeerskruisingen, in het bijzonder voor die groepen.
- Passende en beschikbare begeleidingsmogelijkheden voor mensen die niet zelfstandig met het openbaar vervoer kunnen of durven te reizen vanwege hun aandoening.

4.1.8 Mantelzorg en mantelzorgondersteuning

Betrek de familie en mantelzorgers bij het keukentafelgesprek en vraag hen ook wat zij nodig hebben.

- Benut de rol van familie en mantelzorgers als bron van informatie; zij signaleren vaak als eerste onrust en zorgen over steun en opvang.
- Geef mantelzorgers de gelegenheid om aan te geven welke ondersteuning zij nodig hebben. Leer hen om hulp te vragen als zij dat niet goed durven.
- Versterk de mogelijkheden voor mantelzorgers voor ontspanning en lotgenotencontact, zodat zij zich meer erkend voelen in hun taak. Zorg dat er op die momenten respijtzorg voor de cliënten beschikbaar is.
- Verbeter de bekendheid van de mogelijkheden voor respijtzorg en crisisopvang onder mantelzorgers.
- Stimuleer het vormen van kringen om mantelzorgers heen, waarop zij kunnen terugvallen als de zorg te zwaar wordt.
- Let erop dat professionals in instellingen in staat zijn om professionele zorg en mantelzorg te verbinden.
- Stimuleer dat instellingen mantelzorgers inhuren om een bijdrage te leveren aan de nascholing van professionals.
- Stel een mantelzorgcompliment in (in welke vorm ook).

4.1.9 Informatie(voorziening) over de decentralisatie

Zorg dat mensen die momenteel AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf hebben en/of een indicatie voor een ZZP GGZC (en hun familie en mantelzorgers) op korte termijn concrete informatie krijgen over wat de decentralisatie AWBZ voor hen betekent.

Het moet gaan om:

- Duidelijke informatie over de taken die de gemeente gaat uitvoeren vanaf 2015, welke procedures gebruikt zullen worden voor het beoordelen van de zorgvraag en de toeleiding naar zorg.
- Informatie die past bij de vragen die verschillende groepen hebben en die aangeboden wordt op een wijze die voor hen begrijpelijk is. Het is wenselijk dat gemeenten daarbij samenwerken met instellingen die momenteel zorg bieden, met organisaties die kennis hebben van communicatie voor specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld bij slechthorendheid, blindheid, slechthorendheid, doofheid, dyslexie en laaggeletterdheid).
- Informatie aan vertegenwoordigers en/of intermediairs (bijvoorbeeld bewindvoerders, mentoren, mantelzorgers, budgethouders) wanneer cliënten niet rechtsreeks benaderd moeten of kunnen worden.
- Informatieoverdracht die de ruimte biedt aan de betrokkenen om vragen te stellen, hun zorgen te uiten en die tot doel heeft dat betrokkenen zelf aan het roer blijven. Bijvoorbeeld door informatiebijeenkomsten en/of mondelinge toelichting.

- Informatie aan burgers zonder een zorgvraag, gericht op het op gang brengen van een dialoog over eigen verantwoordelijkheid en een cultuuromslag (kanteling). Hierbij in ieder geval samenwerken met Wmo-raden en lokale cliëntengroepen en belangenbehartigers
- Duidelijkheid aan alle instellingen over het contracteerbeleid op basis van inzicht in het zorgaanbod; hierbij letten op bovenregionaal (specifiek) zorgaanbod waar cliënten uit de gemeente gebruik van maken.

4.1.10 Deskundigheid en continuïteit van zorg en ambulante begeleiding (Begeleiding individueel)

AWBZ

De taken die naar gemeenten overgaan zijn zorgtaken.

Het volgende is hierbij van belang:

De term 'zorg' betekent niet hetzelfde als 'ondersteuning'. De zorgtaken die naar de Wmo gaan, de AWBZ begeleiding, kortdurend verblijf en ZZP GGZC, worden momenteel geboden aan cliënten met matige en zware zorgvragen. Zij zijn niet zelfredzaam of hebben functieproblemen zonder deze zorg. Zij hebben bijna allemaal een indicatie voor meerdere AWBZ-functies tegelijk toegekend gekregen en maken daarvan ook gebruik. Meer dan de helft maakt ook gebruik van Wmo-ondersteuning.

Het tijdig bieden van passende zorg als dat nodig is, kan het verergeren van problemen voorkomen. Liever in een vroeg stadium lichte hulp, dan te lang wachten.

Zorg dat de bestaande professionele oplossingen bij huidige cliënten niet te lichtvaardig of om budgettaire redenen worden stopgezet.

De zorg helpt om de zelfregie van cliënten te vergroten, versterkt hun vermogen om zelf keuzes te maken en biedt hen mogelijkheden om hun vaardigheden te verbeteren. Het is wenselijk dat cliënten zo mogelijk zelf hun participatieplan op stellen, met daarin opgenomen wat zij nodig hebben en wat zij voor bijdrage leveren aan de samenleving.

Let erop dat de algemene voorzieningen voor hen toegankelijk zijn (zowel fysiek als financieel).

Begeleiding individueel

Individuele begeleiding en voldoende expertise daarbij moet mogelijk blijven en zo nodig geregeld worden door intergemeentelijke samenwerking.

Er is aandacht gevraagd voor differentiatie in individuele begeleiding:

- Deze moet bijdragen aan coping mechanismen om met (ingrijpende) gebeurtenissen om te gaan, bijdragen aan zelfstandigheid, zelfredzaamheid en zelfregie van cliënten, toegespitst zijn op de levensfase van mensen met een verstandelijke beperking, op de fase van herstel bij mensen met een psychische/psychiatrische aandoening en op de leefsituatie van oudere mensen met een hulpvraag.
- Er moeten mogelijkheden blijven voor specifieke deskundigheid op het gebied van NAH, autisme, epilepsie, visuele en auditieve beperkingen, Alzheimer en gedragsregulatie ten behoeve van cliënten die niet gebaat zijn bij een specifieke begeleiding en dit per individu zorgvuldig beoordelen.
- De deskundigheid en individuele begeleiding moeten ook beschikbaar zijn bij kortdurend verblijf.
- Het opbouwen van een vertrouwde/vaste relatie tussen cliënten en zorgverleners is een belangrijke voorwaarde voor de zelfredzaamheid. Het is van belang dat instellingen zoveel mogelijk werken met vaste begeleiders en dat bekende/trouwde hulpverleningsrelaties in stand blijven als cliënten, familie en mantelzorgers dit wensen gedurende de overgangperiode.
- Uitgangspunten voor de ambulante begeleiding zijn respect, betrokkenheid, belangstelling en gelijkwaardigheid.

Langdurige zorg

De meeste beperkingen en aandoeningen 'gaan niet over'; er kan een levenslange begeleidingsbehoefte zijn.

- Houd er rekening mee, dat de begeleidingsbehoefte van mensen met langdurige beperkingen en aandoeningen niet tijdelijk is; wel kan de begeleiding in verschillende levensfasen of periodes (bijvoorbeeld van een ziekte) variëren in intensiteit.
- Richt het gemeentelijk beleid zó in, dat levenslange begeleiding mogelijk is en dat mensen terug kunnen vallen op vertrouwde begeleiders die kennis van zaken hebben.

4.1.11 Eigen kracht, cliëntenondersteuning en mensen die geen zorg vragen

Eigen kracht

Het bevorderen van eigen kracht staat centraal, maar kent ook voorwaarden en grenzen.

Wees er alert op:

- Dat er vanuit een helder begrippenkader wordt gecommuniceerd, zodat instellingen, Wmo-raden, lokale cliëntengroepen en belangenorganisaties hetzelfde verstaan onder begrippen als 'eigen kracht' en 'zelfredzaamheid'.
- Minder zorgafhankelijkheid alleen bereikt kan worden als zelfmanagement en herstel gericht worden gestimuleerd. Bij mensen met zware zorgvragen moet dit met kleine stappen en met meer ondersteuning gebeuren op basis van een vertrouwensrelatie waarin de cliënt mag oefenen en leren en op basis van wat de cliënt denkt wat daarvoor nodig is.
- Dat voor zelfreflectie, zelfvertrouwen en mondigheid van bepaalde groepen cliënten soms blijvend stimulerend nodig is.

Cliëntenondersteuning

Cliëntenondersteuning versterkt de positie van kwetsbare groepen.

- Zorg ervoor dat mensen weten dat gemeenten onafhankelijke cliëntenondersteuning aanbieden tijdens het gehele proces van voorlichting tot realisatie van de ondersteuningsvraag (vanaf de voorbereiding op het keukentafelgesprek tot en met de verslaglegging). Geen keukentafelgesprek beginnen zonder cliënten, familie en mantelzorgers hier op te wijzen.
- Geef mensen de mogelijkheid om te kiezen wie de cliëntenondersteuning doet.
- De informatiebehoefte van mensen kan variëren. Zorg daarom voor een gedifferentieerde informatiestructuur waarbij burgers in ieder geval in hun eigen wijk/buurt informatie kunnen vragen. Werk hierbij samen met cliëntenorganisaties, ouderenbonden, welzijnsinstellingen, WWB cliëntenraden, vrijwilligersorganisaties en buurt- en wijkverenigingen. Zorg voor verwijsinformatie op alle levensgebieden.
- Zorg voor een structuur om burgers actief te benaderen die uit zichzelf geen hulp vragen of (tijdelijk) niet in staat zijn zelf verantwoordelijkheid te dragen. Werk samen met instellingen voor maatschappelijke dienstverlening, GGD en OGGZ, wanneer de indruk bestaat dat er sprake is van zorgmijding. Richt een lokaal meldpunt in waar mensen kunnen melden dat zij zorgen hebben om de gezondheidssituatie of psychische toestand van zichzelf of iemand anders.
- Investeer tijd en geld om zorgmijders over te halen om iemand toe te laten. Het opbouwen van een relatie is een voorwaarde om mensen bereid te vinden zorg te aanvaarden. De continuïteit van de relatie is daarbij belangrijk.

Tijdige zorg

Voorkomen is beter dan genezen.

- Tijdige signalering van beperkingen en aandoeningen door Wmo-medewerkers is van belang. Richt het gemeentelijk beleid zó in, dat de ernst van zorgvragen en van problematiek goed kan worden ingeschat en dat zo nodig snelle interventie mogelijk is.

- Zorg voor een 'sluitende' opvolging van meldingen. Let er bij de inkoop op dat alle zorg- en welzijnsorganisaties fungeren als 'voordeur' voor probleemopvolging. Maak afspraken dat burgers of cliënten die een melding doen of een zorgvraag stellen altijd een antwoord krijgen.

4.1.12 Eigen regie, keuzevrijheid en Persoonsgebonden budget

Behoud en verbeter de mogelijkheden voor keuzevrijheid en voor individueel maatwerk door middel van een PGB en vereenvoudig de uitvoering.

Hierbij zijn de volgende punten genoemd:

- Zorg voor voldoende keuzevrijheid voor zorg in natura, maak daarin zorg-op-maat en flexibele leveringstijden mogelijk.
- Biedt de mogelijkheid van een PGB als volwaardig alternatief als de zorg in natura niet passend is. Dit verhoogt de effectiviteit van zorg; niet passende zorg is veelal niet-effectief.
- Inventariseer op korte termijn hoe de groep budgethouders er uit ziet (qua leeftijden en grondslagen), welke ondersteuning zij inkopen (waar het voor hen passende zorgaanbod uit bestaat) en waarom gekozen is voor PGB.
- Zorg zo snel mogelijk voor duidelijkheid over het beleid dat gevoerd gaat worden inzake de voorwaarden en de vereisten om een PGB te verkrijgen, de bestedingsmogelijkheden en -voorwaarden, de tarieven en de verantwoording.
- Maak een zorgvuldige afweging van de gevolgen van dit beleid voor de huidige budgethouders die momenteel maatwerk oplossingen hebben ingekocht en in samenspraak met hen.
- Verbeter de aanvraagprocedures en verkort de doorlooptijden tussen de aanvraag en het daadwerkelijk toekennen van het PGB (afgifte maatwerkvoorziening), zodat de cliënten die zorg nodig hebben, zo kort mogelijk zonder zorg zitten.

4.1.13 Zelfredzaamheid, indicatie en oplossingen met vrijwilligers

Zelfredzaamheid

Bevorder het inzicht van burgers en cliënten in de eigen netwerken.

- Stimuleer mensen om de eigen situatie in kaart te brengen. Het is wenselijk dat cliënten een plan opstellen waarin duidelijk wordt welke natuurlijke hulpbronnen zij hebben, welke zij willen hebben en dat zij in hun netwerk de rollen benoemen van familie en naasten, vrienden, lotgenoten en betrokken vrijwilligers, zorgverleners en ondersteuners.

Oplossingen met vrijwilligers

Wees voorzichtig met het vervangen van professionele zorgverleners door vrijwilligers.

Vrijwilligerswerk is niet dé oplossing voor alle zorgvragen.

Hierbij wordt aandacht gevraagd voor de volgende zaken:

- Koppel de inzet van vrijwilligers aan de beroepskrachten en het werken onder verantwoordelijkheid van beroepskrachten.
- Beperk de inzet van het vrijwilligerswerk tot tijdelijke praktische huishoudelijke hulp, sociale contacten, vrije tijd besteding en vervoer naar sociale activiteiten en alleen daar waar dat op geleide van de individuele zorgvraag en de belasting van de mantelzorgers wenselijk is.
- Houd er rekening mee dat vrijwilligers vaak additioneel werk kunnen doen waardoor mensen méér ondernemen, maar dat dit zelden de inzet van professionele krachten volledig kan vervangen, omdat het gaat om langdurige intensieve ondersteuning. Ontwikkel voor zorgvragen die langdurig zijn of van een andere aard (dagbesteding, persoonlijke verzorging, activerende begeleiding, gedragsregulatie etc.), in overleg met cliënten, familie, mantelzorgers en instellingen andere maatwerkoplossingen.

- Stel kwaliteitseisen aan de instellingen die vrijwilligers inzetten zodat die ervoor zorgdragen dat de vrijwilligers kunnen omgaan met de gevolgen die de ziekte of aandoening heeft op het gedrag, dat zij vragen kunnen beantwoorden en adequaat kunnen verwijzen.
- Daag zorgaanbieders en burgers uit om samen met cliënten na te denken over hoe de zorg in de toekomst meer uitwisseling mogelijk maakt met de wijk en buurt. Vraag van instellingen om plannen te maken om samenwerking tussen formele zorg, informele zorg, vrijwilligers en mantelzorgers actief te bevorderen en aan deskundigheidsbevordering van vrijwilligers mee te werken.
- Maak afspraken met vrijwilligersorganisaties over de condities en faciliteiten waaronder langdurige inzet van vrijwilligers beter mogelijk wordt. Burgers doen vrijwilligerswerk dat bij hen past en bij de levensfase waarin zij zitten. Maar hun omstandigheden kunnen ook veranderen (denk aan werk, werkloosheid, gezin, scheiden, mantelzorg, ziekte) en dit heeft invloed op hun inzet als vrijwilliger. En dus gevolgen voor de cliënten/systemen met een zorgvraag.

4.1.14 Cliëntpositie, recht op passende zorg, signalen en medezeggenschap

Voor het in kaart brengen van werkelijke zorgvragen en het realiseren van effectieve maatwerkoplossingen zijn gelijkwaardige gesprekspartners nodig. Aan de ene kant versterking van de positie van de cliënten en aan de andere kant onderkenning van sociaal wenselijk gedrag.

Versterk de positie van de cliënt, familie en mantelzorger ten opzichte van gemeente en zorgverleners.

- Zorg dat mensen zich kunnen voorbereiden op het keukentafelgesprek, weten en begrijpen wat de bedoeling is, bedenktijd krijgen als dat nodig is en zich kunnen laten steunen of vergezellen door iemand naar keuze.
- Geef mensen keuzevrijheid bij de hulp en activiteiten die aangeboden worden (vraaggericht in plaats van aanbodgericht). Let hierbij op verschillende doelgroepen.
- Zorg voor informatie over de mogelijkheid van een PGB.
- Zorg voor een transparante bemiddelings- en klachtenregeling (voor de wijze waarop mensen door de gemeente of instelling worden bejegend of behandeld, over de afspraken die zijn gemaakt over de toekenning of over de kwaliteit van de dienstverlening, de zorg of ondersteuning).
- Let erop dat gemeente en instellingen medewerking verlenen aan klachtenregelingen en bereid zijn om verantwoording af te leggen over de wijze waarop de verzamelde klachten zijn gebruikt voor het verbeteren van de uitvoering van taken.
- Stuur aan op heldere interpretatie van het maatwerkbeginsel door bijvoorbeeld jurisprudentie. Het is wenselijk om de toekenningen aan burgers zoveel mogelijk te organiseren in de vorm van voor bezwaar-en beroep vatbare beschikkingen.

Wees alert op sociaal wenselijk gedrag.

- Heb aandacht voor maatschappelijke fenomenen als sociale druk, onmondigheid, vraagverlegenheid, afhankelijkheidsgevoelens en zorgmijding, Wees erop alert dat Wmo-consulenten en medewerkers die keukentafelgesprekken voeren, bekend zijn met de signalen daarvan, deze herkennen en hier adequaat mee omgaan.
- Versterk de kennis van en de bejegening door Wmo-consulenten door verplichte regelmatige training met life situaties en bijscholing.
- Bewaak dat gemeenten geen inkomenspolitiek voeren. Nog steeds zijn er gemeenten die aangeven dat iemand te veel verdient om een Wmo-aanvraag in te dienen.

N.a.v. de digitale raadpleging werden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Verbeter de bejegening en keuzevrijheid bij het Wmo-loket.
- Neem mensen met beperkingen en hun mantelzorgers die aankloppen bij het Wmo loket serieus.

- Zorg dat mensen keuzevrijheid hebben bij de hulp en activiteiten die aangeboden worden (vraaggericht in plaats van aanbodgericht). Let hierbij op verschillende doelgroepen.
- Bied de mogelijkheid tot onafhankelijke cliëntenondersteuning tijdens het gehele proces van voorlichting tot realisatie van de ondersteuningsvraag.

Signalering, belangenbehartiging en medezeggenschap

Signalen kunnen aanknopingspunten bieden om het lokale beleid in te richten en bij te stellen. Maak gebruik van ervaringskennis van cliënten, familie en mantelzorgers en hun organisaties.

Daarbij valt te denken aan:

- Het inrichten van een onafhankelijk meldpunt in de gemeente waar signalen kunnen worden verzameld over hoe de decentralisatie van taken uitwerkt voor burgers en cliënten.
- Zorgen voor een heldere formele structuur van medezeggenschap (waarin minstens afstemming bestaat met een Wmo-raad, Participatieraad en niet-vertegenwoordigde lokale cliëntenorganisaties).
- Korte lijnen tussen lokale belangenbehartigers en lokale beleidsmakers. Let erop dat inspraakorganen tijdig geïnformeerd worden, dat hun expertise en ervaringskennis worden benut, dat hen advies gevraagd wordt over het inkoopbeleid en over de organisatie van de medezeggenschap. Zorg dat duidelijk is wat er met adviezen gedaan wordt.
- Leg zo nodig verbindingen met bovenlokale belangengroepen, bijvoorbeeld bij bovenregionaal zorgaanbod of als het gaat om RIBW voorzieningen die onder verantwoordelijkheid van een andere gemeente vallen.
- Stimuleer burgerparticipatie op regionaal en op wijkniveau (regionaal platform, contact diverse raden, wijkplatforms) en biedt mogelijkheden voor informele participatie voor kwetsbare burgers (wijkshouw, cliëntenpanels, etc.).
- Faciliteiten en ondersteuning voor groepen cliënten die niet tot hun recht komen in de formele medezeggenschapscircuits.
- Het monitoren van de uitvoering van de transities en transformatie vanuit het perspectief van de cliënten. Bij voorkeur door systematisch en representatief onderzoek naar (veranderingen in) de persoonlijke situatie van cliënten die woonachtig zijn in de gemeente.
- Het betrekken van cliënten zelf bij de evaluatie van thema's die voor hen van belang zijn, zoals bejegening, kwaliteit, zelfregie. Stel onderzoeksmethoden voor waarbij cliënten een rol spelen, bijvoorbeeld mystery guest, cliëntenpanel, cliënttevredenheidsonderzoek.
- Burgerinitiatieven die een bijdrage kunnen leveren aan de inclusieve samenleving. Zet in op het faciliteren van deze initiatieven.

4.1.15 Maatschappelijke participatie, (vrijwilligers)werk doen, inkomen en eigen bijdragen

Bevorderen van maatschappelijke participatie kan alleen slagen, wanneer dit als een tweezijdige verantwoordelijkheid wordt gezien. Het is een misverstand dat cliënten niet willen meedoen; er is een omslag nodig in de samenleving.

Om samenhang te versterken moeten mensen buiten gebaande paden kunnen en durven gaan.

- Zorg dat de verschillende uitvoerende instanties participatie mogelijk maken en een soepele overgang creëren om de cliënt heen. Mensen met wisselende mogelijkheden en zorgvragen hebben behoefte aan flexibele overgangen tussen de participatiewet, arbeidsmatige dagbesteding, beschut werken en onderwijs. Niet aan nieuwe schotten.
- Zorg voor afspraken op cliëntniveau met de afdeling sociale dienst over de inzet als vrijwilliger als tegenprestatie voor het verkrijgen van een WWB uitkering, voor flexibiliteit in de sollicitatieplicht en verruimen van de plicht om beschikbaar te blijven voor de arbeidsmarkt. Dit is belangrijk voor bepaalde groepen mensen die door hun beperking, ziekte of aandoening bijna geen kansen (meer) op de arbeidsmarkt hebben. Hierbij ook wensen voor (om)scholing betrekken.

- Zorg voor een helder beleid inzake toegelaten vrijwilligerswerk in relatie tot verdringing van betaald werk. Hierbij is het wenselijk dat de gemeente samenspraak voert met het UWV en lokale organisaties van werkgevers.
- Inventariseer welke matches mogelijk zijn tussen burgers aan wie (mogelijk) gevraagd kan worden om vrijwilligerswerk te doen en organisaties die taken door middel van vrijwilligers zouden willen laten invullen. Zorg voor helder beleid wat vanuit de gemeente van welke doelgroep mag worden verlangd.
- Waak voor mogelijke verdringingseffecten voor de lokale werkgelegenheid; breng deze in kaart in samenspraak met de lokale Kamer van Koophandel.
- Streef naar informatie op korte termijn over de maatwerkvoorziening die gaat gelden. Bewaak dat deze terecht komt bij de burgers die het nodig hebben.
- Zet in op duidelijkheid welke gemeentelijke voorzieningen zullen vallen onder de noemer 'algemeen' waarover de gemeente eigen bijdragen mag gaan heffen en welke niet. Denk aan bijvoorbeeld dagbesteding, inloop, vervoer, huishoudelijke hulp, maaltijdvoorziening rolstoel, woningaanpassing, passantenverblijf voor daklozen enz..
- Wees erop alert dat er stapelingseffecten bij individuele burgers kunnen ontstaan als er eigen bijdragen gaan gelden voor meerdere voorzieningen. Let erop dat er maximale eigen bijdragen per persoon worden ingesteld en bewaakt.
- Geef ter overweging dat gemeenten de eigen bijdragen voor algemene voorzieningen laten innen door het CAK om zoveel als mogelijk verwarring te voorkomen en omdat CAK over de inkomensgegevens kan beschikken (en dit in veel situaties al doet).

4.1.16 Overgangperiode tot 2015

Het is van belang om de komende periode ten volle benutten om tot werkbare afspraken te komen.

- Inventariseer met welke veranderingen burgers de komende jaren te maken krijgen door het inkrimpen van bestaande AWBZ zorg (dus nog voor de invoering van de decentralisatie).
- Zorg ervoor dat AWBZ cliënten, familie en mantelzorgers op de hoogte worden gesteld van de geldende overgangsregelingen waarover de VNG en het ministerie van VWS afspraken gemaakt hebben.
- Biedt cliënten, hun vertegenwoordigers en hun belangengroepen ruimte om hun verhalen te vertellen aan nieuwe gemeenteraadsleden en collegepartijen en om bij de voorgenomen raadsbesluiten in te spreken.
- Zoek samenwerking met zorgverzekeraars om tot afspraken te komen op cliëntniveau over afstemming tussen extramuraal begeleiding en zorg op andere gebieden en domeinen, zoals bijvoorbeeld Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Individueel, Behandeling Groep, Wmo, Jeugdwet cf. het principe één gezin-één plan-één regisseur.

Dagbesteding

Haal dagbesteding uit de taboesfeer.

- Wees er bewust van dat er op het bezoeken van dagbesteding een taboe kan rusten; draag er aan bij dat mensen minder schroom (schuldgevoelens, weerstand) hebben om hiervan gebruik te maken.
- Breng voor mensen voor wie dit passend is, de voorziening voor dagbesteding niet onder in een zorginstelling, maar in de nabijheid van andere wijkvoorzieningen. Wees erop alert dat dit voor sommigen geen passende omgeving is.
- Waak ervoor dat instellingen niet onvoorbereid wisselen van ruimtes voor de activiteiten, van begeleiders en andere personen, zodat onrust en onveiligheid of overprikkeling kan worden voorkomen.

Wonen

Neem de gemeentelijke taak op het gebied van huisvesting serieus.

- Let erop dat er afspraken komen tussen zorgkantoren, zorginstellingen en gemeenten over de huidige capaciteit van RIBW plaatsen, de wenselijke capaciteit in de toekomst en de overgangsafspraken. Zorg dat het afbouwen van plaatsen in overleg met en afhankelijk van de mogelijkheden van cliënten gebeurt. Streef naar een creatief proces (co-creatie/innovatie) waarbij partijen de ruimte opzoeken in regels en procedures.
- Maak afspraken met andere gemeenten en zorginstellingen over de beschikbaarheid van specifieke professionele oplossingen voor specifieke beperkingen.
- Ga om tafel met zorginstellingen die als gevolg van nieuw beleid te kleinschalig worden en de bedrijfsvoering niet meer rond krijgen. Inventariseer voor welke cliënten, familie en mantelzorgers of voor welke (buurt)functie de voorziening beschikbaar moet blijven omdat die een meerwaarde heeft. Zorg voor een zorgvuldig overgangsproces.
- Regel het vervoer van en naar dagopvang/dagbesteding gezamenlijk met andere gemeenten en zorgaanbieders, wanneer dit in individuele situaties niet geregeld kan worden. Zo nodig bevorderen door het 'ontschotten' van regelgeving.

Sociale wijkteams

Het is van belang voor cliënten dat sociale wijkteams opereren binnen een duidelijk kader en met voldoende faciliteiten.

- Wees ervan bewust dat mensen laagdrempeligheid verschillend beleven. Voor de ene burger is een kerkelijk contact of een mantelzorg- of vrijwilligersorganisatie gemakkelijker te benaderen dan voor de ander. De ene burger wil liever niet dat zijn ziekte of ongemak bekend is bij sleutelfiguren in de eigen buurt, de ander heeft liever contact met iemand die wat op afstand van de eigen woonomgeving staat.
- Zorg ervoor dat het duidelijk is of sociale wijkteams aan mensen met een hulpvraag zorg toe mogen kennen, of zij daadwerkelijk zorg en ondersteuning bieden, of beiden? Maak hierin een duidelijke scheiding.
- Zorg ervoor dat de leden van sociale wijkteams voldoende mogelijkheden hebben om aandoeningen en risico's te kunnen signaleren en duiden. Dit kan bijvoorbeeld door het consulteren van deskundigen die meekijken. Dit kan zo min mogelijk bureaucratisch worden ingericht.
- Zorg ervoor dat een sociale wijkteam korte lijnen heeft met instellingen en zo nodig snel kan opschalen naar (kortdurende) specialistische interventies, extra begeleiding of (kortdurende) opname. Zorg en ondersteuning worden op basis van de behoefte van de cliënt op- en afgeschaald; de zorg is gericht op herstelondersteuning en op het (weer) oppakken van een zo zelfstandig mogelijk leven.

4.2 Aandachtspunten voor landelijk beleid

4.2.1 Verwachtingenmanagement

De beelden en verwachtingen die bij mensen leven over de nieuwe Wmo vanaf 2015 moeten worden bijgesteld.

De meeste geïnterviewden hebben geen volledig beeld van de decentralisatie AWBZ en beschouwen de veranderingen als een nieuwe bezuinigingsronde. Velen weten wel dat de gemeente een grote rol gaat spelen en maken zich serieuze zorgen over de continuïteit van de huidige AWBZ zorg. Zij voelen zich afhankelijk van nieuwe spelers in het veld, die zullen gaan beoordelen of hun zorgbehoefte wel legitiem is. Cliënten, familieleden en mantelzorgers hebben wellicht ook beelden over de decentralisatie en over de rol van de gemeente die niet correct zijn.

De doelstellingen van de hervorming van de zorg zoals het ministerie van VWS deze formuleert, lijken nog weinig aandacht te krijgen bij burgers. Bijvoorbeeld het vergroten van de betrokkenheid van de samenleving wordt zelden genoemd. En de geïnterviewde cliënten, familie en mantelzorgers zijn momenteel tevreden over de geboden zorg. Voor hen hoeft dit niet verbeterd te worden; zij verwachten eerder een verslechtering.

4.2.2 Informatievoorziening

Voor mensen is het belangrijk te weten met welke veranderingen zij te maken krijgen en wat die concreet voor hen betekenen en bij wie zij moeten zijn met vragen.

Als gevolg van de decentralisatie AWBZ krijgen mensen in 2015 te maken met een gewijzigde Wmo, een gewijzigde AWBZ en een gewijzigde Zorgverzekeringswet. Ook in de aanloop naar 2015 krijgen mensen al te maken met gemeenten en zorginstellingen die anticiperen op de nieuwe wetgeving en al maatregelen nemen. Tevens zijn er overgangsregimes afgesproken voor de huidige AWBZ cliënten, voor cliëntenondersteuning en voor gegevensoverdracht, die nog niet bekend zijn.

Het is voor mensen onduidelijk welke maatregelen sec samenhangen met de nieuwe wet(ten) en welke niet. Zij houden dat niet uit elkaar en dat zou ook geen probleem voor hen moeten zijn, maar het leidt wel tot onrust. Mensen willen graag weten hoe zij hun leven verder moeten inrichten na 1 januari 2015 en na het overgangsregime (dat verschillend is voor verschillende groepen).

4.2.3 Begripsverheldering

Eenduidigheid van begrippen kan bijdragen aan wat met de decentralisatie AWBZ wordt beoogd.

Mensen raken in verwarring doordat begrippen als 'eigen kracht', 'eigen regie' en 'eigen netwerk' verschillend worden gebruikt. Meestal worden deze begrippen gebruikt in relatie tot 'bezuinigingen in de zorg' en een 'groter beroep op mantelzorg', waarmee ze in een bepaald daglicht staan. De interpretatie van begrippen draagt bij aan de wijze waarop mensen tegen veranderingen aankijken: positief of negatief. Niemand wil afhankelijk zijn van zorg, als dat onnodig is; op dat punt kunnen mensen elkaar wel vinden.

4.2.4 Positieversterking

Mensen die zorg krijgen, moeten kunnen rekenen op kwalitatief goede zorg en in de gelegenheid worden gesteld om medezeggenschap over de uitvoering van die zorg uit te oefenen, ongeacht uit welk regime die zorg komt.

In de huidige AWBZ wordt begeleiding, kortdurend verblijf en beschermd wonen ggz (RIBW) geboden aan mensen met matige en ernstige beperkingen. Kwaliteit en medezeggenschap van zorg in de AWBZ zijn wettelijk geregeld. Deze zorg wordt na de decentralisatie AWBZ niet langer benoemd als 'zorg', maar als 'ondersteuning', waardoor kwaliteit en medezeggenschap kennelijk een lichter gewicht krijgen.

Voor wat betreft de gedecentraliseerde AWBZ geldt ook, dat mensen de kwaliteit van die zorg willen kunnen beoordelen. Het criterium is de bijdrage die de zorg levert aan hun kwaliteit van leven. Mensen kunnen minder afhankelijk worden van professionele zorg, wanneer die zorg eerst gericht werkt aan empowerment, herstel en zelfmanagement van de huidige cliënten.

4.2.5 Mantelzorgondersteuning

Een groter beroep op mantelzorg kan alleen als mantelzorgers voldoende worden gefaciliteerd zowel door gemeenten als door bijvoorbeeld werkgevers.

Dit kan door voldoende passende zorg aan cliënten en door gerichte mantelzorgondersteuning, door wet- en regelgeving die het verlenen van mantelzorg bevordert.

4.2.6 Participatie

Participatie betekent niet 'zoek het zelf maar uit'.

Dat sommige mensen in de samenleving aan de zijlijn staan heeft alles te maken met gebrekkige omgevingsfactoren, die de mogelijkheden om te participeren belemmeren. Voorwaarden voor maatschappelijke participatie zijn gelegen in de beschikbaarheid van hulpmiddelen, ondersteuning en voorzieningen die mensen nodig hebben om zelfredzaam te zijn en eigen regie te kunnen voeren. De Wmo en de zorgverzekeraars spelen een grote rol.

Voorwaarden voor maatschappelijke participatie zijn ook gelegen in de bereidheid, de flexibiliteit en de financiële mogelijkheden van werkgevers, keurings- en uitkeringsinstanties om mensen kansen te bieden op zinvolle bezigheden.

DEEL II

Achtergrondinformatie over de cliëntpopulatie en de gemeenten

Dit deel bevat de achtergrondinformatie over de 12 gemeenten waar de deelnemende geïnterviewden wonen. Hierin staat voor iedere deelnemende gemeente beknopt de AWBZ cliëntpopulatie en kenmerken op het gebied van en gemeentelijk beleid rondom de Wmo, de voorbereidingen op de decentralisatie AWBZ, de bevolkingssamenstelling en de politieke verhoudingen.

De gegevens over de cliëntpopulatie zijn afkomstig uit de rapportages van het CIZ en de kenmerken van de gemeente zijn afkomstig uit landelijke statistieken en uit gemeentelijke bronnen (digitaal of toegelicht door de vertegenwoordigers van de gemeente tijdens de (focus)bijeenkomst).

De cliëntpopulatie

De cliëntpopulatie bestaat uit cliënten met een extramurale indicatie voor AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf of voor zorg met verblijf in een RIBW met een ZZP GGZC. Zij kunnen vanaf 2015 vanuit de Wmo een beroep doen op de gemeente.

Het betreft cliënten die 18 jaar of ouder zijn in 2015. Cijfers over 16- en 17-jarigen zijn onbekend.

Om hoeveel mensen gaat het in 2013?

Er zijn 215.555 mensen met een CIZ-indicatie voor extramurale begeleiding AWBZ in Nederland²⁰.

Het aantal indicaties is hoger (455.035) omdat mensen gebruik maken van meerdere AWBZ functies.

De cliënten worden onderscheiden naar groepen, op basis van grondslag. De verdeling is als volgt²¹:

- 37% volwassenen met psychische/psychiatrische aandoeningen;
- 22% volwassenen met somatische aandoeningen;
- 19% volwassenen met een verstandelijke beperking (18 jaar en ouder);
- 10% jeugdigen met een verstandelijke beperking (0-17 jaar)²²;
- 10% mensen met een lichamelijke beperking (alle leeftijden);
- 2% mensen met een zintuiglijke beperking (alle leeftijden).

Daarnaast zijn er in Nederland ca. 15.721 RIBW plaatsen, waarvan ca. 8.763 cliënten met een ZZPC²³.

De cliëntpopulatie is niet stabiel, maar verandert. In de afgelopen jaren groeide het aantal AWBZ-indicaties voor extramurale zorg²⁴. In de eerste 3 kwartalen van 2013 daalde het aantal indicaties voor de intramurale AWBZ zorg voor de 'lagere' ZZP's voor alle sectoren²⁵. Dit is het gevolg van het landelijk beleid om mensen met een lage zorgzwaarte langer thuis zorg te bieden, in plaats van in een instelling. Het aantal intramurale AWBZ-indicaties voor hogere ZZP's steeg in die periode in de sectoren Verpleging en verzorging (V&V), Gehandicaptenzorg (GZ) en Geestelijke Gezondheidszorg voor GGZB. Er zijn alleen in de V&V-sector aanwijzingen gevonden dat cliënten langer een beroep doen op extramurale zorg.

²⁰ Bron: Basisrapportage AWBZ zorg Nederland, CIZ, 1 juli 2013.

²¹ Afgerond op hele percentages.

²² De exacte aantallen jeugdigen van 16 en 17 jaar met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking (met een indicatie van het CIZ) of met psychische/psychiatrische aandoening (met een indicatie van Bureau Jeugdzorg) zijn onbekend.

²³ Bron: Landelijke Monitor intramurale GGZ, eerste meting 2012, Trimbos Instituut. Er wonen ook cliënten met andere indicaties: bijvoorbeeld ZZP GGZB, Zorgverzekeringswet of Maatschappelijke Opvang etc.

²⁴ Het aantal indicaties is op 1 oktober gestegen naar 460.235. Bron: Aanspraak op AWBZ zorg Nederland, CIZ, 1 oktober 2013.

²⁵ Bron: Langer thuis, Kwartaalmonitor extramuralisering lage ZZP's, Eerste drie kwartalen 2013. CIZ.

Per gemeente wordt inzicht gegeven in:

- de geïnterviewden per groep
- de deelnemers aan de (focus)bijeenkomsten
- de cliëntpopulatie
- het huidige Wmo-loket, Wmo-beleid en inspraakorganen
- samenwerkingsverbanden
- de voorbereiding op de decentralisatie AWBZ en pilots
- omvang en samenstelling van de gemeente
- bestuur en politieke samenstelling

1 Gemeente Almere

1.1 Geïnterviewden

Er zijn 20 mensen geïnterviewd:

8 mensen met psychische/psychiatrische problematiek, waaronder 2 met een GGZ ZZPC,
4 (oudere) mensen met somatische aandoeningen,
6 mensen met een verstandelijke beperking en
2 mensen met een lichamelijke beperking.

Onder de groep geïnterviewde zijn:

2 mensen met niet aangeboren hersenletsel,
4 mensen met meervoudige aandoeningen/grondslagen.
Er zijn 4 mensen die (deels of geheel) gebruik maken van een PGB.

1.2 Deelnemers aan de (focus)bijeenkomst

Er waren 19 deelnemers vanuit verschillende organisaties: gemeente (ambtenaar), lokale Wmo-raad en Breed Overleg, AC Clubhuis, Kwintes, A Complex (instellingen voor ggz), Triade (instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg), Zorggroep Almere (geïntegreerde eerste lijn, thuiszorg en ouderenzorg), VMCA (vrijwilligers en mantelzorgcentrale Almere), Axion (Centrum voor Maatschappelijke Ontwikkeling Flevoland), MEE, Ontmoetingspunt voor mensen met NAH, zorgkantoor Achmea en AVI-adviseur.

1.3 Cliëntpopulatie

In 2013 zijn er 2.230 cliënten²⁶ met een indicatie voor extramurale AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf in Almere. Er zijn 3.950 indicaties voor extramurale AWBZ zorg toegekend aan inwoners van Almere²⁷.

De verdeling van de 2.230 cliënten op basis van grondslag is als volgt:

38% volwassenen met psychische/psychiatrische aandoeningen,
18% volwassenen met somatische aandoeningen,
18% volwassenen met een verstandelijke handicap (18 jaar en ouder),
14% jeugdigen met een verstandelijke handicap (0-17 jaar)²⁸,
10% mensen met een lichamelijke handicap (alle leeftijden),
2% mensen met een zintuiglijke handicap (alle leeftijden).

Er zijn 410 intramurale indicaties voor GGZ ZZP toegekend, bijna allemaal ZZPC (405). De gemeente schat in dat 305 van hen nu in een RIBW wonen²⁹.

In 2013 zijn er 3.130 indicaties voor extramurale AWBZ functies die niet overgaan naar de gemeente,

²⁶ Bron: Basisrapportage AWBZ zorg Almere per 1 juli 2013, CIZ.

²⁷ Het aantal cliënten is lager dan het aantal indicaties, want een aantal cliënten maakt gebruik van meer functies.

²⁸ In dit onderzoek richten we ons op cliënten die in 2015 18 jaar of ouder zijn. De exacte aantallen jeugdigen van 16 en 17 jaar met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking (met een indicatie van het CIZ) of met psychische/psychiatrische aandoening (met een indicatie van Bureau Jeugdzorg) zijn onbekend.

²⁹ Bron: Doen wat nodig is, gemeente Almere, januari 2014.

zoals Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep en Behandeling Individueel, maar die wel in combinatie met extramurale begeleiding voorkomen³⁰.

Van de cliënten met een indicatie voor extramurale AWBZ zorg heeft 77% zorg in natura, 19% organiseert en betaalt zelf de zorg met een PGB en 4% heeft een combinatie van beiden.

1.4 Huidige Wmo en inspraakorganen

Wmo-loket en Wmo-beleid

Burgers in Almere kunnen bij het Servicepunt Z terecht met vragen op het gebied van zorg en welzijn. Het servicepunt helpt mensen bij het vinden van de juiste oplossingen om zo lang mogelijk zelfstandig en actief te blijven. Of het nu gaat om professionele ondersteuning of meer informele hulp van bijvoorbeeld vrijwilligers of bureaus. In Almere is al een paar jaar ervaring met het zogenaamde gekanteld werken. Dat wil zeggen dat de medewerkers van het Servicepunt samen met de bewoners proberen te achterhalen wat, uitgaande van hun eigen kracht, de meest juiste oplossing is. Mensen wordt ook aangeraden om de EigenKrachtWijzer in te vullen. Via vragenlijsten komt men terecht bij ideeën of oplossingen die de eigen (leef)situatie eenvoudig kunnen verbeteren. Soms met wat hulp van anderen, bijvoorbeeld van mensen om de aanvrager heen.

In de gemeentelijke Wmo-verordening is sprake van een 'eigen bijdrage' of 'eigen aandeel' in de kosten van een voorziening of hulpmiddel. Ook is er de mogelijkheid van een PGB.

Het vigerende Wmo beleid is omschreven in de nota 'De kracht van Almere 2010-2014'.

Inspraakorganen

Er is in 2013 een Wmo-raad die een zogenaamd Breed Beraad raadpleegt van lokale belangenbehartigende groeperingen. De vergaderingen van de Wmo-raad zijn openbaar. De Wmo-raad krijgt ambtelijke ondersteuning vanuit de gemeente. Naast de Wmo-raad functioneert het Cliënten Beraad Almere, het orgaan voor cliëntenparticipatie voor Sociale Zaken van de gemeente.

In februari 2014 is een nieuwe vorm van inspraak gestart. Vanuit de gedachte dat de nieuwe Wmo vraagt om meer integrale advisering, zowel horizontaal (op verschillende leefgebieden) als verticaal (namelijk tussen beleid en uitvoering). Hiervoor is een netwerkorganisatie opgezet. Dit netwerk bestaat uit een adviesraad sociaal domein die de officiële advisering aan de gemeente voor zijn rekening neemt en een Breed Overleg+, waarin cliëntenorganisaties en belangenverenigingen zijn vertegenwoordigd, die op hun beurt de adviesraad op thema's van de benodigde kennis voorziet.

1.5 Samenwerkingsverbanden

De gemeente Almere vervult de rol van centrumgemeente voor wat betreft de uitvoering van de Maatschappelijke Opvang en Verslavingsbeleid voor de (6) gemeenten in de provincie Flevoland.

1.6 Voorbereiding op de decentralisatie van de AWBZ en pilots

Nieuwe sociale infrastructuur

Vooruitlopend op de transitie van de AWBZ taken, de jeugdwet en de participatiewet consulteerde het

³⁰ Cliënten met deze zorg(funcities) zijn alleen geïnterviewd wanneer ze ook gebruik maken van AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf.

college van burgemeester en wethouders de gemeenteraad, de Wmo-raad en lokale instellingen over de nota *'Doen wat nodig is'*. Zo zijn op initiatief van de gemeente stadsconferenties gehouden waar inwoners meedenken over hoe de ondersteuning aan inwoners slimmer en efficiënter kan worden ingericht. De gemeente wil meer maatwerk, minder overlap in het (zorg)aanbod en meer samenwerking tussen organisaties vanuit de gedachte: 'één huishouden, één plan, één aanpak', ook op school.

Deze nota *'Doen wat nodig is'* is door de gemeenteraad vastgesteld in februari 2014 en de uitgangspunten van de nota vormen de basis voor het beleidsplan en de afspraken over de uitvoering van de nieuwe sociale infrastructuur.

Praktijkwerkplaatsen

Daarnaast heeft de gemeente de beschikking over de ervaring uit de praktijkwerkplaatsen. Een praktijkwerkplaats is een oefensituatie in een Almeerse wijk. Almere implementeert onderdelen van de sociale infrastructuur en toetst of het model werkt, of er aanpassingen nodig zijn en aan welke randvoorwaarden voldaan moet worden.

In 3 wijken in verschillende stadsdelen (De Wierden, Waterwijk en Poort) zijn lokale organisaties aan de slag gegaan met vraagstukken die zij samen aan willen pakken bijvoorbeeld: hoe kunnen we de ondersteuning aan inwoners meer laagdrempelig en nabij organiseren? Hoe ziet een team van wijkwerkers eruit? Welk mandaat hebben zij nodig om hun werk te kunnen doen en hoe regelen we dat? En hoe kunnen vrijwilligers, mantelzorgers en professionals nog beter samenwerken?

Hierbij is aansluiting gezocht bij specifieke thema's die in een gebied spelen (sterke punten, kansen, problemen) en bij (actieve) bewoners en organisaties die willen meedoen.

Pilots en transformatie

De Integere inclusieve stad

In een buurt in een van de stadsdelen is een groep actief rondom het vormgeven van de 'Inclusieve stad' volgens het principe 'Niets over ons zonder ons'. Dit is een proefwijk in het kader van de 'Disability Studies'³¹. In dit project *Inclusieve Stad*³² zoekt men naar vormen waar mensen beter kunnen meedoen in de stad en wil men maatschappelijke initiatieven verbinden en versterken. Het gaat bijvoorbeeld om contacten tussen de wijk en bewoners van instellingen. Tot nu toe blijkt dat er buurtbewoners zijn die 'ruimte willen maken' voor anderen en voor mensen die anders zijn, zodat zij zich ook thuis voelen in hun wijk. Er worden gezamenlijk dingen georganiseerd met buurtcomités, woonvormen, buurtbewoners, de toegankelijkheid voor rolstoelers en mensen met visuele beperkingen wordt beoordeeld, etc. De ontwikkeling stimuleert laagdrempeligheid, natuurlijk netwerk en vrijwilligersinitiatieven.

1.7 Omvang en bevolkingssamenstelling

De gemeente heeft 195.910 inwoners³³ en is qua bevolkingsomvang de 7^e grootste gemeente van Nederland. Almere is een 'nieuwe' stad; ontwikkeld in de tweede helft van de twintigste eeuw. De gemeente heeft een relatief jonge bevolking: 30 procent van de inwoners is jonger dan 20 jaar en 7 procent is 65 jaar of ouder, tegen respectievelijk 24 en 15 procent in heel Nederland. De laatste jaren

³¹ Dit project heeft tot doel om met de bewoners de eerste inclusieve buurt in Almere te bouwen (Stripheldenbuurt). Gezamenlijk gaat men de leefsituatie van mensen met een beperking verbeteren zoals op het gebied van wonen, scholing, werken, vrije tijd, inkomen, cultuur en zorg. Het project wil bijdragen aan de kwaliteit van bestaan voor mensen met een beperking (onder eigen regie), aan een passende participatie en een inclusieve samenleving. De buurt wordt structureel aangepast zodat mensen met en mensen zonder beperking er op gelijke wijze deel van uitmaken. In de opzet en uitvoering van het project staat voorop dat mensen met beperkingen op allerlei niveaus deelnemen. Het opgerichte buurtcomité inventariseert en toe ziet op verbetering.

³² In 2012 startte Disability Studies in Nederland (Vrije Universiteit en Hogeschool Windesheim) de pilot.

³³ Bron: Feiten en cijfers, gemeente Almere, 1 oktober 2013

neemt het aantal jongeren af en het aantal ouderen toe³⁴, maar de groep ouderen groeit minder hard dan verwacht. Er wonen meer niet-westerse allochtonen in Almere (27,9%) dan gemiddeld in Nederland³⁵, maar juist minder in vergelijking met de 10 grote steden.

1.8 Bestuur en politiek

Het college van burgemeester en wethouders bestaat in 2013 uit een coalitie van 5 partijen³⁶ CDA/ChristenUnie, D66, PvdA en VVD. Een wethouder van de PvdA heeft de dossiers 'samenleving' in haar portefeuille. Een wethouder van D66 heeft de dossiers onderwijs, jeugd en sport in zijn portefeuille.

In 2013 telde de gemeenteraad 39 leden en 10 fracties³⁷.

³⁴ Bron; Sociale atlas van Almere 2011, gemeente Almere, december 2011

³⁵ Bron: CBS StatLine, Zorgatlas.

³⁶ In alfabetische volgorde.

³⁷ Bron: www.almere.nl

2 Gemeente Coevorden

2.1 Geïnterviewden

Er zijn 21 mensen geïnterviewd:

7 mensen met psychische/psychiatrische problematiek, waaronder 2 met een GGZ ZZPC,
5 (oudere) mensen met somatische aandoeningen,
5 mensen met een verstandelijke beperking,
3 mensen met een lichamelijke beperking,
1 persoon met een visuele beperking.

Onder de groep geïnterviewden zijn:

3 mensen met niet aangeboren hersenletsel
5 mensen met meervoudige aandoeningen.
Er zijn 3 mensen die (deels of geheel) gebruik maken van een PGB.

2.2 Deelnemers aan de (focus)bijeenkomst

Er waren 27 deelnemers uit verschillende organisaties: gemeente (ambtenaren), Wmo-raad Coevorden (incl. clusters WWB cliëntenraad, mantelzorg), Wmo-raad Borger-Odoorn, de Gehandicaptenplatforms uit deze gemeenten evenals uit Emmen, VG Belangenplatform Drenthe, ANBO (ouderenbond), cliëntenraden De Trans en Aleida Kramer, Noorderbrug (instelling voor zorg aan mensen met NAH en doven), Leveste Care, Saxenburghgroep, Promens Care, Icare (instellingen voor thuiszorg, ouderenzorg, ggz, verslavingszorg en OGGZ, verstandelijk gehandicaptenzorg), Meander (huisartsenzorg en POH), MEE Drenthe, Zorgbelang Drenthe, Welzijn 2000 (mantelzorg en welzijnswerk) en AVI-adviseur.

2.3 Cliëntpopulatie

In 2013 zijn er 500 cliënten³⁸ met een indicatie voor extramurale AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf in Coevorden. Er zijn 1.215 indicaties voor extramurale AWBZ zorg toegekend aan inwoners van Coevorden³⁹.

De verdeling van de 500 cliënten op basis van grondslag is als volgt:

33% volwassenen met psychische/psychiatrische aandoening,
26% volwassenen met somatische aandoening,
18% volwassenen met een verstandelijke handicap (18 jaar en ouder),
10% jeugdigen met een verstandelijke handicap (0-17 jaar)⁴⁰,
11% mensen met een lichamelijke handicap (alle leeftijden),
2% mensen met een zintuiglijke handicap (alle leeftijden).

Er zijn 75 intramurale indicaties voor GGZ toegekend, allemaal ZZPC.

³⁸ Bron: Basisrapportage AWBZ Coevorden per 1 juli 2013, ClZ.

³⁹ Het aantal cliënten is lager dan het aantal indicaties, want sommige cliënten maken gebruik van meerdere functies.

⁴⁰ In dit onderzoek richten we ons op cliënten die in 2015 18 jaar of ouder zijn. De exacte aantallen jeugdigen van 16 en 17 jaar met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking (met een indicatie van het ClZ) of met psychische/psychiatrische aandoening (met een indicatie van Bureau Jeugdzorg) zijn onbekend.

In 2013 zijn er 1.155 indicaties toegekend voor extramurale AWBZ functies die niet overgaan naar de gemeente, zoals Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep en Behandeling Individueel, maar die wel in combinatie met extramurale begeleiding voorkomen⁴¹.

Van de cliënten met een indicatie voor extramurale AWBZ zorg heeft 85% zorg in natura, 12% organiseert en betaalt zelf de zorg met een PGB en 3% heeft een combinatie van beiden.

2.4 Huidige Wmo en inspraakorganen

Wmo-loket en Wmo-beleid

Burgers kunnen een Wmo-aanvraag doen bij het Klantcontactcentrum in het gemeentehuis of digitaal. Voor de gebruiker van een Wmo-voorziening is er keuzevrijheid tussen zorg in natura, waarbij de voorziening of de hulp bij het huishouden door de gemeente geregeld wordt, of een financiële tegemoetkoming c.q. persoonsgebonden budget.

Voor hulp bij het huishouden en alle vervoersvoorzieningen en woonvoorzieningen wordt een eigen bijdrage gevraagd.

Het vigerende Wmo-beleid is omschreven in de nota 'Veur Mekoar' (2012).

Inspraakorganen

Sinds ruim 2 jaar functioneert een breed samengestelde Wmo-raad die het college van burgemeester en wethouders gevraagd en ongevraagd adviseert. Hierin zijn de volgende clusters vertegenwoordigd: cliëntenraden woon-zorg, ggz, jeugd, mantelzorg, mensen met een handicap, ouderen, sociale zekerheid (cliëntenraad WWB) en zorgvrijwilligers. Daarmee zijn alle sectorale (cliënten)belangengroepen vertegenwoordigd. De raad krijgt ambtelijke ondersteuning vanuit de gemeente.

De Wmo-raad overlegt regelmatig met de gemeente, heeft projectgroepen gevormd rondom een aantal thema's in de decentralisatie(s) en adviseert het college van burgemeester en wethouders op de voorbereidende nota's. Er wordt niet op alle gemeentelijke Wmo nota's expliciet advies gevraagd, maar wel input en de Wmo-raad kan ook ongevraagd adviseren.

De Wmo-raad overlegt niet structureel met de Wmo-raden van omliggende gemeenten (in COBOEM verband⁴²) omdat zij dit te massaal vinden. Wel is er onderlinge uitwisseling. Wmo-raadleden wonen vergaderingen bij van 'plaatselijk belang' in de dorpskernen die ver uiteen liggen. Vergaderingen van de Wmo-raad zijn openbaar.

2.5 Samenwerkingsverbanden

De gemeente Coevorden valt voor wat betreft de uitvoering van de Maatschappelijke Opvang en Verslavingsbeleid (1994) onder centrumgemeente Emmen.

Op het gebied van de Wmo wordt op sommige punten samengewerkt met de gemeenten Borger, Odoorn en Emmen (BOCE), maar er is geen gezamenlijke uitvoering van de gehele Wmo.

⁴¹ Cliënten met Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep of Behandeling Individueel zijn alleen geïnterviewd wanneer zij ook gebruik maken van AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf.

⁴² COBOEM staat voor de gemeenten Coevorden, Borger, Odoorn en Emmen.

2.6 Voorbereiding op de decentralisatie van de AWBZ en pilots

De voorbereidingen op de decentralisaties vinden plaats op lokaal, regionaal en provinciaal niveau. Er zijn zo'n 50 (zorg)aanbieders in de gemeente Coevorden.

De kernboodschap van de gemeente naar burgers is, dat Coevorden zelf meer dan vroeger invulling zal moeten geven aan het begrip opdrachtgeverschap en zal ook meer dan ooit tevoren een beroep moeten doen op de inwoners. Er zal meer aan het initiatief van inwoners worden overgelaten. Dit betekent een groot appel aan de samenleving, een ander arrangement tussen burger en overheid. In de nota wordt behalve op de individuele burger ook een beroep gedaan op de gehele gemeenschap, bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties.

Het college van burgemeester en wethouders bracht in november 2013 een visienota over de 3 decentralisaties uit: 'De kracht van Coevorden, Het individu is de centrale, meest schaarse, meest kostbare bron van onze maatschappij.' Hierin zijn de ambities voor 2020 geschetst, de route daar naar toe, de risico's en de randvoorwaarden. Deze visienota doorloopt in februari 2014 de politieke meningsvorming.

Pilots en transformatie

Sociaal team in Poppenhare

De gemeente is in 2013 gestart met de bundeling van gegevens op huishoudniveau. Daarbij is gekeken wat de samenloop is van voorzieningen in een huishouden. Er is gestart met de pilot Sociaal team in de wijk Poppenhare om in multi probleemgezinnen de werkwijze 'één huishouden, één plan, één regisseur' te realiseren. Het experimenteren met de werkwijze voor de opvoed- en opgroeiondersteuning gebeurt op kleine schaal. De interventieniveaus van Positief opvoeden Drenthe (PoD) zijn het uitgangspunt. Verkend wordt welke specialistische ondersteuning op lokaal niveau geboden kan of moet worden en welke expertise beschikbaar is of erbij gehaald kan worden. In samenwerking met de betrokken organisaties wordt verkend welke expertise nodig is en welke verantwoordelijkheid de organisaties hierin zelf hebben in relatie tot hun eigen professionals. In 2014 zullen meer sociale teams van start gaan.

Vitaal Vechtdal

In 'Vitaal Vechtdal' zijn huisartsen, medisch specialisten, de gemeenten Hardenberg, Ommen en Coevorden, ziekenhuis en ouderenzorg (Saxenburghgroep) en verzekeraar Achmea een samenwerking gestart met als doel te komen tot een verbetering van de vitaliteit van de individuele burger. Partijen streven naar een optimale samenwerking tussen zorgverleners voor de individuele zorg en een populatie gericht zorg- en welzijnsbeleid in de regio. Dit moet leiden tot ondersteuning en verbetering van de zelfredzaamheid en een nog vitalere bevolking. Daarnaast zal die samenhang een bijdrage kunnen leveren aan een beheerste groei van zorgkosten en een doelmatige inzet van arbeidskrachten in zorg en welzijn. Partijen hebben als eerste aanzet daartoe een viertal aandachtsgebieden omschreven en projecten ontwikkeld. De projecten voor volwassenen zijn: Langer Vitaal, de Gezonde Gemeente en de Vitale Werknemer. Dit is een van de proeftuinen van VWS.

2.7 Omvang en bevolkingssamenstelling

De gemeente Coevorden telt ca. 36.067⁴³ inwoners, verdeeld over een stad en 28 dorpen (kernen). Er zijn relatief veel (20%) inwoners 65 jaar of ouder en relatief weinig (2,9%) niet-westerse allochtonen in Coevorden⁴⁴.

⁴³ Bron: Demografische kerncijfers per gemeente 2012, CBS

⁴⁴ Bron: CBS StatLine, Zorgatlas.

In 1998 werd in het kader van de gemeentelijke herindeling in Drenthe het grondgebied van de gemeente uitgebreid met de voormalige gemeenten Dalen, Oosterhesselen, Sleen en Zweeloo. De gemeente bestaat uit een groot landelijk gebied en heeft een oppervlakte van 300 km² (waarvan 2,81 km² water). De gemeente Coevorden telt 38 officiële kernen, waarvan de stad Coevorden met ruim 14.000 inwoners verreweg de grootste is.

2.8 Bestuur en politiek

Het college van burgemeester en wethouders bestaat in 2013 uit een coalitie van 3 partijen⁴⁵: CDA, PvdA en VVD. Een wethouder van de PvdA heeft de dossiers 'sociale zaken' en 'welzijn' in haar portefeuille. De gemeenteraad telde 25 leden en 6 fracties⁴⁶.

⁴⁵ In alfabetische volgorde.

⁴⁶ Bron: www.coevorden.nl

3 Gemeente Doetinchem

3.1 Geïnterviewden per groep

Er zijn 11 mensen geïnterviewd⁴⁷:

4 mensen met psychische/psychiatrische problematiek,

5 mensen met een verstandelijke beperking,

2 mensen met een lichamelijke beperking.

Ten tijde van de verslaglegging zijn de interviews nog niet afgerond van de groep mensen met somatische aandoeningen.

Onder de groep geïnterviewden zijn 2 mensen met niet aangeboren hersenletsel (NAH).

Er zijn 3 mensen die (deels of geheel) gebruik maken van een PGB.

Het bleek lastig om ouderen met extramurale begeleiding bereid te vinden om een interview te geven, ondanks het inschakelen van familie, vertegenwoordigers en mantelzorgers en intermediairs, zoals ouderenbonden, cliëntenraden in de ouderenzorg, gehandicaptenplatform en Wmo-raad. Als reden werd vaak genoemd dat deze ouderen niet in staat zijn om aan een persoonlijk interview mee te werken. Kijkend naar de cijfers zijn er (maar) 190 ouderen met een indicatie extramurale begeleiding. De kandidaten die beschikbaar waren, bleken alleen een indicatie huishoudelijke verzorging via de Wmo, ZZP, of alleen AWBZ Persoonlijke Verzorging te hebben. Er lopen nog gerichte acties om het aantal geïnterviewden aan te vullen.

3.2 Deelnemers aan de (focus)bijeenkomst

Er waren 12 deelnemers uit verschillende organisaties, Platform Armoedebestrijding **Doetinchem** (PAD), World, Cliëntengroep Ouderen (werkgroep van ouderenbonden), Cliëntengroepen rondom autisme, Onderling Sterk/Sociale Raad, de gemeente, Buurtzorg Doetinchem, Sociale Raad, Zorgboerderij Boerentroef, Zorgbelang Gelderland en AVI-adviseur.

3.3 Clientpopulatie

In 2013 zijn er 945 cliënten⁴⁸ met een indicatie voor extramurale AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf in Doetinchem. Er zijn 1.950 indicaties voor extramurale AWBZ zorg toegekend aan inwoners van Doetinchem⁴⁹.

De verdeling van de 945 cliënten op basis van grondslag is als volgt:

32% volwassenen met psychische/psychiatrische aandoeningen,

25% volwassenen met somatische aandoeningen,

19% volwassenen met een verstandelijke handicap (18 jaar en ouder),

12% jongeren met een verstandelijke handicap (0-17 jaar)⁵⁰,

11% mensen met een lichamelijke handicap (alle leeftijden),

2% mensen met een zintuiglijke handicap (alle leeftijden).

⁴⁷ Er worden nog 9 interviews afgenomen.

⁴⁸ Bron: Basisrapportage AWBZ gemeente Doetinchem per 1 juli 2013, CIZ.

⁴⁹ Het aantal cliënten is lager dan het aantal indicaties, want sommige cliënten maken gebruik van meerdere functies.

⁵⁰ In dit onderzoek richten we ons op cliënten die in 2015 18 jaar of ouder zijn. De exacte aantallen jeugdigen van 16 en 17 jaar met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking (met een indicatie van het CIZ) of met psychische/psychiatrische aandoening (met een indicatie van Bureau Jeugdzorg) zijn onbekend.

Er zijn 210 intramurale indicaties voor GGZ toegekend, allemaal ZPP GGZ C.

In 2013 zijn er 1.700 indicaties toegekend voor extramurale AWBZ functies die niet overgaan naar de gemeente, zoals Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep en Behandeling Individueel, maar die wel in combinatie met extramurale begeleiding voorkomen⁵¹.

Van de cliënten met een indicatie voor extramurale AWBZ zorg heeft 82% zorg in natura, 16% organiseert en betaalt zelf de zorg met een PGB en 2% heeft een combinatie van beiden.

3.4 Huidige Wmo en inspraakorganen

Wmo-loket en Wmo-beleid

In Doetinchem wordt gewerkt met het Zorgplein. Mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben kunnen met hun vraag terecht bij het Zorgplein. Wanneer zij een probleem of een vraag melden wordt er een afspraak gemaakt voor het Gesprek. Dit gesprek vindt zoveel mogelijk bij de cliënt thuis plaats. In het Gesprek komen alle levensdomeinen aan bod. Bij het zoeken naar individuele oplossingen staan de eigen kracht en het eigen netwerk van de cliënt voorop. Het gesprek is het uitgangspunt voor cliënten die een aanvraag in het kader van de Wmo willen indienen. Het vigerende Wmo-beleid is omschreven in de nota Wmo beleidsplan 2012-2015 *'Iedereen doet mee'*. Kernpunten hierin zijn: empowerment, gemeenschapszin en nabijheid.

Inspraakorganen

De Sociale Raad is een adviesraad voor het college van burgemeester en wethouders. De Sociale Raad bestaat sinds de invoering van de Wmo. Het belangrijkste doel van de Sociale Raad is het behartigen van de belangen van inwoners die te maken hebben met de Wmo. De Sociale Raad vertegenwoordigt de volgende cliëntgroepen: ouders van kinderen met een beperking, mensen met een verstandelijke beperking, ouderen, vrijwilligers, mantelzorgers, allochtonen, geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang, verslavingszorg, jongeren, wijk- en dorpsraden, werk en inkomen, armoedebestrijding. Vanuit iedere cliëntgroep zit één afgevaardigde in de Sociale Raad die de belangen van de eigen achterban behartigt. De cliëntgroepen werken binnen de raad samen met het doel om de gemeenschappelijke belangen te behartigen binnen de gemeente Doetinchem. Denk daarbij bijvoorbeeld aan thema's waarmee ouderen te maken krijgen of aan het werk van de Wmo-winkel. Bij het uitbrengen van adviezen gelden de verschillende cliëntgroepen altijd als uitgangspunt. De cliëntgroepen hebben ook tot taak het signaleren van problemen uit de maatschappij en hierover te adviseren. Hierbij kan het gaan om gevraagd én ongevraagd advies. Daarnaast volgt de Sociale Raad kritisch de uitvoering van het vastgestelde beleid. Het is dus de taak van de Sociale Raad om te bekijken hoe het beleid in de praktijk uitpakt voor de verschillende groepen. De Sociale Raad vergadert ongeveer iedere maand. Deze vergaderingen zijn openbaar.

3.5 Samenwerkingsverbanden

De gemeente Doetinchem vervult de rol van centrumgemeente voor wat betreft de uitvoering van de Maatschappelijke Opvang en Verslavingsbeleid (1994) voor de (8) gemeenten in de Achterhoek. Op het gebied van de Wmo valt Doetinchem onder de samenwerkingsregio Achterhoek samen met 7 andere gemeenten, te weten; Aalten, Bronckhorst, Montferland, Oude IJsselstreek, Berkelland, Oost Gelre en Winterswijk.

⁵¹ Cliënten met deze zorg zijn alleen geïnterviewd wanneer zij ook gebruik maken van AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf.

3.6 Voorbereiding op de decentralisatie van de AWBZ en pilots

De plannen om te komen tot herijking van het sociaal domein zijn vastgelegd in de nota 'De Doetinchemse keuze'. Hierin wil de gemeente de zorg voor burgers eenvoudiger organiseren, met behulp van buurtcoaches, met medewerking van zorginstellingen en 'voor hetzelfde geld', waarbij we binnen de gestelde budgettaire kaders willen blijven..

Toegang

Een inwoner kan zelf bepalen waar hij of zij aanklopt. De inwoner kan naar de gemeente bellen, een formulier op een goed toegankelijke website invullen, e-mail zenden of een brief sturen. De inwoner kan met zijn of haar vraag ook naar de balies in het Zorgplein of Werkplein. In de wijk kan de inwoner terecht bij de buurtcoach. Maar ook bij de wijkverpleegkundige, de huisarts, jeugdarts of bij voorbeeld de kinderarts. Met deze partijen zoeken we afstemming en zorgen we ervoor dat een inwoner altijd 'aan het goede loket is'. Als de vraag binnen is, vindt er een filtering plaats. Is het een eenvoudig of enkelvoudig probleem of is er meer aan de hand? Is een vraag complex, dan wordt er veelal doorgeleid naar de buurtcoach. Om te bepalen of er doorgeleid moet worden naar de buurtcoach, wordt vaak een Quickscan gebruikt. Deze scan helpt meervoudige problematiek te signaleren.

Buurtcoach

In Doetinchem is gekozen om de buurtcoach een belangrijke rol te geven. De buurtcoaches zijn al ruim een jaar **actief in de wijken de Huut en Overstegen**. De buurtcoach is er primair voor de zorg voor huishoudens en het helpen oplossen van problemen door eigen kracht en inschakeling van netwerken. De gemeente stuurt de buurtcoach direct aan.

De buurtcoach heeft de regie vanuit de gedachte '1 plan, 1 huishouden, 1 regisseur'. Zo coördineert hij de zorg voor een huishouden. De buurtcoach is in veel gevallen de schakel naar de specialistische zorg. Dit aanbod van specialistische zorg doet hij niet zelf maar koopt hij in. De kennis en kunde uit deze zogenaamde 2e lijn organiseert men in centraal of regionaal. De exacte positionering van de buurtcoach is onderdeel van de implementatiefase.

Financiering

Het uitgangspunt is dat dit alles wordt georganiseerd binnen de budgetten die men hiervoor van het Rijk krijgt en de budgetten die nu binnen de gemeente worden uitgegeven. Deze middelen worden zo ver als mogelijk ontschot ingezet als het Rijk dat toestaat. Met het voorgestelde model haalt Doetinchem een groot deel van de perverse prikkels weg, zo is de verwachting. De gemeente wil de budgetten voor collectieve 0e en 1e lijn voorzieningen zoveel mogelijk wijkgericht inzetten. Verder is nog geen keuze gemaakt tussen populatie gebonden budgetten of voor specialistische, 2e lijn voorzieningen.

Externe partijen

De gemeente vraagt van externe partijen (instellingen en organisaties) mee te werken aan de omslag naar buurtcoaches en dit mede vorm te geven. De externe partijen moeten specialistische zorg leveren en in staat te zijn om op individueel huishouden niveau op contractbasis afspraken met de gemeente te maken. Aan externe partijen wordt gevraagd mee te werken aan een optimale verbinding naar de specialistische zorg. Ze leveren consultatie en dragen zorg voor behoud van expertise.

De gemeente heeft recent overleg gehad met aanbieders om de denkrichting te bepalen op welke wijze er gewerkt zal worden). Dit wordt uitgewerkt in een beleidsnotitie die in maart 2014 naar de Sociale Raad en gemeenteraad gestuurd zal worden. Voor de zomer moet de besluitvorming plaats vinden.

Enkele zaken zijn al bekend:

- Naar alle waarschijnlijkheid wordt er in Doetinchem voor gekozen om huishoudelijke hulp als maatwerkvoorziening aan te bieden en niet als Algemene voorziening.
- Vanaf 2015 zullen alle cliënten met een extramurale indicatie door de gemeente worden uitgenodigd om hun situatie in kaart te brengen. Men zal starten met inwoners met een relatief lichte indicatie. Er wordt voor gekozen om de meest kwetsbare niet als eerste te benaderen.
- De Algemene voorzieningen wil men gefaseerd gaan invoeren.

Pilots en transformatie

In het voorjaar van 2013 heeft de gemeente het 'Participatieonderzoek' laten uitvoeren. Bij dit onderzoek werd onder meer gekeken naar de belasting van mantelzorgers. Hieruit blijkt dat er nog maar weinig extra taken naar mantelzorgers geschoven kunnen worden. Uit het onderzoek komt naar voren dat er sprake is van vraagverlegenheid. In veel wijken wonen alleen ouderen en men doet geen beroep op de buurvrouw omdat die zelf al ondersteuning krijgt. Kinderen wonen elders in het land. Doetinchem maakt deel uit van een regio waar jongeren wegtrekken. In de Vinex wijken wonen jonge gezinnen en de ouders zijn bijna allemaal overdag aan het werk. Doetinchem wil zich inzetten voor de maatschappelijke opgave om groepen in te zetten die zelf ook gebruik maken van ondersteuning.

3.7 Omvang en bevolkingssamenstelling

De gemeente heeft 56.238 inwoners⁵². Met een oppervlakte van 79,07 km² (waarvan 0,57 km² water) is Doetinchem de dichtstbevolkte gemeente van de Achterhoek.

De bevolkingsopbouw is gemiddeld qua leeftijd; er wonen minder niet-westerse allochtonen (5,7%) dan gemiddeld in Nederland⁵³. De bevolking is voor ruim veertig procent van protestantse signatuur en voor een vrijwel gelijk deel van rooms-katholieke afkomst. Voor de rest bestaat de gemeente onder andere uit onkerkelijken en moslims.

Op 1 januari 2005 is de gemeente Wehl opgeheven en aan de gemeente Doetinchem toegevoegd. Ook werd het Zelhemse Broek bij de gemeente gevoegd.

3.8 Bestuur en politiek

Het college van burgemeester en wethouders bestaat in 2013 uit een coalitie van 3partijen⁵⁴: CDA, PvdA en VVD. Er zijn 4 wethouders. Een wethouder van de PvdA heeft de dossiers 'Volksgezondheid' en 'Zorg en Welzijn' in zijn portefeuille. De gemeenteraad telde 31 leden en 11 fracties⁵⁵.

⁵² Bron: gemeente Doetinchem

⁵³ Bron: CBS StatLine, Zorgatlas.

⁵⁴ In alfabetische volgorde.

⁵⁵ Bron: www.doetinchem.nl

4 Gemeente Eindhoven

4.1 Geïnterviewden

Er zijn 20 mensen geïnterviewd:

- 7 mensen met psychische/psychiatrische problematiek,
- 5 (oudere) mensen met somatische aandoeningen,
- 5 mensen met een verstandelijke beperking,
- 2 mensen met een lichamelijke beperking,
- 1 persoon met een visuele beperking.

Onder de groep geïnterviewden:

- is 1 persoon met niet aangeboren hersenletsel en
 - 2 mensen met meervoudige aandoeningen.
- Er zijn 5 mensen die (deels of geheel) gebruik maken van een PGB.

4.2 Deelnemers aan de (focus)bijeenkomst

Er waren 19 deelnemers uit verschillende organisaties: de gemeente (ambtenaar) Overleg Allochtonen en Autochtonen Eindhoven (OVAA), GGD, mantelzorgsteunpunt, WIJ Eindhoven, MEE, KansPlus, Ouderenbond, GGZ Eindhoven, Zorgbelang Brabant en AVI-adviseur.

4.3 Cliëntenpositie

In 2013 zijn er 3.015 cliënten⁵⁶ met een indicatie voor extramurale AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf in Eindhoven. Er zijn 6.415 indicaties voor extramurale AWBZ zorg toegekend aan inwoners van Eindhoven⁵⁷.

De verdeling van de 3.015 cliënten op basis van grondslag is als volgt:

- 43% volwassenen met psychische/psychiatrische aandoeningen,
- 18% volwassenen met somatische aandoeningen,
- 19% volwassenen met een verstandelijke handicap (18 jaar en ouder),
- 10% jeugdigen met een verstandelijke handicap (0-17 jaar)⁵⁸,
- 8% mensen met een lichamelijke handicap (alle leeftijden),
- 2% mensen met een zintuiglijke handicap (alle leeftijden).

Er zijn 925 intramurale indicaties voor GGZ toegekend, waarvan 625 ZZPC.

In 2013 zijn er 5.195 indicaties voor extramurale AWBZ functies die niet overgaan naar de gemeente, zoals Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep en behandeling Individueel, maar die wel in combinatie met extramurale begeleiding voorkomen⁵⁹.

⁵⁶ Het aantal cliënten is lager dan het aantal indicaties, want sommige cliënten maken gebruik van meerdere functies.

⁵⁷ Bron: Basisrapportage AWBZ zorg Eindhoven per 1 juli 2013, CIZ.

⁵⁸ In dit onderzoek richten we ons op cliënten die in 2015 18 jaar of ouder zijn. De exacte aantallen jeugdigen van 16 en 17 jaar met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking (met een indicatie van het CIZ) of met psychische/psychiatrische aandoening (met een indicatie van Bureau Jeugdzorg) zijn onbekend.

⁵⁹ Cliënten met Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep of Behandeling Individueel, deze zorg zijn alleen geïnterviewd wanneer zij ook gebruik maken van AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf.

Van de cliënten met een indicatie voor extramurale AWBZ zorg heeft 80% zorg in natura, 17% organiseert en betaalt de zorg zelf met een PGB en 3% heeft een combinatie van beiden.

4.4 Huidige Wmo en inspraakorganen

Wmo-loket en Wmo-beleid

Inwoners krijgen eerst informatie over het kantelingsprincipe alvorens zij via regelhulp een formulier kunnen invullen dat door een Wmo-ambtenaar wordt beoordeeld. De ambtenaar gaat eerst na wat men op eigen kracht nog kan en hoe mensen in de directe omgeving de zorgvrager hierbij (kunnen) helpen. Dan wordt bekeken of en hoe vrijwilligers(diensten) of collectieve voorzieningen in de wijk een bijdrage kunnen leveren. Om antwoord te krijgen op deze vragen, wordt een telefonisch gesprek gevoerd over: de leefsituatie, de gezondheid, het huishouden, de persoonlijke verzorging, de mogelijkheden om zich te verplaatsen in en buiten het huis, contact met andere mensen en de activiteiten buitenshuis. Pas als uit dit gesprek blijkt dat de vrager het meest gebaat is bij een Wmo-voorziening, kan men in aanmerking komen voor verplaatsmiddelen en/of een voorziening voor wonen, vervoer of hulp bij het huishouden.

Het Wmo-beleid was omschreven in de nota 'Samen Sterk in Eindhoven' (2008-2011). Daarna maakte Eindhoven geen apart Wmo-beleidsplan. Er is een integraal Wmo-beleidsplan 2012-2015, waarin de gemeente inzet op 'samenkracht' in het sociale domein. Dat betekent dat er niet alleen geïnvesteerd wordt in de eigen kracht van bewoners en een andere manier van werken van de professional, maar dat er ook veel aandacht is voor de informele netwerken, zelfhulpgroepen en inzet van ervaringsdeskundigen in de wijken. Eindhoven kantelt niet alleen bij de compensatieplicht van de Wmo. De gemeente wil in het gehele sociale domein kantelen. Dat betekent professionals op hoofdlijnen, een financiering op resultaten in plaats van op aangeboden voorzieningen, een heldere sociale kaart en toegankelijke plekken in de wijk waar mensen elkaar kunnen ontmoeten.

Inspraakorganen

Er is een Wmo-raad bestaande uit vier leden en een commissiesecretaris. Vergaderingen van de Wmo-raad zijn openbaar. De gemeenteraad heeft recent besloten om de Wmo-raad met ingang van 1 januari 2015 op te heffen. De gemeenteraad is van mening dat als de decentralisaties een feit zijn een belangrijke opdracht van de Wmo-raad is uitgevoerd. De komende periode kan de Wmo-raad nog adviezen uitbrengen.

Daarnaast krijgt cliëntenparticipatie binnen het sociaal domein vorm door middel van structureel overleg met de participatiecommissie en de Cliëntenraden Werkvoorziening Sociale Werkplaats (WSW) en Sociale Zaken (SZ).

4.5 Samenwerkingsverbanden

De gemeente Eindhoven is centrumgemeente voor wat betreft de uitvoering van de Maatschappelijke Opvang en Verslavingsbeleid (1994) voor de gemeenten Bergeijk, Best, Bladel, Cranendonck, Eersel, Eindhoven, Geldrop-Mierlo, Heeze-Leende, Nuenen, Gerwen, Nederwetten, Oirschot, Reusel-De Mierden, Son en Breugel, Valkenswaard, Veldhoven, Waalre.

Op het gebied van de Wmo valt Eindhoven onder het samenwerkingsverband Zuidoost Brabant, samen met 14 andere gemeenten. Deze gemeenten vormen een Wmo regio; samen met de Peelgemeenten (6 gemeenten) vormen zij het samenwerkingsverband Zuidoost Brabant.

4.6 Voorbereiding op de decentralisatie van de AWBZ en pilots

In februari 2014 heeft de Wmo-raad advies gegeven over WIJeindhoven en de decentralisaties. Centraal staat het versterken van de sociale basis door te investeren in sociale basisvoorzieningen, eigen kracht en samenkracht (informele zorg). Hierdoor verwacht de gemeente minder instroom in de (dure) 2e lijns voorzieningen. De gemeente wil zoveel mogelijk integraal/verbinden van bijvoorbeeld de drie decentralisaties en wil hiermee besparingen bereiken. De gemeente wil ook zorgcontinuïteit: er blijft ondersteuning voor inwoners die dit nodig hebben. Eindhoven wil zo min mogelijk regels. De gemeente gaat er vanuit dat er weinig 2^e lijn ondersteuning nodig is, als de basis (0^e en de 1^e lijn) op orde is. Mensen zouden meer samen moeten doen. Het is niet de bedoeling dat er per doelgroep wordt ingekocht, ondersteuning wordt aangeboden, maar per ondersteuningsvraag. De vraag is uitgangspunt. De opvatting van de gemeente is: Het kan echt anders, en dat is nog goedkoper ook.

Pilots en transformatie

Eindhoven heeft WIJeindhoven gekozen als 'landingsbaan' voor de decentralisaties. Met WIJeindhoven zet de stad in op grote veranderingen in het sociale domein. Als mensen vragen of ideeën hebben, zoeken zij hun antwoorden eerst dichtbij huis in de buurt. De basis in de buurt moet dus op orde zijn al kan deze basis per buurt verschillen. Als iemand echt specialistische ondersteuning nodig heeft, is deze in de stad beschikbaar bij kwalitatief hoogwaardige instellingen. Met veel vragen en ideeën kunnen mensen zo nodig ook terecht bij de generalisten van de teams van WIJeindhoven. Zij zijn dichtbij in de buurt en kunnen ondersteunen op alle onderdelen van het sociale domein zoals wonen, leven in de buurt, werk, sport, zorg en welzijn.

De afgelopen jaren zijn WIJeindhoventeams gestart in een aantal stadsdelen. Het is een groeimodel naar in totaal 10 teams die op 1 januari 2015 de gehele stad bedekken.

4.7 Omvang en bevolkingssamenstelling

De gemeente heeft 212.342 inwoners⁶⁰ en is qua bevolkingssomvang de 5^e grootste gemeente van Nederland. Er wonen relatief minder 45-65 jarigen (25%) en meer niet-westerse allochtonen (16,9%) dan gemiddeld in Nederland⁶¹. Eindhoven behoort tot de dichtstbevolkte gebieden van Nederland. Eindhoven heeft zich ontwikkeld uit een middeleeuwse stad en vijf omliggende dorpen: Woensel, Gestel, Stratum, Strijp en Tongelre. Het huidige Eindhoven is het resultaat van een historische ontwikkeling, die ondanks ingrijpende veranderingen voor een groot deel nog steeds het karakter van de stad bepaalt.

4.8 Bestuur en politiek

Het college van burgemeester en wethouders bestaat in 2013 uit een coalitie van 4 partijen:⁶² D66, Groen Links, PvdA en VVD. Een wethouder van de GroenLinks heeft de dossiers 'Welzijn / Wmo', 'Armoedebeleid', 'Gezondheidszorg', 'Jeugdbeleid en onderwijs' in haar portefeuille. De gemeenteraad telde 45 leden en 10 fracties⁶³.

⁶⁰ Bron: Feiten en cijfers, 1 oktober 2013

⁶¹ Bron: CBS StatLine, Zorgatlas.

⁶² In alfabetische volgorde.

⁶³ Bron: www.eindhoven.nl

5 Gemeente Haren

5.1 Geïnterviewden

Er zijn 20 mensen geïnterviewd:

- 3 mensen met psychische/psychiatrische aandoeningen,
- 6 (oudere) mensen met somatische aandoeningen,
- 3 mensen met een verstandelijke beperking,
- 7 mensen met een lichamelijke beperking,
- 1 persoon met een visuele beperking.

Onder de groep geïnterviewden zijn:

- 3 mensen met niet aangeboren hersenletsel en
- 2 mensen met meervoudige aandoeningen.

Er zijn 7 mensen die (deels of geheel) gebruik maken van een PGB.

In Haren was het lastig om cliënten te vinden in de ggz. Er zijn 90 cliënten met psychische/psychiatrische aandoeningen in Haren die gebruik maken van extramurale AWBZ begeleiding.

5.2 Deelnemers aan de (focus)bijeenkomst

Er waren 13 deelnemers: Wmo-raad, de gemeente (ambtenaar), PCOB (ouderenbond), Zorgboerderij de Mikkelhoorst, stichting NOVO (instelling voor (verstandelijk) gehandicaptenzorg en dienstencentrum), Zorgbelang Groningen, Torion (vrijwilligers- en welzijnsorganisatie) en AVI-adviseur.

5.3 Cliëntpopulatie

In 2013 zijn er 255 cliënten⁶⁴ met een indicatie voor extramurale AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf in Haren. Er zijn 635 indicaties voor extramurale AWBZ zorg toegekend aan inwoners van Haren⁶⁵.

De verdeling van de 255 cliënten op basis van grondslag is als volgt:

- 37% volwassenen met psychische/psychiatrische aandoeningen,
- 22% volwassenen met somatische aandoeningen,
- 14% volwassenen met een verstandelijke handicap (18 jaar en ouder),
- 10% jeugdigen met een verstandelijke handicap (0-17 jaar)⁶⁶,
- 12% mensen met een lichamelijke handicap (alle leeftijden),
- 4% mensen met een zintuiglijke handicap (alle leeftijden).

Er zijn 15 intramurale indicaties voor GGZ toegekend allemaal GGZ ZZPC.

⁶⁴ Bron: Basisrapportage AWBZ zorg gemeente Haren per 1 juli 2013, CIZ.

⁶⁵ Het aantal cliënten is lager dan het aantal indicaties, want sommige cliënten maken gebruik van meerdere functies.

⁶⁶ In dit onderzoek richten we ons op cliënten die in 2015 18 jaar of ouder zijn. De exacte aantallen jeugdigen van 16 en 17 jaar met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking (met een indicatie van het CIZ) of met psychische/psychiatrische aandoening (met een indicatie van Bureau Jeugdzorg) zijn onbekend.

In 2013 zijn er 560 indicaties voor andere extramurale AWBZ functies die niet overgaan naar de gemeente, zoals Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep en Behandeling Individueel, maar die wel in combinatie met extramurale begeleiding voorkomen⁶⁷.

Van de cliënten met een indicatie voor extramurale AWBZ zorg heeft 77% zorg in natura, 21% organiseert en koopt zelf zorg in met een PGB en 2% heeft een combinatie van beiden.

5.4 Huidige Wmo en inspraakorganen

Wmo-loket en Wmo-beleid

Haren heeft Het Lokaal Loket Haren. Dit is het informatiepunt waar inwoners terecht kunnen voor informatie, advies en ondersteuning op het gebied van wonen, welzijn en zorg.

Inwoners wordt verwezen naar de Wmo formulieren van de gemeente, waarmee men voorzieningen kan aanvragen. Naast de 9 traditionele presentatievelden kent men in Haren een 10e prestatieveld: 'Aangepast wonen en wonen met zorg'.

Informatievragen over activiteiten, mantelzorg, vrijwilligerswerk, wonen en vele andere onderwerpen worden in het loket in een gesprek, telefonisch of digitaal beantwoord.

Het vigerende Wmo-beleid is omschreven in de 'Kadernotitie Wmo-beleid 2012-2015'.

Inspreekorganen

De Wmo-raad bestaat uit maximaal elf leden. Het is een onafhankelijk orgaan dat het college van burgemeester en wethouders gevraagd of ongevraagd advies geeft over alle zaken in de gemeente die met de 10 prestatievelden te maken hebben. Vergaderingen van de Wmo-raad zijn openbaar.

5.5 Samenwerkingsverband

Haren werkt betreffende de Wmo samen met 23 gemeenten in het samenwerkingsverband Groningen.

5.6 Voorbereiding op de decentralisatie van de AWBZ en pilots

In de 'Keuzenota transitie en transformatie sociaal domein' zijn de kaders geformuleerd waaraan het Wmo-beleid, de implementatie van de decentralisaties en de invulling van de bezuinigingen aan moeten voldoen. Deze nota is in januari 2014 vastgesteld door de gemeenteraad.

De missie van Haren is: sociaal en actief. De visie is: Iedere inwoner van Haren kan deelnemen en bijdragen aan de Harense samenleving. De gemeente geeft in de nota hoge prioriteit aan: ontmoeting, zelfredzaamheid, slim samenwerken, collectieve voorzieningen, vitaal ouder worden, lokaal werken, cultuurverandering en integrale aanpak. Het kader van die ambities is het bieden van een sociale infrastructuur waarbinnen alle inwoners van Haren kunnen participeren. De gemeente wil een kwalitatief goed en samenhangend basispakket aan individuele voorzieningen voor hen die dat nodig hebben. En samenhang in wonen, welzijn en zorg. De gemeente Haren stimuleert initiatieven die leiden tot lokale vraaggerichte ondersteuning voor alle doelgroepen in het sociaal domein. Daarbij worden principes van de kanteling, welzijn nieuwe stijl en de participatieladder geïmplementeerd.

Deze veranderingen zijn al ingezet en ook merkbaar voor burgers.

⁶⁷ Cliënten met Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep en Behandeling Individueel zijn alleen geïnterviewd wanneer zij ook gebruik maken van AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf.

De gemeente is met verschillende lokale organisaties processen gestart die tot doel hebben met ingang van 2015 een lokale, vraaggerichte ondersteuningsstructuur te realiseren. Formele en informele zorg werken samen en geven invulling aan het kantelingsprincipe 'zo licht en dichtbij mogelijk'. De instellingen werken complementair aan elkaar; overlap wordt vermeden. De gemeente ontwikkelt samen met lokale partijen collectieve voorzieningen om een verschuiving van 2^e naar 1^e lijn en van 1^e naar 0^e lijn te organiseren. De nieuwe 0^e en 1^e lijns instelling zal hierin een belangrijke rol gaan spelen.

Alle partijen hebben hun eigen opvattingen over het hoe en het wat en hun eigen belangen in dit transitie- en transformatieproces. De gemeente neemt daarin de regie en geeft aan dat samenwerking met partijen, al dan niet gedwongen, kan worden beëindigd.

Binnenkort vinden de eerste gesprekken plaats over de Wmo-verordening met de Wmo-raad waarna deze aan de nieuwe gemeenteraad zal worden aangeboden. Nu wordt gewerkt aan de toegang. Daarna zal een communicatieplan worden opgesteld.

Pilots en transformatie

De Kanteling nieuwe stijl

De gemeente werkt bij de transitie samen in de provincie Groningen met 23 gemeenten in een functioneel model. Er wordt sinds enige tijd al gewerkt volgens het principe van 'De kanteling nieuwe stijl'. Wat kan, wil men lokaal oppakken, wat moet regionaal of provinciaal. Er zijn verschillende werkgroepen actief op het gebied van vervoer, kwaliteit, contact met zorgverzekeraar, speciale doelgroepen, continuïteit arrangement en het overgangsrecht.

De volgende stappen zijn in dit proces al gezet:

- Alle afspraken met mensen met een geldige indicatie tot 2016 zullen worden gecontinueerd.
- Huishoudelijke hulp wordt 40% gekort.
- Aanbieders wordt gevraagd om gezamenlijk met een plan te komen hoe zij continuering van zorg kunnen waarborgen, rekening houdend met kwaliteit, en met de lagere tarieven. Zij komen met een gezamenlijk plan voor bijvoorbeeld arbeidsmatige dagbesteding. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor aanbieders op het gebied van ouderenzorg; aan hen is gevraagd met een gezamenlijk plan van aanpak te komen.
- Waar mogelijk wordt samengewerkt met mensen die vanuit een WWB situatie een tegenprestatie kunnen leveren, bijvoorbeeld tuinonderhoud bij ouderen. Recent is een was- en strijkservice opgezet en wordt de was niet meer door de huishoudelijke hulp gedaan. Voor wie wel gebruik wil blijven maken van deze service, heeft de gemeente Haren in samenwerking met de organisatie voor (thuis)zorg, zonen en welzijn (ZINN) en de NOVO een was- en strijkservice opgezet (tevens een vorm van arbeidsmatige dagbesteding).
- De gemeente zal individuele begeleiding centraal gaan inkopen en denkt dat het mogelijk moet zijn om slimmer met elkaar te kunnen werken. Gedacht wordt aan een wijkgericht aanbod en aan populatie gebonden financiering.

Inwoners zijn geïnformeerd over de veranderingen via een algemene folder '*Alle vragen over zorg straks via de gemeente*' en de website www.zorginharen.nl

Wijkteam

De pilot met Team52, het wijkteam voor Haren West wordt uitgebreid naar de rest van de gemeente. In het wijkteam zaten medewerkers van onder andere Torion (vrijwilligers en welzijnsorganisatie) en Noordermaat (maatschappelijk werk). Er zal een wijkteam komen voor heel Haren waarin MEE, Wmo consulent, Bureau Jeugdzorg (BJZ) en de wijkverpleegkundige in zitten. De leden van het wijkteam hebben in de transformatie een cruciale rol. Een rol waar zij in moeten groeien en waar ruimte voor nodig is. Om verder te groeien in hun rol, wordt de pilot met het wijkteam afgesloten.

In Haren wordt het wijkteam met ingang van 1 november 2014 dé centrale toegang voor alle inwoners

die ondersteuning nodig hebben; dit wordt één integraal wijkteam. Het wijkteam krijgt een groter aanbod en complexere casuïstiek. In het projectplan 'De toegang' is het ontwikkelingsproces voor het komende half jaar beschreven. Sinds januari 2014 is de website www.zorginharen.nl online.

Mikkelhorst

Mikkelhorst is een zorgboerderij waar mensen vanuit verschillende achtergrond werken en dagbesteding krijgen: zowel mensen met detentieachtergrond, cliënten van Wet Werk en Bijstand (WWB), mensen met psychische/psychiatrische aandoeningen, mensen met licht verstandelijke beperking (LVG) en niet aangeboren hersenletsel. De deelnemers werken geïntegreerd en iedereen vanuit eigen kracht. De boerderij heeft bijvoorbeeld ook een theehuis en doet tuinonderhoud bij ouderen, bejaardenhuis enz.

5.7 Omvang en bevolkingssamenstelling

De gemeente Haren telt op 1 januari 2014 18.790⁶⁸ inwoners. De gemeente beslaat een oppervlakte van 50,70 km² (waarvan 4,10 km² water) en is daardoor een van de dunst bevolkte gebieden van Nederland. Er wonen relatief veel mensen ouder dan 65 jaar (26%) en weinig niet-westerse allochtonen (3,1%)⁶⁹.

De gemeente Haren bestaat uit meerdere dorpen: het gelijknamige Haren, Onnen, Glimmen en Noordlaren. De gemeente Haren ligt direct ten zuidoosten van de stad Groningen. Mede door die ligging is het een typische forensengemeente.

5.8 Bestuur en politiek

Het college van burgemeester en wethouders bestaat in 2013 uit een coalitie van 4 partijen:⁷⁰ Groen Links/ChristenUnie, PvdA en VVD. De wethouder van de VVD heeft de dossiers 'Welzijn en Zorg' in zijn portefeuille. De gemeenteraad van Haren telde 17 leden en 8 fracties.

⁶⁸ Bron: CBS StatLine, Zorgatlas.

⁶⁹ Bron: CBS StatLine, Zorgatlas.

⁷⁰ In alfabetische volgorde.

6 Gemeente Harlingen

6.1 Geïnterviewden

Er zijn 22 mensen geïnterviewd:

9 mensen met psychische/psychiatrische problematiek, waaronder 2 met een GGZ ZZPC,
6 (oudere) mensen met somatische aandoeningen,
4 mensen met een verstandelijke beperking en
3 mensen met een lichamelijke beperking.

Onder de geïnterviewden zijn:

4 mensen met niet aangeboren hersenletsel en
5 mensen met meervoudige aandoeningen waarvan 1 tevens een visuele beperking.
Er is 1 persoon die alleen gebruik maakt van Persoonlijke Verzorging en Verpleging.
Er zijn 6 mensen die (deels of geheel) gebruik maken van een PGB.

6.2 Deelnemers aan de (focus)bijeenkomst

Er waren 19 deelnemers uit de volgende organisaties: gemeente (wethouder en ambtenaar), de Koepel Wmo-raad Noordwest Fryslân, lokale Wmo-raden (Leeuwarderadeel), Zorggroep Kardan, Palet, Talant, J.P. van den Bent, MindUp/GGZ Friesland, Thuiszorg Het Friesland (instellingen en zelfstandige ondernemers voor ggz, verstandelijk gehandicaptenzorg, ouderenzorg, thuiszorg, verzorging en verpleging), De Skûle Welzijn (welzijnswerk), Ouderenwerk gemeente Harlingen, Aanzet (stichting voor zelfsturende teams), MEE Friesland, Zorgbelang Friesland, De Friesland (zorgkantoor/zorgverzekeraar) en AVI-adviseur.

6.3 Cliëntpopulatie

In 2013 zijn er 250 cliënten⁷¹ met een indicatie voor extramurale AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf in Harlingen. Er zijn 590 indicaties voor extramurale AWBZ zorg toegekend aan inwoners van Harlingen⁷².

De verdeling van de 250 cliënten op basis van grondslag is als volgt:

41% volwassenen met psychische/psychiatrische aandoeningen,
14% volwassenen met somatische aandoeningen,
22% volwassenen met een verstandelijke handicap (18 jaar en ouder),
12% jeugdigen met een verstandelijke handicap (0-17 jaar)⁷³,
10% mensen met een lichamelijke handicap (alle leeftijden),
geen mensen met een zintuiglijke handicap.

Er zijn 25 intramurale indicaties voor GGZ toegekend, waarvan 15 GGZ ZZPC.

⁷¹ Bron: Basirapportage AWBZ zorg Harlingen per 1 juli 2013, CIZ.

⁷² Het aantal cliënten is kleiner dan het aantal indicaties, want sommige cliënten maken gebruik van meerdere functies.

⁷³ In dit onderzoek richten we ons op cliënten die in 2015 18 jaar of ouder zijn. De exacte aantallen jeugdigen van 16 en 17 jaar met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking (met een indicatie van het CIZ) of met psychische/psychiatrische aandoening (met een indicatie van Bureau Jeugdzorg) zijn onbekend.

In 2013 zijn er 520 indicaties voor extramurale AWBZ functies die niet overgaan naar de gemeente, zoals Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep en Behandeling Individueel, maar die wel in combinatie met extramurale begeleiding voorkomen⁷⁴.

Van de cliënten met een indicatie voor extramurale AWBZ zorg heeft 83% zorg in natura, 15% organiseert en betaalt zelf de zorg met een PGB en 2% heeft een combinatie van beiden.

6.4 Wmo-beleid en inspraakorganen

Wmo-loket en Wmo-beleid

De Wmo in Harlingen wordt uitgevoerd gezamenlijk met 7 andere gemeenten (Het Bildt, Ferwerderadiel, Franekeradeel, Leeuwarderadeel, Menameradiel, Terschelling en Vlieland) in de Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid Noardwest Fryslân. De Dienst fungeert namens alle gemeenten als informatiepunt over de Wmo. Burgers kunnen bij de Wmo-adviseur van deze organisatie terecht met vragen op het gebied van wonen, welzijn en zorg, voor het aanvragen van Wmo voorzieningen en sociale zekerheid (werk en inkomen). De Wmo-adviseur kan de hulpvraag vertalen naar passende oplossingen of antwoorden.

Het vigerende Wmo-beleid is door de Dienst SoZaWe NWF opgesteld; dit beleid dekt een beperkt deel van het totale Wmo-beleid met 9 prestatievelden.

Inspreekorganen

De Sociale Dienst N/W Fryslân heeft een Wmo-adviesorgaan, de Koepel Wmo Cliëntenparticipatie N/W Fryslân. Dit is een onafhankelijke cliëntenraad die de belangen behartigt van de mensen die een beroep doen op de Wmo in deze 8 gemeenten. Deze is gericht op de van oudsher bekende prestatievelden. Zij doet dit door het beïnvloeden van het beleid van de Dienst ten gunste van de gebruikers van de Wet maatschappelijke ondersteuning. Vergaderingen van de Wmo-koepel zijn openbaar.

In Harlingen was er al geruime de intentie om een lokale Wmo-raad op te richten. De gemeente vindt dat de huidige structuren niet helemaal voldoen om zich zo compleet mogelijk te laten 'voeden'. Daarom is besloten om een adviesraad op te zetten voor het gehele sociale domein die de gemeenteraad gaat adviseren. De gemeente wil dat die adviesraad breed samengesteld is (ook met Leger des Heils, voedselbank etc.) en dat signalen vanuit de cliëntenkant hier laagdrempelig kunnen doorkomen. Ook vanuit mensen die zichzelf niet goed kunnen representeren.

6.5 Samenwerkingsverband

De gemeente Harlingen valt onder de gemeente Leeuwarden die de rol van centrumgemeente vervult voor wat betreft de uitvoering van de Maatschappelijke Opvang en Verslavingsbeleid (1994) voor alle gemeenten in de provincie Friesland.

6.6 Voorbereiding op de decentralisatie AWBZ en pilots

De gemeente Harlingen kiest voor een samenhangende aanpak voor het gehele sociale domein. Uitgangspunt hierbij is dat de vraag van de inwoner van gemeente Harlingen centraal staat. Daarbij wordt steeds de totale leefsituatie van mensen in ogenschouw genomen. Het zelf oplossend

⁷⁴ Cliënten met Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep en Behandeling Individueel zijn alleen geïnterviewd wanneer zij ook gebruik maken van AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf.

vermogen en aandacht hebben voor de mensen in een kwetsbare positie is belangrijk. Gemeente Harlingen start bij de mogelijkheden die haar inwoners zelf hebben. Inwoners zijn dus zelf verantwoordelijk voor het vinden van werk, voor het opvoeden van hun kinderen en voor het zelfredzaam zijn en het voeren van de eigen regie.

De gemeentelijke visie is neergelegd in 'De startnotitie Sociaal Domein 2013-2017'. Deze overall visie is uitgangspunt voor alle beleidsacties op het sociale domein in de komende jaren. De beoogde taakverzwaring in het sociale domein moet met minder middelen gestalte krijgen en vraagt om een nieuwe inrichting van het sociale domein waar met andere prikkels dan in het verleden meer ondersteuning én participatie moet worden gerealiseerd. Dat betekent een andere manier van denken en werken en een vernieuwing van de ondersteuning en niet alleen een transitie (wat moet er minimaal geregeld zijn om de nieuwe taken goed te kunnen uitvoeren).

De gemeente beoogt een lokale samenleving waarin alle Harlingers naar vermogen meedoen en kunnen participeren. Dit bij voorkeur op eigen kracht en waar nodig met ondersteuning op maat.

Ook bij de voorbereiding op de decentralisatie van AWBZ zorg werkt Harlingen samen in het NWF verband. Dit vraagt om een gezamenlijke visie en om samenwerkingsafspraken (bijvoorbeeld over inkoop van gedecentraliseerde AWBZ zorg) onder behoud van de lokale democratische verantwoordelijkheden. Harlingen wil de regie houden om de nieuwe Wmo optimaal te organiseren en -mochten er financiële tekorten komen- de besluitvorming daarover publiek te laten sanctioneren via de gemeenteraad.

De intergemeentelijke samenwerking is een ingewikkeld proces. Het vraagt een afbakening van wat er nodig is voor de eigen burgers en een zeker solidariteit voor de zorg aan specifieke kleine groepen, ook als die in een andere gemeente wonen. Ook zullen kleine gemeenten niet in staat zijn om de oplossing van complexe zorgvragen te bekostigen. Dat maakt het complex om samenwerkingsafspraken te maken. De gemeente Harlingen wil niet zonder meer overnemen wat er nu door zorgkantoren is gecontracteerd, want ze wil ook een transitie bewerkstelligen. De gemeente realiseert zich dat de besluitvorming hierdoor niet vlot verloopt en dit betekent dat het langer duurt voor er duidelijkheid komt.

Pilots en transformatie

Pilot uitkeringsgerechtigden

De gemeente maakt zich zorgen dat een aantal burgers met zorgvragen buiten het zicht van de gemeente zal blijven. Vooral mensen met psychiatrische problemen die zich niet laten zien of horen. Men wil meer zicht krijgen op de behoeften van deze groep en nagaan hoe de gemeente hen kan bereiken. Met name in het gemeentelijke bestand van mensen die langdurig uitkeringsgerechtigd zijn, lijkt de werkloosheid niet het enige knelpunt, maar lijkt sprake van meervoudige problematiek. De gemeente kan deze mensen slecht bereiken; zij reageren niet altijd op brieven en verzoeken. Er is daarom een pilot gestart, waarbij cliënten uit het 'granieten' bestand van de afdeling Sociale Zaken worden bezocht vanuit GGZ Friesland/MindUp.

6.7 Omvang en bevolkingssamenstelling

De gemeente Harlingen (incl. de dorpen Midlum en Wijnaldum) telt 16.542 inwoners⁷⁵; de stad zelf telt ongeveer 13.450 inwoners. De gemeente heeft een oppervlakte van 387,68 km², waarvan het meeste (361,08 km²) water en is daarmee niet heel dunbevolkt. Er wonen relatief veel mensen van 65 jaar en ouder (20%) en weinig niet-westerse allochtonen (3,7%)⁷⁶.

⁷⁵ Bron: I&O Research, bewerking van Demografische kerncijfers per gemeente 2012, CBS

⁷⁶ Bron: CBS StatLine, Zorgatlas.

6.8 Bestuur en politiek

Het college van burgemeester en wethouders wordt in 2013 gevormd door de burgemeester en 2 wethouders van buiten de raad. De eerste 2 jaar na de verkiezingen werd gewerkt met een coalitie van 6 partijen; vanaf 2013 met een coalitie van 7 partijen. Een van de wethouders heeft het dossier 'Zorg en welzijn' in zijn portefeuille. De gemeenteraad telde 17 leden en 9 fracties.

7 Gemeente Nederweert

7.1 Geïnterviewden

Er zijn 15 mensen geïnterviewd⁷⁷:

3 mensen met psychische/psychiatrische aandoeningen,

12 mensen met een verstandelijke beperking/ lichte verstandelijke beperking / een lichamelijke beperking.

Onder de geïnterviewden is 1 persoon die gebruik maakt van een PGB.

Het bleek lastig om ouderen bereid te vinden om een interview te geven, ondanks het inschakelen van familie, vertegenwoordigers en mantelzorgers van ouderen, ouderenbonden, cliëntenraden in de ouderenzorg, gehandicaptenplatform en Wmo-raad. Als verklaring werd gegeven dat mensen niet in staat zijn aan een dergelijk interview mee te werken. Kijkend naar de cijfers zijn er (maar) 45 ouderen met een indicatie extramurale begeleiding.

7.2 Deelnemers aan de (focus)bijeenkomst

Aanwezig waren 9 deelnemers uit verschillende organisaties: Gehandicaptenplatform, gemeente, Steunpunt Mantelzorg Nederweert, Stichting PSW (voorzieningen en diensten voor mensen met een verstandelijke handicap) LWZ (GGZ Oost Brabant), KBO (ouderenbond) en AVI-adviseur.

7.3 Cliëntpopulatie

In 2013 zijn er 200 cliënten⁷⁸ met een indicatie voor extramurale AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf in Nederweert. Er zijn 460 indicaties voor extramurale AWBZ zorg toegekend aan inwoners van Nederweert⁷⁹.

De verdeling van de 200 cliënten op basis van grondslag is als volgt:

30% volwassenen met psychische/psychiatrische aandoeningen,

25% volwassenen met somatische aandoeningen,

18% volwassenen met een verstandelijke handicap (18 jaar en ouder),

10% jeugdigen met een verstandelijke handicap (0-17 jaar)⁸⁰,

15% mensen met een lichamelijke handicap (alle leeftijden),

geen mensen met een zintuiglijke handicap.

Er zijn 15 intramurale indicaties voor GGZ toegekend, allemaal GGZ ZZPC.

⁷⁷ Er worden nog 5 interviews afgenomen.

⁷⁸ Bron: Basisrapportage AWBZ zorg Nederweert per 1 juli 2013, ClZ.

⁷⁹ Het aantal cliënten is lager dan het aantal indicaties, want sommige cliënten maken gebruik van meerdere functies

⁸⁰ In dit onderzoek richten we ons op cliënten die in 2015 18 jaar of ouder zijn. De exacte aantallen jeugdigen van 16 en 17 jaar met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking (met een indicatie van het ClZ) of met psychische/psychiatrische aandoening (met een indicatie van Bureau Jeugdzorg) zijn onbekend.

In 2013 zijn er 405 indicaties voor andere extramurale AWBZ functies die niet overgaan naar de gemeente, zoals Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep en Behandeling Individueel, maar die wel in combinatie met extramurale begeleiding voorkomen⁸¹.

Van de cliënten met een indicatie voor extramurale AWBZ zorg heeft 82% zorg in natura, 13% organiseert en koopt zelf zorg met een PGB en 5% heeft een combinatie van beiden.

7.4 Huidige Wmo en inspraakorganen

Wmo-loket en Wmo-beleid

Als vrijwillige hulp of mantelzorg niet meer voldoende blijkt of niet (meer) mogelijk is, kunnen burgers contact opnemen met het Wmo-loket van de gemeente Nederweert. In het Wmo-loket werken verschillende organisaties met de gemeente samen, zoals vrijwilligers/ouderadviseurs van Vorkmeer en professionals van MEE Noord- en Midden Limburg. De medewerkers luisteren naar de vraag en meestal volgt hierop een persoonlijk breed gesprek waarbij de zorg- en ondersteuningsvraag wordt onderzocht. De verschillende leefgebieden worden besproken met de zorgvrager om samen een goed beeld te krijgen van de vraag en wat de mogelijkheden zijn van de cliënt en zijn omgeving. Er wordt in beeld gebracht hoe de ondersteuning eruit kan zien en wie daarin iets kan betekenen. Uitgangspunt van deze werkwijze is de eigen kracht en mogelijkheden van inwoners. De gemeente vindt het belangrijk dat de gesprekken dicht bij de inwoners plaatsvinden. Het liefst thuis, bij wijze van spreken 'aan de keukentafel'. Daarbij wordt nadrukkelijker bekeken of er mensen zijn in de directe omgeving van de cliënt die kunnen helpen en of gemeenschappelijke voorzieningen zoals vrijwilligerswerk en buurtondersteuning een oplossing zijn.

Het vigerende Wmo-beleid is in 2013 met de Wmo-verordening opnieuw vastgesteld evenals de beleidsregels. Er wordt gewerkt vanuit het kantelingsprincipe.

De gemeente maakt onderscheid tussen tijdelijke en langdurige ondersteuningsvragen.

- De gemeente organiseert ondersteuning daar waar de zelfredzaamheid van inwoners even ontbreekt, opdat men zo snel mogelijk weer op eigen kracht verder kan. Er wordt gezocht naar maatwerk passend bij de individuele ondersteuningsbehoefte. Als er sprake is van meerdere problemen die tegelijkertijd spelen, wordt er één integraal plan opgesteld waarbij de inwoner en zijn huishouden betrokken worden en er wordt dan gezorgd voor één begeleider. Het is mogelijk om een PGB te krijgen om de zorg en ondersteuning zelf te regelen. De eigen kracht en verantwoordelijkheid staan hierbij centraal. De 'verantwoordelijkheidsladder'⁸² wordt als uitgangspunt genomen.
- Vanuit Groene Kruis Mantelzorgondersteuning worden mensen in de gemeente Nederweert ondersteund die langdurig en intensief voor een naaste zorgen. Vanuit Groene Kruis Vrijwilligerszorg worden vrijwilligers o.a. ingezet bij zorgvragers en mantelzorgers thuis om de zorgvrager gezelschap te houden en de mantelzorger even een moment vrijaf te gunnen.

Inspraakorganen

Het Wmo-platform Nederweert is een officieel adviesorgaan dat gevraagd en ongevraagd adviezen kan uitbrengen aan het college van burgemeester en wethouders. Op deze manier kan er invloed worden uitgeoefend op het beleid. De leden van het Wmo-platform Nederweert zijn vertegenwoordigers van diverse organisaties. Ze spreken dus vanuit een achterban, maar houden ze het algemene belang van alle inwoners van Nederweert voor ogen. Onderwerpen waar het Wmo-

⁸¹ Cliënten met Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep en Behandeling Individueel zijn alleen geïnterviewd wanneer zij ook gebruik maken van AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf.

⁸² De verantwoordelijkheidsladder ziet er als volgt uit: preventieve voorzieningen, eigen kracht, inclusief de eigen financiële mogelijkheden, inzet sociaal netwerk, gebruik algemene voorzieningen, lichte individuele voorzieningen en zware individuele voorzieningen.

platform zich op richt zijn bijvoorbeeld vrijwilligerswerk, participatie, mantelzorg, voorzieningen voor mensen met een beperking, maatschappelijke dienstverlening en jeugd. Vergaderingen van het Wmo-platform zijn openbaar.

7.5 Samenwerkingsverband

De gemeente Nederweert maakt deel uit van een samenwerkingsverband Midden Limburg met zes andere gemeenten. Hieronder vallen Echt-Susteren, Maasgouw, Roerdalen, Weert, Leudal en Roermond. Zij werken sinds november 2013 samen aan het beleid voor de maatschappelijke ondersteuning.

7.6 Voorbereiding op de decentralisatie van de AWBZ en pilots

De gemeenten Nederweert, Leudal en Weert willen een samenhangend beleid voor het sociale domein in Midden Limburg. De gemeenten gaan uit van de kracht van mensen. De visie is dat de samenleving veel sterker is dan mensen denken. Mensen hebben elkaar in goede en in minder gezonde tijden en de uitdaging is om die kracht van mensen te benutten. Om beperkingen en belemmeringen te veranderen in kansen.

De 3 gemeenten pakken de taken die er op de gemeente afkomen gezamenlijk op. De gedachte is dat er een nieuwe aanpak nodig is, waarbij de nadruk ligt op mensen en niet op regelingen. De 3 gemeenten gaven gezamenlijk de folder '[Verder bouwen aan een betrokken samenleving](#)' uit. De folder heeft als doel om mensen te inspireren, en te laten zien wat iemand met eigen inzet en kracht kan bereiken.

De gemeenteraad van Nederweert heeft op 17 december 2013 de Kadernota Wmo-begeleiding en actieprogramma 2014 vastgesteld. Daarin zijn 5 thema's benoemd die in 2014 samen met de gemeenten Leudal en Weert worden uitgewerkt. De uitgangspunten zijn:

- Doe-democratie
- Participatiemaatschappij
- Decentralisatie van verantwoordelijkheden
- Integraliteit en maatwerk
- Financieel verantwoordelijk

Aanpak

De inwoners die al een toekenning hebben voor hulp bij het huishouden worden begin 2014 geïnformeerd over het feit dat per 1 januari 2015 een nieuwe Wmo wordt verwacht en dat dit consequenties voor hun bestaande situatie kan hebben. Bij deze inwoners wordt opnieuw naar hun persoonlijke situatie gekeken via een 'breed gesprek'. Dit gebeurt zodra de gemeenteraad de nieuwe Wmo-kaders vaststelt (verwachting 1 oktober 2014).

Pilots en transformatie

Digitale zorghuis

Een voormalig huisarts in Nederweert is in 2008 gestart met het zogenaamd digitale zorghuis⁸³, een Virtueel Verzorgingshuis. Na een succesvol verloop van een pilot wordt sinds 2011 daarbij gebruik gemaakt van Zorgverband. Het gewone, stenen verzorgingshuis in Nederweert is gesloopt. De senioren in Nederweert wonen sindsdien allen in het Virtueel Verzorgingshuis, dus in hun eigen huis

⁸³ Bron: Publicatie Zorgbelang.

of zijn kandidaat-bewoner zolang ze nog niet daadwerkelijk zorg nodig hebben.

Als een verzorgende in de thuiszorg vermoedt dat een cliënt de regie over zijn leven kwijt raakt, wordt een screening gedaan en wordt de huisarts ingelicht. Wanneer er extra zorg nodig is, krijgt de cliënt een zorgcoördinator toegewezen. Deze stelt samen met de huisarts, de cliënt en een familielid een zorgplan op. Voor de zorgplanbespreking vraagt de huisarts advies aan de verpleeghuisarts en de apotheker. Met kleine gerichte interventies worden ouderen thuis intensief begeleid en niet opgenomen in een ziekenhuis. Het zorgplan is op een website te bekijken door de cliënt én de familieleden. Dankzij multidisciplinaire samenwerking wordt een op de cliënt afgestemde zorg verstrekt.

Citaat van website, ook publicatie bij Invoorzorg.

Frank Coolen, de huisarts: "Veel ouderen willen het liefst thuis blijven wonen en dat kan op deze manier. Verhoudingen tussen collega's verbeteren, het werkplezier voor de hulpverleners wordt groter en je kunt sneller op een eventuele achteruitgang van een patiënt anticiperen omdat je er meer zicht op hebt. Dit gaat verpleeghuisopnames schelen. Ik ben niet minder tijd kwijt aan een patiënt, maar besteed mijn tijd efficiënter en meer gestructureerd. Ik kom niet voor een verkoudheid, maar alleen als het echt nodig is."

7.7 Omvang en bevolkingssamenstelling

De gemeente Nederweert heeft 16.752 inwoners⁸⁴. De gemeente ligt in het westelijk deel van Midden-Limburg en bestaat uit de dorpen Ospel, Ospeldijk, Nederweert-Eind en Leveroy.

De gemeente omvat drie natuurparken en heeft een uitgestrekt buitengebied met buurtschappen en gehuchten. Daardoor behoort Nederweert tot de dunst bevolkte gebieden van Nederland.

De bevolkingsopbouw is gemiddeld qua leeftijdsopbouw; er wonen weinig niet-westerse allochtonen (2%).

7.8 Bestuur en politiek

Het college van burgemeester en wethouders bestaat in 2013 uit een coalitie van 3 partijen:⁸⁵ CDA, PvdA en VVD. Een wethouder van de PvdA heeft de dossiers 'onderwijs en educatie', 'sociale zaken', 'sport' en 'cultuur' in haar portefeuille. De gemeenteraad telde 17 leden en 4 fracties.

⁸⁴ Bron: Feiten en cijfers, gemeente Nederweert, 1 januari 2014

⁸⁵ In alfabetische volgorde.

8 Gemeente Overbetuwe

8.1 De geïnterviewden

Er zijn 15 mensen geïnterviewd⁸⁶:

- 1 persoon met psychische/psychiatrische problematiek,
- 8 (oudere) mensen met een somatische aandoening,
- 4 mensen met een verstandelijke beperking,
- 1 persoon met een lichamelijke beperking,
- 1 persoon met auditieve beperking.

Er zijn 6 mensen die (geheel of deels) gebruik maken van een PGB.

8.2 Deelnemers aan de (focus)bijeenkomst

Aanwezig waren 9 deelnemers uit de volgende organisaties: Participatieraad, gemeente (ambtenaar), Stichting Gehandicaptenplatform Overbetuwe (SGO), De Driestroom (zorg voor mensen met een verstandelijke beperking), Buurtzorg Nederland, Icare coaching (begeleiding bij wonen, werken en financiën), MEE Gelderse Poort en AVI-adviseurs/adviseurs.

8.3 Cliëntpopulatie

In 2013 zijn er 410 cliënten⁸⁷ met een indicatie voor extramurale AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf in Overbetuwe. Er zijn 980 indicaties voor extramurale AWBZ zorg toegekend aan inwoners van Overbetuwe⁸⁸.

De verdeling van de 410 cliënten op basis van grondslag is als volgt:

- 33% volwassenen met psychische/psychiatrische aandoeningen,
- 26% volwassenen met somatische aandoeningen,
- 15% volwassenen met een verstandelijke handicap (18 jaar en ouder),
- 11% jeugdigen met een verstandelijke handicap (0-17 jaar)⁸⁹,
- 13% mensen met een lichamelijke handicap (alle leeftijden),
- 1% mensen met een zintuiglijke handicap (alle leeftijden).

Er zijn 40 intramurale indicaties voor GGZ toegekend, allemaal GGZ ZZPC.

In 2013 zijn er 925 indicaties voor extramurale AWBZ functies die niet overgaan naar de gemeente, zoals Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep en Behandeling Individueel, maar die wel in combinatie met extramurale begeleiding voorkomen⁹⁰.

⁸⁶ Er worden nog 5 interviews afgenomen.

⁸⁷ Bron: Basisrapportage AWBZ zorg gemeente Overbetuwe per 1 juli 2013, CIZ.

⁸⁸ Het aantal cliënten is lager dan het aantal indicaties, want sommige cliënten maken gebruik van meerdere functies.

⁸⁹ In dit onderzoek richten we ons op cliënten die in 2015 18 jaar of ouder zijn. De exacte aantallen jeugdigen van 16 en 17 jaar met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking (met een indicatie van het CIZ) of met psychische/psychiatrische aandoening (met een indicatie van Bureau Jeugdzorg) zijn onbekend.

⁹⁰ Cliënten met Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep of Behandeling Individueel zijn alleen geïnterviewd wanneer zij ook gebruik maken van AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf.

Van de cliënten met een extramuraal indicatie heeft 84% zorg in natura, 13% organiseert en koopt zelf zorg in met een PGB en 3% heeft een combinatie van beiden.

8.4 Huidige Wmo en inspraakorganen

Wmo-loket en Wmo-beleid

De gemeente ondersteunt inwoners erbij om zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen wonen en om mee te doen in de maatschappij. Bij ondersteuning zijn diverse oplossingen mogelijk. Uitgangspunt is dat iedere situatie uniek is en vraagt om een persoonlijke benadering. Om vast te stellen waar de zorgbehoefte ligt, voert de gemeente een gesprek bij de aanvrager thuis om per situatie te bepalen wat iemand nodig heeft. Bepalend is dat de gemeente zorgt voor dat wat iemand niet met behulp van zijn netwerk (buren, familie, vrienden) kan oplossen. Iedereen betaalt een bijdrage voor de ondersteuning of voorziening vanuit de gemeente.

Het vigerende Wmo-beleid is omschreven in het 'Beleidsplan Wmo 2011-2014 Kantelen in Overbetuwe'.

Inspraakorganen

De Participatieraad is in de gemeente Overbetuwe de opvolger van de Wmo cliëntenraad en de WWB cliëntenraad (per 1 januari 2013). De raad is een adviesraad en werkt onafhankelijk van het gemeentebestuur en de gemeentebestuurders. Zij geeft globaal gesproken adviezen over de participatie van de inwoners aan de Overbetuwse samenleving. De twaalf leden van de raad en de onafhankelijke voorzitter zijn inwoners van de gemeente Overbetuwe, die kennis hebben van en interesse in de gebieden waarover de raad advies geeft. Zij doen dit werk als vrijwilliger. Vergaderingen van de Participatieraad zijn openbaar.

8.5 Samenwerkingsverbanden

Twaalf gemeenten in de regio Arnhem (G12) werken met elkaar samen rondom de transformatie van het sociale domein, inclusief de inbedding van de decentralisaties. De G12 zijn de gemeenten Arnhem, Doesburg, Duiven, Lingewaard, Overbetuwe, Rheden, Renkum, Rozendaal, Rijnwaarden, Westervoort, Zevenaar en Wageningen.

De inzet is: uitvoeringskracht voor de decentralisaties en tegelijkertijd ruimte voor de lokale invulling. De gezamenlijke visie is vastgelegd in de nota '*Visie op een krachtige en samenhangende aanpak op het sociale domein in de regio Arnhem*'.

8.6 Voorbereiding op de decentralisatie van de AWBZ en pilots

De gemeente Overbetuwe wil de komende jaren werken aan de transformatie van een verzorgingsstaat naar een participatiestaat. Voorjaar 2013 is door de gemeenteraad de sociaalmaatschappelijke visie vastgesteld. Een aantal kaders binnen deze visie zijn:

- de kanteling wordt breed doorgevoerd
- zoveel mogelijk 'regie over eigen leven'
- één loket voor alle hulpvragen
- hulp zo dicht mogelijk bij de inwoner realiseren.

Ook is in februari 2014 een kaderstellende nota voor de decentralisatie door de gemeenteraad vastgesteld. Hierin staan kaders en uitgangspunten die gelden voor de decentralisaties (incl. de nieuwe Wmo).

Pilots en transformatie

Proeftuinen met kernteams

Om de decentralisaties van begeleiding en kortdurend verblijf vanuit de AWBZ, de jeugdzorg, de invoering van de participatiewet en ook de implementatie van passend onderwijs goed voor te bereiden, is de gemeente met vier ([regionale](#)) proeftuinen gestart. In een van deze proeftuinen wordt ervaring opgedaan met kernteams. Er zijn nu twee kernteams actief, waarin men de nieuwe manier van werken, die per 1 januari 2015 zal worden ingevoerd, wil uittesten.

Het kernteam ondersteunt mensen die er niet in slagen om op eigen kracht volwaardig mee te doen aan de samenleving. Daarin wordt samengewerkt met organisaties in het brede spectrum van 0^e lijn tot specialistische vormen van hulp.

8.7 Omvang en bevolkingssamenstelling

In 2013 wonen er in Overbetuwe 46.536 mensen. Er wonen iets meer jongeren onder de 15 jaar (20%) dan gemiddeld in Nederland en er wonen weinig niet-westerse allochtonen (3%)⁹¹.

De gemeente Overbetuwe ligt in Gelderland midden in de stadsregio Arnhem-Nijmegen tussen de Neder-Rijn en Waal. Het oostelijk deel heeft een functie voor de gehele regio. Hier volgen veranderingen op het terrein van wonen, werken, cultuur en recreatie elkaar snel op. Het westelijk deel van de gemeente heeft een meer landelijk karakter. De gemeente bestaat uit elf kernen: Andelst, Driel, Elst, Hemmen, Herveld, Heteren, Oosterhout, Randwijk, Slijk-Ewijk, Valburg-Homoet en Zetten.

8.8 Bestuur en politiek

Het college van burgemeester en wethouders bestaat in 2013 uit een coalitie van 4 partijen⁹²: D66, Gemeente Belangen Overbetuwe (GBO), PvdA en VVD. De wethouder van GBO heeft het dossier 'maatschappelijke participatie en ondersteuning' in haar portefeuille. De gemeenteraad van Overbetuwe telde 29 leden en 7 fracties.

⁹¹ Bron: CBS StatLine, Zorgatlas.

⁹² In alfabetische volgorde.

9 Gemeente Utrecht

9.1 De geïnterviewden

In zijn 17 mensen geïnterviewd⁹³:

- 7 mensen met psychische/ psychiatrische problematiek,
- 7 mensen met somatische aandoeningen,
- 2 mensen met een verstandelijke beperking,
- 1 persoon met een visuele en lichamelijke beperking.

Onder de groep geïnterviewden zijn 4 mensen met een somatische aandoening ouder dan 75 jaar. Er zijn 3 mensen die (geheel of deels) gebruik maken van een PGB.

9.2 Deelnemers aan de (focus)bijeenkomst

Er waren 12 deelnemers uit de volgende organisaties: Stedelijk Overleg Lichamelijk Gehandicapten Utrecht (Solgu), gemeente (ambtenaar), Altrecht, Reinaerde, (instellingen voor ambulante zorg, begeleiding, dagbesteding en residentiele ggz en zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen), De Boogh (instelling voor begeleiding, behandeling, training en re-integratie van mensen met hersenletsel, een lichamelijke beperking of chronische ziekte), Den Hoet (zorgboerderij) en AVI-adviseur.

9.3 Cliëntpopulatie

In 2013 zijn er 4.420 cliënten⁹⁴ met een indicatie voor extramurale AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf in Utrecht. Er zijn 7.890 indicaties voor extramurale AWBZ zorg toegekend aan inwoners van Utrecht⁹⁵.

De verdeling van de 4.420 cliënten op basis van grondslag is als volgt:

- 51% volwassenen met psychische/psychiatrische aandoeningen,
- 16% volwassenen met somatische aandoeningen,
- 18% volwassenen met een verstandelijke handicap (18 jaar en ouder),
- 7% jeugdigen met een verstandelijke handicap (0-17 jaar)⁹⁶,
- 6% mensen met een lichamelijke handicap (alle leeftijden),
- 2% mensen met een zintuiglijke handicap (alle leeftijden).

Er zijn 1.075 intramurale indicaties voor GGZ toegekend, waarvan 935 met een ZZPC.

In 2013 zijn er 5.995 indicaties voor extramurale AWBZ functies die niet overgaan naar de gemeente, zoals Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep en Behandeling Individueel, maar die wel in combinatie met extramurale begeleiding voorkomen⁹⁷.

⁹³ Er worden nog 3 interviews afgenomen.

⁹⁴ Bron: Basisrapportage AWBZ zorg gemeente Utrecht per 1 juli 2013, CIZ.

⁹⁵ Het aantal cliënten is lager dan het aantal indicaties, want sommige cliënten maken gebruik van meerdere functies.

⁹⁶ In dit onderzoek richten we ons op cliënten die in 2015 18 jaar of ouder zijn. De exacte aantallen jeugdigen van 16 en 17 jaar met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking (met een indicatie van het CIZ) of met psychische/psychiatrische aandoening (met een indicatie van Bureau Jeugdzorg) zijn onbekend.

⁹⁷ Cliënten met Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep en Behandeling Individueel zijn alleen geïnterviewd wanneer zij ook gebruik maken van AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf.

Van de cliënten met een indicatie voor extramurale AWBZ zorg heeft 79% zorg in natura, 17% organiseert en koopt zelf zorg in met een PGB en 4% heeft een combinatie van beiden.

9.4 Huidige Wmo en inspraakorganen

Wmo-loket en Wmo-beleid

Als burgers door hun beperking problemen hebben in het dagelijks leven kan de gemeente helpen bij het vinden van een oplossing. Dit begint altijd met een gesprek. Men kan een gesprek voor hulp aanvragen via internet d.m.v. een formulier, via een papieren formulier of telefonisch.

Uitgangspunt is dat de hulp van de gemeente altijd aanvullend is op wat mensen zelf kunnen doen. De gemeente neemt de verantwoordelijkheid niet over, maar helpt bij het vinden van een oplossing. Zo kunnen mensen net zo zelfstandig en actief leven als zij willen en kunnen.

De ondersteuning van de gemeente is altijd gericht op het behalen van een doel.

Mensen die hulp of een hulpmiddel van de gemeente ontvangen betalen een deel van de kosten zelf. Het vigerende Wmo-beleid is omschreven in de nota '*Meedoen naar vermogen, zorg voor Utrechters die het (tijdelijk) niet zelf redden*'. Deze nota kent drie sporen: inzet vanuit de gemeente in de ondersteuning van vrijwilligers, mantelzorg, inwonersinitiatieven en lichte groepsbegeleiding, de basis zorg (Buurteams) en de aanvullende zorg.

Inspraakorganen

In Utrecht adviseert de Cliëntenraad Wmo Individuele voorzieningen de gemeente bij het maken van beleid rondom de voorzieningenverstrekking en de uitvoering daarvan. De leden zijn vertegenwoordigers van belangenorganisaties en burgers die niet bij een organisatie zijn aangesloten. Deze raad heeft 14 leden; zij brengen vanuit de praktijk ervaringen in die belangrijk zijn bij het maken van beleid. Dit betreft de huidige Wmo. Ook het geven van commentaar en adviezen ten aanzien van de beleidsontwikkelingen richting de nieuwe Wmo behoort tot de taak van dit inspraakorgaan. Vergaderingen van de Cliëntenraad Wmo Individuele voorzieningen zijn openbaar. Daarnaast fungeert het Platform Wmo als denktank voor de ontwikkeling van gemeentelijk Wmo-beleid. De leden van het Platform Wmo zijn op grond van hun brede oriëntatie gevraagd zitting te nemen in het platform. Dit doen zij op persoonlijke titel.

Ook de uderen adviescommissie, de LHBT, de Solgu en de 10 wijkraden zijn officiële adviesorganen van de gemeente.

9.5 Samenwerkingsverbanden

Utrecht is centrumgemeente voor 16 gemeenten rondom de stad. Met deze gemeenten wordt samengewerkt rondom Maatschappelijke Opvang, Vrouwenopvang en RIBW.

Daarnaast vormen Bunnik, De Bilt, Houten, IJsselstein, Nieuwegein, Stichtse Vecht, Utrecht, Vianen, Woerden en Zeist samen een stedelijke regio van circa 700.000 inwoners, met de stad Utrecht als kern: de U 10. Voor de colleges van de U10 geldt dat zij bij de decentralisaties in het sociale domein per decentralisatie mogelijke samenwerkingsverbanden van gemeenten oplopend tot 100.000+ zullen onderzoeken. Samenwerking zal flexibel ingezet worden en ook samenwerking met buiten de U 10 gelegen gemeenten moet mogelijk zijn of blijven.

9.6 Voorbereiding op de decentralisatie van AWBZ begeleiding en pilots

Buurteams

Utrecht kiest voor een nieuwe vorm van sociale basiszorg voor burgers met vragen en problemen op

verschillende levensterreinen. De Utrechtse aanpak kenmerkt zich door de inzet van professionele buurtteams, met achter de voordeur teams Jeugd en Gezin en teams Sociaal. De experimenten met buurtteams in de wijken Ondiep en Overvecht wijzen uit dat de aanpak meer effect heeft en besparingen kan opleveren ten opzichte van de huidige, versnipperde hulpverlening. Nu de gemeenteraad de nota's *'Meedoen naar Vermogen'* en *'Zorg voor Jeugd'* heeft vastgesteld, volgt in de aanloop naar 2015 een stapsgewijze uitbreiding van de buurtteams in meerdere wijken. Er zijn momenteel 6 buurtteams in de stad.

Om voorbereid te zijn op de nieuwe taken, doet de gemeente aanvullend werk: onderzoek naar de omvang van de ondersteuningsvraag in Utrecht, werkbezoeken bij diverse instellingen en het opzoeken van gegevens bij landelijke instituten als het CIZ.

9.7 Omvang en bevolkingssamenstelling

Op 1 januari 2013 telt Utrecht 322.000 inwoners, bijna 6.000 meer dan een jaar eerder. Het is daarmee de 4^e grootste gemeente van Nederland.

Utrecht blijft een groeiende stad. De groei wordt vooral veroorzaakt door een groter aantal geboortes dan sterfgevallen. Daarnaast vestigen zich meer nieuwe Utrechters van buiten de stad in Utrecht dan dat er Utrechters naar elders vertrekken. Wel gaat de bevolkingsgroei in Utrecht aanzienlijk minder snel dan vóór 2010. De belangrijkste oorzaak hiervan is de daling van het aantal opgeleverde woningen in Leidsche Rijn door de crisis. Voor de komende 20 jaar is de verwachting dat Utrecht een groeiende stad blijft.

Er wonen relatief veel jongeren (20% is jonger dan 18 jaar) en weinig mensen die ouder zijn dan 65 jaar (10%). Er wonen 21% niet-westerse allochtonen⁹⁸; dit is laag in vergelijking met andere grote steden.

Utrecht heeft een hoge bevolkingsdichtheid. De stad is opgedeeld in tien wijken, met in elke wijk een wijkbureau of een wijkservicecentrum. De medewerkers van de wijkbureaus en wijkservicecentra zijn het aanspreekpunt van de gemeente in de wijk, de schakel tussen het gemeentebestuur en de inwoners van Utrecht.

9.8 Bestuur en politiek

Het college van burgemeester en wethouders bestaat in 2013 uit een coalitie van 3 partijen⁹⁹: D66, GroenLinks en PvdA. De wethouder van D66 heeft de dossiers 'Volksgezondheid' en 'Welzijn/ Wmo' in zijn portefeuille. De gemeenteraad telde 45 leden en 9 fracties.

Er zijn 6 wethouders in Utrecht; iedere wethouder is verbonden aan een of meerdere wijken in Utrecht. De wijkwethouder is namens het college van burgemeester en wethouders het bestuurlijke aanspreekpunt voor de bewoners in de wijk.

⁹⁸ Bron: CBS StatLine, Zorgatlas.

⁹⁹ In alfabetische volgorde.

10 Gemeente Vlissingen

10.1 De geïnterviewden

Er zijn 21 mensen geïnterviewd:

7 mensen met psychische/ psychiatrische problematiek,

8 mensen met somatische aandoeningen,

3 mensen met een verstandelijke beperking,

2 mensen met een lichamelijke beperking,

1 persoon met een visuele en lichamelijke beperking.

Er zijn 4 mensen die (geheel of deels) gebruik maken van een PGB.

10.2 De deelnemers aan de (focus)bijeenkomst

Er namen 11 mensen deel uit de volgende organisaties: Wmo-adviesraad Vlissingen, Werkt voor ouderen (thuisbegeleiding en ambulante diensten), Met Gods Begeleiding (MGB; instelling voor ambulante zorg en dagactiviteiten voor mensen met psychische problemen, psychische aandoeningen en verslaving), MEE Walcheren. De Pitteperk (zorgboerderij), Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA), gemeente (ambtenaren van Middelburg, Veere en Vlissingen) en AVI-adviseur.

10.3 Cliëntpopulatie

In 2013 zijn er 665 cliënten¹⁰⁰ met een indicatie voor extramurale AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf in Vlissingen. Er zijn 1.600 indicaties voor extramurale AWBZ zorg toegekend aan inwoners van Vlissingen¹⁰¹.

De verdeling van de 665 cliënten op basis van grondslag is als volgt:

44% volwassenen met psychische/psychiatrische aandoeningen,

21% volwassenen met somatische aandoeningen,

14% volwassenen met een verstandelijke handicap (18 jaar en ouder),

7% jeugdigen met een verstandelijke handicap (0-17 jaar)¹⁰²,

13% mensen met een lichamelijke handicap (alle leeftijden),

2% mensen met een zintuiglijke handicap (alle leeftijden)¹⁰³.

Er zijn 105 intramurale indicaties voor GGZ toegekend, waarvan 100 met een ZZPC.

In 2013 zijn er 1.475 indicaties voor extramurale AWBZ functies die niet overgaan naar de gemeente, zoals Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep en Behandeling Individueel, maar die wel in combinatie met extramurale begeleiding voorkomen¹⁰⁴.

¹⁰⁰ Bron: Basisrapportage AWBZ zorg gemeente Vlissingen per 1 juli 2013, ClZ.

¹⁰¹ Het aantal cliënten is kleiner dan het aantal indicaties, want sommige cliënten maken gebruik van meerdere functies.

¹⁰² In dit onderzoek richten we ons op cliënten die in 2015 18 jaar of ouder zijn. De exacte aantallen jeugdigen van 16 en 17 jaar met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking (met een indicatie van het ClZ) of met psychische/psychiatrische aandoening (met een indicatie van Bureau Jeugdzorg) zijn onbekend.

¹⁰³ Er is een afrondingsverschil.

¹⁰⁴ Cliënten met Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep of Behandeling Individueel zijn alleen geïnterviewd wanneer zij ook gebruik maken van AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf.

Van de cliënten met een extramuraal indicatie heeft 87% zorg in natura, 10% organiseert en koopt zelf zorg in met een PGB en 3% heeft een combinatie van beiden.

10.4 Huidige Wmo en inspraakorganen

Wmo-loket en Wmo-beleid

Mensen die voor de eerste keer hulp nodig hebben kunnen zich voor een inventariserend gesprek melden bij Porthos. Dit is het gezamenlijk loket van de 3 gemeenten in Walcheren (Vlissingen, Middelburg en Veere). Mensen die al een Wmo-voorziening hebben, worden nog geholpen aan de gemeentebalie van het gemeentehuis in Vlissingen.

De gemeente regelt zo nodig dat mensen met een beperking ondersteuning kunnen krijgen op het gebied van wonen, zorg en welzijn¹⁰⁵. Het doel is dat iedereen zo lang mogelijk kan meedoen in de samenleving. De gemeente kan ook individuele voorzieningen aanbieden. Dit zijn voorzieningen die het mensen mogelijk maken, zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen en leven. De voorzieningen zijn erop gericht om bijvoorbeeld:

- te wonen in een geschikte woning die schoon en leefbaar is;
- zich te verplaatsen in en om de woning of lokaal;
- contact te hebben met medemensen en deel te nemen aan maatschappelijke activiteiten.

Het vigerende Wmo-beleid voor 2013-2016 is omschreven in de kadernota 'Samen leven, samen zorgen, samenwerken' van de 3 Walcherse gemeenten. Uitgangspunt is dat iedereen de verantwoordelijkheid heeft om mee te (blijven) doen in de samenleving en dat er ondersteuning is voor degenen die (tijdelijk) niet mee kunnen doen. De gemeenten vinden dat die ondersteuning bij voorkeur via het eigen netwerk van de hulpvrager geregeld moet worden. De gemeenten willen daarom mantelzorgers en vrijwilligers steunen. Ook geven ze aandacht aan preventie.

Inspreekorganen

Sinds begin 2012 is een samenwerkingsovereenkomst tussen de gemeente en de Wmo-adviesraad van kracht. De Seniorenadviesraad, de Werkgroep Gehandicapten Walcheren en het Walchers Platform Minima kregen daarmee ieder 2 afvaardigingen in de Wmo-adviesraad. De raad heeft 14 leden en een onafhankelijke voorzitter. Vergaderingen van de Wmo-adviesraad zijn gedeeltelijk openbaar.

De Walcherse Wmo-adviesraden denken mee over het beleid en adviseren gezamenlijk de gemeenten gevraagd en ongevraagd.

10.5 Samenwerkingsverbanden

Er zijn verschillende samenwerkingsverbanden.

De 13 Zeeuwse gemeenten (Borsele, Goes, Hulst, Kapelle, Middelburg, Noord-Beveland, Reimerswaal, Schouwen-Duiveland, Sluis, Terneuzen, Tholen, Veere en Vlissingen) werken samen aan de uitvoering van de verslaafdenzorg, de dak- en thuislozenopvang en de vrouwenopvang. Vlissingen vervult hierbij de rol van centrumgemeente.

Op Walcheren werken de 3 gemeenten (Vlissingen, Middelburg en Veere) gezamenlijk aan zorg en ondersteuning in het samenwerkingsverband 'Walcheren voor elkaar', vanuit de gedachte dat de gemeenten dit niet alleen kunnen. De idee is dat inwoners, organisaties, bedrijven en de gemeenten

¹⁰⁵ Ouderenactiviteiten worden –in het kader van Welzijn Nieuwe Stijl- uitgevoerd door Stichting Werkt voor Ouderen.

elkaar nodig hebben om ondersteuning en zorg beter, sneller, slimmer en goedkoper te organiseren. Er wordt al samengewerkt op het gebied van mantelzorg (via de stichting Manteling). De gemeenteraden worden regelmatig geïnformeerd over de inhoud van gezamenlijke nota's in een commissie regionale zaken Walcheren. De uiteindelijke besluitvorming over de nota's vindt plaats in de 3 afzonderlijke gemeenteraden.

Er is een Zeeuws College Zorg en Welzijn (een provinciaal samenwerkingsverband) waarin op verschillende gebieden wordt afgestemd. Op het gebied van jeugdzorg werken de 13 Zeeuwse gemeenten samen.

Porthos is een belangrijke schakel in de nieuwe organisatie van zorg en ondersteuning op Walcheren. Als (digitaal) loket legt Porthos de verbindingen tussen iedereen die direct of indirect te maken heeft met welzijn, zorg, opgroeien en opvoeden. Denk aan inwoners, scholen, huisartsen, vrijwilligers, kerken, sportverenigingen en natuurlijk gemeenten en (zorg)professionals.

10.6 Voorbereiding op de decentralisatie van de AWBZ en pilots

De Walcherse colleges van burgemeester en wethouders gaan er van uit dat gemeenten de ondersteuning en zorg anders kunnen organiseren, de kwaliteit bieden die mensen vragen én geld besparen. De visie is, dat de kwaliteit die mensen vragen, vooral gaat over ruimte: ruimte om te kunnen beslissen over wat er gaat gebeuren en ruimte om zelf dingen te doen. De praktijk van nu laat zien dat er maatwerk ontstaat waar mensen de ruimte krijgen om zelf te beslissen en zelf dingen te doen. En dat maatwerk blijkt gemiddeld genomen goedkoper én effectiever dan de standaard producten. De Walcherse colleges willen de nieuwe taken zo inrichten dat die ruimte er is, over het hele veld van ondersteuning en zorg waar de gemeenten verantwoordelijk voor worden.

In januari 2014 zijn er twee kader stellende nota's waarop inspraakreacties kunnen worden uitgebracht:

1. Het klantproces op Walcheren in het sociaal domein (Pentekening) en
2. De Notitie Persoonsgebonden budget (PGB).

De 3 gemeenten organiseren inloopbijeenkomsten voor burgers om hierover mee te denken.

ad 1.

De belangrijkste uitgangspunten in de Pentekening zijn:

- Het netwerk doet mee bij het vaststellen wat er nodig is, maar ook in het leveren van een bijdrage aan wat er nodig is. Professionele ondersteuning is aanvullend op wat de persoon en het netwerk doen en wordt op maat vormgegeven.
- In een ondersteuningsplan wordt beschreven welke ondersteuning ingezet zal worden met welke resultaten. Professionals verwijzen direct door naar de benodigde ondersteuning, eventueel zonder dat daar een besluit van de gemeente voor nodig is.
- Van professionals wordt verwacht dat zij samenwerken, dat zij altijd zullen opletten dat het veilig is en dat zij informatie met elkaar delen en handelen in het kader van de veiligheid.
- Door een nieuw in te richten routeteam wordt bij midden of hoog risico besloten of er drang of dwang zal worden ingezet.
- Er komen twee Porthos loketten op Walcheren waar informatie en advies over alle vormen van ondersteuning en zorg beschikbaar is.
- Met huisartsen en het onderwijs worden afspraken gemaakt over hoe te handelen als zij zien dat iemand zorg nodig heeft die door de gemeente geleverd wordt.

ad 2.

De notitie Persoonsgebonden budget is geschreven door het Zeeuws College Zorg en Welzijn (een provinciaal samenwerkingsverband). Hierin staan afwegingen voor het inzetten van het PGB als alternatief voor zorg in natura.

De 3 Walcherse gemeenten gebruiken deze notitie om te onderbouwen op welke manier zij gebruik willen maken van het PGB. Dit instrument past bij de intentie van de overheid om het zelfmanagement en de zelfregie te bevorderen. De colleges stellen een aantal kaders voor; de kaders hebben bijvoorbeeld betrekking op het betalen van het eigen netwerk als dat tot efficiëntere zorg leidt, het controleren van PGB's en het beschikbaar stellen van een Persoonsvolgend Budget. Andere zaken wil men voorkomen, zoals aanzuigende werking van het PGB en het inzetten van bemiddelingsbureaus. Ook stellen zij contra indicaties voor, voor het toekennen van PGB's.

10.7 Omvang en bevolkingssamenstelling

Vlissingen telt 45.000 inwoners en vormt samen met de dorpen Oost-Souburg en Ritthem een gemeente. Er wonen relatief veel jongeren onder de 15 jaar (20%) en een gemiddeld aantal niet-westerse allochtonen (10%)¹⁰⁶.

Vlissingen dateert uit de 6^e eeuw en heeft een lange handelsgeschiedenis, traditie en maritieme cultuur, waarvan nog veel zichtbaar is in de openbare ruimte. Intussen staan de inwoners van deze van oorsprong arbeidersstad met beide benen op de grond: no-nonsense.

10.8 Bestuur en politiek

Het college van burgemeester en wethouders bestaat in 2013 uit een coalitie van 3 partijen:¹⁰⁷ CDA, Local Party Vlissingen (LPV) en Partij Souburgh Ritthem (PSR). De wethouder van het CDA heeft de dossiers sociale zaken, arbeidsmarktbeleid, volksgezondheid, welzijn en Wmo in haar portefeuille. De gemeenteraad telde 27 leden en 10 fracties.

¹⁰⁶ Bron: CBS StatLine, Zorgatlas.

¹⁰⁷ In alfabetische volgorde.

11 Gemeente Zaanstad

11.1 De geïnterviewden

Er zijn 12 mensen geïnterviewd¹⁰⁸:

- 3 mensen met psychische/ psychiatrische aandoeningen,
- 4 mensen met somatische aandoeningen,
- 4 mensen met een verstandelijke beperking,
- 1 persoon met een visuele beperking.

Geen van de geïnterviewden had niet aangeboren hersenletsel.
Er zijn 2 mensen die geheel of deels gebruik maken van een PGB.
Het bleek moeilijk om in contact te komen met geschikte interviewkandidaten.

11.2 Deelnemers aan de (focus)bijeenkomst

De deelnemers kwamen uit de volgende organisaties: Wmo-raad Zaanstad, MEE Amstel en Zaan, RIBW (management en cliëntenraad), PCOB (ouderenbond), KansPlus (vereniging voor mensen met een verstandelijke beperking en hun familie), gemeente (ambtenaar) en AVI-adviseur.

11.3 Cliëntpopulatie

In 2013 zijn er 1.615 cliënten¹⁰⁹ met een indicatie voor extramurale AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf in Zaanstad. Er zijn 3.315 indicaties voor extramurale AWBZ zorg toegekend aan inwoners van Zaanstad¹¹⁰.

De verdeling van de 1.615 cliënten op basis van grondslag is als volgt:

- 34% volwassenen met psychische/psychiatrische aandoening,
- 24% volwassenen met somatische aandoeningen,
- 20% volwassenen met een verstandelijke handicap (18 jaar en ouder),
- 11% jeugdigen met een verstandelijke handicap (0-17 jaar)¹¹¹,
- 9% mensen met een lichamelijke handicap (alle leeftijden),
- 2% mensen met een zintuiglijke handicap (alle leeftijden).

Er zijn 290 intramurale indicaties voor GGZ toegekend waarvan 270 met een ZZPC.

In 2013 zijn er 2.745 indicaties voor extramurale AWBZ functies die niet overgaan naar de gemeente, zoals Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep en Behandeling Individueel, maar die wel in combinatie met extramurale begeleiding voorkomen¹¹².

Van de cliënten met een extramurale indicatie heeft 82% zorg in natura, 15% organiseert en koopt zelf zorg in met een PGB en 3% heeft een combinatie van beiden.

¹⁰⁸ Er worden nog 8 interviews afgenomen.

¹⁰⁹ Bron: Basisrapportage AWBZ zorg gemeente Zaanstad per 1 juli 2013, CIZ.

¹¹⁰ Het aantal cliënten is kleiner dan het aantal indicaties, want sommige cliënten maken gebruik van meerdere functies.

¹¹¹ In dit onderzoek richten we ons op cliënten die in 2015 18 jaar of ouder zijn. De exacte aantallen jeugdigen van 16 en 17 jaar met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking (met een indicatie van het CIZ) of met psychische/psychiatrische aandoening (met een indicatie van Bureau Jeugdzorg) zijn onbekend.

¹¹² Cliënten met Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep en Behandeling Individueel zijn alleen geïnterviewd wanneer zij ook gebruik maken van AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf.

11.4 Huidige Wmo en inspraakorganen

Wmo-loket en Wmo-beleid

Burgers kunnen zich voor hulp en ondersteuning melden bij een centraal loket (Zorgzaan) of tijdens gesprekken terecht bij een van de 8 wijksteunpunten. De gemeente gaat in eerste instantie uit van de eigen kracht en verantwoordelijkheid van burgers. Samen met de gemeente wordt in kaart gebracht wat de mogelijkheden en belemmeringen zijn en met welke oplossingen mensen zo nodig kunnen worden ondersteund. Individuele voorzieningen voor mensen met een beperking zijn bedoeld om mensen zo goed mogelijk te laten deelnemen aan de samenleving en te kunnen blijven wonen in de eigen woonomgeving. Per situatie zal bekeken worden welke oplossing het beste bij mensen past. Het loket Zorgzaan biedt ook informatie, advies en ondersteuning op het gebied van welzijn en zorg.

Het vigerende Wmo-beleid is omschreven in de nota *'Eigen kracht met effectieve ondersteuning'* (2011-2015). Uitgangspunten in het beleid zijn:

1. Wederzijdse aanspreekbaarheid (eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van burgers en hun directe omgeving).
2. De klant centraal (redeneren vanuit de klant leidt tot meer samenhang).
3. Wijkgerichtheid (het schaalniveau van de wijk is geschikt voor het organiseren van ondersteuning aan bewoners).
4. Integraliteit (integraal beleid komt de burger ten goede).

Inspraakorganen

De Participatieraad Wmo is een onafhankelijk adviesorgaan, dat verschillende Wmo-gebruikersgroepen vertegenwoordigt en de belangen behartigt van alle mensen die een beroep doen op de Wet maatschappelijke ondersteuning. De Participatieraad denkt vanuit cliëntenperspectief mee over de ontwikkeling en de uitvoering van het gemeentelijk Wmo-beleid. Ze geeft gevraagd en ongevraagd advies aan het college van burgemeester en wethouders over het beleid, de voorzieningen en alles wat verder te maken heeft met de Wmo. Het gaat om de collectieve belangen en niet over individuele kwesties, al kan de situatie van één persoon wel aanleiding zijn tot het stellen van vragen en doen van onderzoek in een breder verband.

De Participatieraad Wmo bestaat uit twaalf leden en een onafhankelijk voorzitter en wordt gecoördineerd vanuit de gemeente. Vergaderingen van de Participatieraad zijn niet openbaar.

11.5 Samenwerkingsverband

Zaanstad werkt samen in de regio Zaanstreek-Waterland (met de gemeenten Beemster, Edam-Volendam, Landsmeer, Oostzaan, Purmerend, Waterland, Wormerland, Zaanstad en Zeevang). Dit orgaan heeft de Regionale Sociale Agenda van de gemeenten in de regio Zaanstreek-Waterland bestuurlijk vastgesteld in 2012.

Het contracteren van aanbieders binnen de Wmo zal voor een deel gebeuren in regionaal verband, samen met de overige gemeenten in Zaanstreek-Waterland.

11.6 Voorbereiding op de decentralisatie van AWBZ en pilots

In 2013 heeft de gemeenteraad de 'Gezamenlijke visie & opgaven rond de 3 decentralisaties in het Maatschappelijke Domein' vastgesteld. In deze visie staat beschreven hoe Zaanstad de drie decentralisaties gaat aanpakken om de ondersteuning aan inwoners anders te gaan inrichten. Integraal, gericht op de eigen kracht van inwoners, met inzet op preventie en met een vangnet voor de mensen die het nodig hebben. De gemeente doet dit in samenspraak met maatschappelijke partners, vrijwilligersorganisaties, belangenorganisaties en werkgevers. De gemeente organiseert regelmatig bijeenkomsten met deze groepen om de opgaven van de decentralisaties verder uit te werken.

Belangrijke doelen van de gemeente zijn het versterken van de eigen kracht, het verbinden van de formele en informele ondersteuning door het betrekken van wijkbewoners en vrijwilligers en het organiseren van integrale dienstverlening.

Begin 2013 is een pilot met twee sociale wijkteams gestart. Na de tussenevaluatie in september 2013 is besloten om de pilot voor een jaar voort te zetten. Sindsdien is het aantal sociale wijkteams snel uitgebreid. De doorontwikkeling van de sociale wijkteams over heel Zaanstad leidt tot andere rollen en een andere inzet van professionals, waarbij de ondersteuning integraal en dichtbij in de wijk wordt georganiseerd.

Eind 2013 zijn door de gemeenteraad besluiten genomen over de bestuurlijke kaders voor zowel de AWBZ-/Wmo-taken als de jeugdhulp. Hierna start de gemeente met het contracteren van aanbieders. Om de plannen zo goed mogelijk in te vullen is met de betrokken organisaties uit het veld gesproken. De adviesraden (WWB-raad, SW-raad, Seniorenraad, Jongerenraad en Wmo-participatieraad) hebben daarover een aantal keren gezamenlijk advies uitgebracht aan de gemeente. De raden zijn op zoek naar andere manieren om integraal te adviseren.

Eind 2013 is ook een begin gemaakt met het opstellen van de verordening en het beleidsplan. Het beleidskader Jeugdhulp en AWBZ/ Wmo 2015 is door de gemeenteraad eind 2013 vastgesteld.

Pilots en transformatie

Hemelse modder

De gemeente Zaanstad heeft ter voorbereiding op de nieuwe Wmo het onderzoek *Hemelse Modder* uitgevoerd. Dat is een onderzoek naar de situatie van tien multi probleemgezinnen in Zaanstad. De bedoeling van dit onderzoek was om te ontdekken wat deze huishoudens met deze problemen willen, zelf kunnen of waar ze ondersteuning bij nodig hebben. En hoe die ondersteuning er dan precies uit moet zien. Ook werd nagegaan of de oplossingen die voor deze gezinnen bedacht werden ook daadwerkelijk helpen. Het onderzoek laat zien dat er door de problemen integraal te benaderen, veel is dat anders georganiseerd kan worden. Men is bij de cliënt begonnen: de cliënt wil niet bij verschillende instanties aan moeten kloppen voor hulp. Vanuit dit startpunt is de gemeente weer helemaal van het begin af aan gaan nadenken over de organisatie van de zorg.

[BUUV Zaanstad](#)

BUUV biedt een platform waarop bewoners zelf hulp kunnen bieden of vragen en in contact komen met buurtgenoten. BUUV is de sociale marktplaats voor en door bewoners van Zaanstad. BUUV draait om dingen die buurt- of stadsgenoten voor elkaar kunnen doen. Dit kan van alles zijn: koken, samen iets ondernemen, de hond uitlaten, een lift naar de huisarts, een klusje in huis of tuin, hulp met computers, enz. Bij BUUV kan iedereen iets vragen en iets aanbieden.

BUUV draagt er aan bij dat mensen zo lang mogelijk mee kunnen doen in de samenleving en op een prettige manier in hun buurt kunnen blijven wonen. Daarnaast kan het 'gewoon' leuk zijn om iets voor een ander te doen.

11.7 Omvang en bevolkingssamenstelling

De gemeente Zaanstad heeft 150.000 inwoners. Er wonen relatief minder mensen van 45-65 jaar (27%) dan gemiddeld in Nederland en veel niet-westerse allochtonen (18%)¹¹³.

De gemeente Zaanstad is op 1 januari 1974 gevormd uit de toenmalige gemeenten Assendelft, Koog aan de Zaan, Krommenie, Westzaan, Wormerveer, Zaandam en Zaandijk. Deze gemeenten behoorden tot de eersten in ons land die opgingen in een grotere gemeente. Nog steeds kenmerkt Zaanstad zich door de sterke identiteit en de onderlinge saamhorigheid van de zeven kernen. Toen Zaanstad werd gevormd, telde de gemeente ca. 125.000 inwoners. Zaanstad is een relatief dichtbevolkt gebied.

11.8 Bestuur en politiek

Het college van burgemeester en wethouders bestaat in 2013 uit een coalitie van 4 partijen:¹¹⁴ Groen Links, PvdA, VVD en de Zaanse Onafhankelijke Groepering. De PvdA wethouder heeft het dossier 'maatschappelijke ondersteuning en welzijn' in haar portefeuille. De gemeenteraad telde 39 leden en 14 fracties.

Zaanstad kent 19 wijken. Er zijn 6 wethouders in Zaanstad. Alle wethouders hebben naast beleidsterreinen ieder een aantal wijken onder hun hoede. Elke wijk heeft dus een wijkwethouder. De wijkwethouder is daarmee bestuurlijk gezien 'de ogen en oren van de wijk'.

¹¹³ Bron: CBS StatLine, Zorgatlas.

¹¹⁴ In alfabetische volgorde.

12 Gemeente Zwolle

12.1 Geïnterviewden

Er zijn 24 mensen geïnterviewd:

13 mensen met psychische/psychiatrische problematiek, waaronder 4 met een GGZ ZZPC,
4 mensen met somatische aandoeningen,
3 mensen met een verstandelijke beperking,
2 mensen met een lichamelijke beperking,
2 mensen met een visuele beperking.

Onder de groep geïnterviewden:

is 1 persoon met niet aangeboren hersenletsel
zijn 6 mensen met meervoudige aandoeningen.

Er zijn 10 mensen die (deels of geheel) gebruik maken van een PGB.

12.2 Deelnemers aan de (focus)bijeenkomst

Er namen 31 mensen deel uit de volgende organisaties: de Wmo-raad en ZGR (Gehandicaptenraad), de gemeente (ambtenaar), Frion, Trajectum, Zonnehuisgroep, Icare, Dimence, Tactus, Leger des Heils, Beter Thuis Wonen (instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg, LVB, ouderenzorg, verzorging en verpleging, ggz, verslavingszorg, maatschappelijke opvang, thuiszorg, huishoudelijke hulp, dementie en psychogeriatrische zorg,) Interakt Contour (NAH), Autismehuis (zorginstelling voor autisme), Medrie (huisartsenpost), Leer-werkbedrijf de Huppe (zorgboerderij), Groen Links (lokale partij), De Kern (maatschappelijke dienstverlening), MEE IJsseloevers, Zorgbelang Overijssel, MEE Samen (cliëntenraad IJsseloevers en Veluwe) en WijZ (vrijwilligers- en dienstenorganisatie) en AVI-adviseur.

12.3 Cliëntpopulatie

In 2013 zijn er 2.275 cliënten¹¹⁵ met een indicatie voor extramurale AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf in Zwolle. Er zijn 4.080 indicaties voor extramurale AWBZ zorg toegekend aan inwoners van Zwolle¹¹⁶.

De verdeling van de 2.275 cliënten op basis van grondslag is als volgt:

45% volwassenen met psychische/psychiatrische aandoeningen¹¹⁷,
16% volwassenen met somatische aandoeningen,
19% volwassenen met een verstandelijke handicap (18 jaar en ouder),
9% jeugdigen met een verstandelijke handicap (0-17 jaar)¹¹⁸,
10% mensen met een lichamelijke handicap (alle leeftijden),
1% mensen met een zintuiglijke handicap (alle leeftijden).

¹¹⁵ Bron: Basisrapportage AWBZ zorg gemeente Zaanstad per 1 juli 2013, CIZ.

¹¹⁶ Het aantal cliënten is lager dan het aantal indicaties, want sommige cliënten maken gebruik van meerdere functies.

¹¹⁷ Hier is de terminologie m.b.t. de grondslagen gehanteerd zoals die in de CIZ rapportage wordt gebruikt.

¹¹⁸ In dit onderzoek richten we ons op cliënten die in 2015 18 jaar of ouder zijn. De exacte aantallen jeugdigen van 16 en 17 jaar met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking (met een indicatie van het CIZ) of met psychische/psychiatrische aandoening (met een indicatie van Bureau Jeugdzorg) zijn onbekend

Er zijn 630 intramurale indicaties voor GGZ toegekend, waarvan 550 met een ZZPC.

In 2013 zijn er ca. 3.050 indicaties voor extramurale AWBZ functies die niet overgaan naar de gemeente, zoals Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep en Behandeling Individueel, maar die wel in combinatie met extramurale begeleiding voorkomen¹¹⁹.

Van de cliënten met een extramurale indicatie heeft 80% zorg in natura, 17% organiseert en koopt zelf zorg in met een PGB en 3% heeft een combinatie van beiden.

12.4 Huidige Wmo en inspraakorganen

Wmo-loket en Wmo-beleid

Het Wmo-loket is aanspreekpunt voor burgers voor informatie, advies en ondersteuning op het gebied van wonen, welzijn en zorg. Mensen die een aanvraag willen indienen voor ondersteuning kunnen naar het loket gaan, of per mail of telefoon contact zoeken. Mensen kunnen op een aanvraagformulier hun probleem aangeven. Tijdens de afhandeling van de aanvraag wordt dit probleem door de consulent in kaart gebracht tijdens een gesprek, bij voorkeur bij mensen thuis. Samen met de consulent zoekt men naar een oplossing; deze oplossing hoeft niet altijd een Wmo-voorziening te zijn.

Uitgangspunt van de gemeente is zelfredzaamheid. In eerste instantie kijkt de gemeente hoe mensen hun probleem zelf kunnen oplossen. Ook kijkt de gemeente of mensen hun probleem kunnen oplossen met behulp van hun omgeving, bijvoorbeeld hun kinderen, familie, burens of vrijwilligers. Lukt dat niet, dan kan de gemeente Zwolle ondersteunen daar waar nodig.

Het vigerende Wmo-beleid is omschreven in het *'Beleidskader Wmo 2010-2013'*. Hierin is de visie voor de uitvoering van de Wmo bepaald. De vijf uitgangspunten zijn:

1. Uitgaan van eigen kracht van mensen en sociale netwerken.
2. Meer aandacht voor voorkomen van problemen.
3. Vertrouwen stellen in particuliere initiatieven.
4. De burger centraal.
5. Recht doen aan verschillen.

Inspraakorganen

Sinds april 2011 is er een Wmo-raad die de belangen behartigt van mensen die onder de verschillende in de Wmo genoemde doelgroepen vallen. Ook adviseert de Wmo-raad over onderdelen van het overige gemeentelijke beleid als dat directe raakvlakken heeft met de Wmo. De vergaderingen zijn openbaar.

Daarnaast zijn er een Cliëntenraad Sociale Zaken en Werkgelegenheid, een jongerenraad, een integratieraad en een mantelzorgadviesraad.

Om efficiënter te werken, middelen beter te besteden en om een integrale aanpak te bevorderen, gaat de gemeente Zwolle in de eerste helft van 2014 over tot één Participatieraad, waarin de genoemde organen opgaan.

12.5 Samenwerkingsverbanden

De gemeente Zwolle vervult de rol van centrumgemeente voor wat betreft de uitvoering van de Maatschappelijke Opvang en Verslavingsbeleid (1994) voor 14 gemeenten in de provincie Overijssel.

¹¹⁹ Cliënten met Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Behandeling Groep of Behandeling Individueel zijn alleen geïnterviewd wanneer ze ook gebruik maken van AWBZ begeleiding en/of kortdurend verblijf.

12.6 Voorbereiding op de decentralisatie van de AWBZ en pilots

In de gemeente Zwolle worden per stadsdeel sociale wijkteams gevormd die aansluiten bij de bevolkingssamenstelling van die wijk en de ondersteuningsvraagstukken die er liggen. De wijkteams worden gefaseerd opgebouwd. In 2015 kunnen inwoners hier in ieder geval terecht voor individuele begeleiding, huishoudelijke hulp en algemeen maatschappelijk werk. De jaren daarna wordt het sociale wijkteam verder uitgebouwd met hulp en ondersteuning voor arbeid, inkomen en lichte opvoedingsondersteuning.

De vorming van sociale wijkteams zal gefaseerd verlopen, om gedurende de vorming bij te kunnen sturen. De partijen in de stad krijgen het verzoek de sociale wijkteams vorm te geven waarbij in drie jaar wordt toegegroeid naar teams waarin lichte ondersteuning aan burgers integraal besproken en aangeboden wordt. Het vertrekpunt is één huishouden, één plan en (bij voorkeur) één ondersteuner. Bovenstaande is vastgelegd in het *'Concept-uitvoeringsprogramma Maatwerk voor iedereen: diensten in en aan huis'*. De gemeenteraad heeft in februari 2014 besloten deze informatienota te agenderen voor een hoorzitting in de informatieronde. Deze agendering moet duidelijkheid scheppen op de punten bezuiniging, keuzevrijheid en samenhangende aanpak. Ook is er behoefte aan inzicht in onderbouwing uitgangspunten en draagvlak bij huidige gebruikers van een PGB. Uiteindelijk zal het college een definitieve beslisnota aanbieden, gelijktijdig met het uitvoerings-programma participatiewet en dagbesteding.

In februari 2014 gaf de gemeente de publieksfolder *"De ondersteuning voor elkaar"* uit.

Pilots en transformatie

Samenwerking vrijwilligers in Zwolle zuid

Vrijwilligers van de zorgorganisaties Interakt Contour, RIBW en Frion werken samen en organiseren gezellige avonden voor buurtbewoners in Zwolle-Zuid. Door deze samenwerking tussen de vrijwilligers ontstaan er op verschillende plekken in de wijk initiatieven waar ook kwetsbare inwoners aan mee kunnen doen. Bijvoorbeeld bingoavonden waar buurtgenoten welkom zijn in activiteitencentrum de Trommel. De gedachte achter dit initiatief is dat het mensen meer mogelijkheden geeft om anderen te leren kennen en hun netwerk uit te breiden. Het wordt hierdoor makkelijker om een beroep te doen op iemand die bij je in de buurt woont. Je kunt eerder zaken zelf oplossen als je ergens mee zit en wordt minder afhankelijk van professionele ondersteuning bij de invulling van je leven. En wanneer wijkbewoners zich graag als vrijwilliger willen inzetten, is daar ook ruimte voor.

12.7 Omvang en bevolkingssamenstelling

De gemeente Zwolle telt 122.625 inwoners¹²⁰ en heeft 17 wijken. Er wonen relatief veel jongeren (32% is jonger dan 25 jaar) en relatief weinig niet-westerse allochtonen (9%)¹²¹. Zwolle is relatief dichtbevolkt. Door de buurtschappen en rivieren is Zwolle opgedeeld in verschillende gebieden met hun eigenheid. Sommige wijken hebben een eigen wijkvereniging.

12.8 Bestuur en politiek

Het college van burgemeester en wethouders bestaat in 2013 uit een coalitie van 4 partijen:¹²² CDA, ChristenUnie, PvdA en VVD. De wethouder van het CDA heeft het dossier 'Wmo zorgdeel' in portefeuille en de wethouder van de PvdA de dossiers 'Maatschappelijke opvang' en 'welzijn'. De gemeenteraad telde 39 leden en 8 fracties.

¹²⁰ Bron: Rapport Kerncijfers Zwolle, King Quick Step

¹²¹ Bron: CBS StatLine, Zorgatlas.

¹²² In alfabetische volgorde.

Bijlage 1

Gestructureerde vragenlijst voor de interviews Cliëntenmonitor AVI 2

Start van het interview

Doel en werkwijze van het onderzoek en het interview kort uitleggen (men heeft de schriftelijke toelichting al gekregen).

Aangeven dat de gegevens die worden vastgelegd niet voor derden openbaar worden gemaakt.

Gegevens vastleggen

- Persoonsgegevens (NAW, leeftijd, telefoonnummer, mailadres e.d.)
- Doelgroep waartoe cliënt behoort (bijv. chronisch ziek, hulpbehoefte door ouderdom, een verstandelijke beperking, een lichamelijke beperking, een zintuiglijke beperking, psychische/psychiatrische problematiek of gedragsproblemen (ook autisme)).
- Met wie vindt gesprek plaats (de cliënt zelf, partner, een familielid, een vriend/bekende, cliënt die door u geholpen wordt, mantelzorger etc.)
- Welke indicatie(s) er zijn voor welke zorg, met de geldigheidsduur:
 - AWBZ (Begeleiding/dagbesteding, behandeling, tijdelijk verblijf, Beschermd wonen ggz RIBW, ZZP-VPT.
 - Wmo indien aanwezig (HH1, HH2
 - Zorgverzekeringswet indien aanwezig (gespecialiseerde wijkverpleging, behandeling ggz, etc.)

Vragen (tussen haakjes evt. aanvullende vragen om op dóór te vragen)

1. Huidige zorg

Op welke gebieden heeft u/heb je ondersteuning nodig?

- bij persoonlijke verzorging (*bijv. zelf wassen, aankleden, tanden poetsen*)
- bij zinvolle dagbesteding (*bijv. werken als vrijwilliger, bezoek aan dagactiviteitencentrum, activiteiten in de buurt etc.*)
- bij sociale contacten (*bijv. maken van vrienden en onderhouden van vriendschap etc.*)
- bij zelfstandig reizen (*bijv. zelf met de auto, bus of trein etc.*)
- bij zelfstandig wonen (*bijv. zelf de dag indelen, boodschappen doen, eten koken, het huis schoonmaken etc.*)
- bij het regelen van geldzaken (*bijv. het op tijd betalen van rekeningen en het afsluiten van verzekeringen etc.*)
- bij verpleging (*bijv. wondverzorging, benen insmeren, etc.*)
- bij kortdurend verblijf (*bijv. respite care, logeeropvang ter ontlasting van het gezin of mantelzorg etc.*)
- op het gebied van toezicht en bijsturing (*bijv. bijsturing van gedrag of communicatie; toezicht op een veilige en geborgen omgeving etc.*).

2. De 'zorggeschiedenis' (toegesplitst op de laatste 5 jaar)

- a. Is uw zorgvraag veranderd? (*Bijv. de afgelopen 5 jaar; zo ja, hoe?*)
- b. Is uw indicatie de afgelopen 5 jaar gewijzigd? En zo ja, sinds wanneer en waarom? (*Bijv. liep de geldigheidsduur van de indicatie af? is er een herindicatie geweest n.a.v. veranderde regelgeving, zoals activerende begeleiding of psychosociale grondslag 2009?, kortingsregeling PGB's 2011; kortdurend verblijf 2011, pakketmaatregel 2012, een andere reden?*)

3. Huidige oplossingen

- a. Hoe/op welke manier lost u uw beperkingen momenteel op?
Met wiens hulp of ondersteuning:
- zelf in eigen gezin, familie, vriendenkring
 - met hulp van een vrijwilliger
 - met hulp van een professional
 - met hulp van een vrijwilliger en een professional
 - zowel in eigen gezin, familie, vriendenkring als met hulp van een vrijwilliger
 - zowel in eigen gezin, familie, vriendenkring als met hulp van een professional
 - zowel in eigen gezin, familie, vriendenkring als met hulp van een vrijwilliger en een professional
- b. Wat is het aandeel van professionele zorg ? (bijv. uit de AWBZ, Zorgverzekeringswet, Bureau Jeugdzorg, evt. andere professionele zorg?)
- c. Maakt u gebruik van de Wmo? (Zo ja, van welke ondersteuning en/of voorzieningen?)
- d. Heeft u zorg in natura of persoonsgebonden budget? (Is het PGB een bewuste keuze geweest?)
- e. Maakt u gebruik van onafhankelijke cliëntenondersteuning (en zo ja, welke bijv. ggz steunpunt ouderenadviseur, MEE, of anders?)
- f. Zijn de huidige oplossingen in de afgelopen periode gewijzigd? En zo ja, sinds wanneer? (denk aan oplossingen als gevolg van bijv. pakketmaatregelen, PGB-grens, logeeropvang etc.)

4. Beoordeling van de huidige oplossingen

Hoe beoordeelt u de huidige oplossingen? Bent u er tevreden mee; voldoen deze wel of niet? (bijv. passen de oplossingen/het aanbod bij uw zorgvraag; zijn er lacunes, is de kwaliteit goed, is het voor u betaalbaar?)

5. Wensen en verwachtingen (toegespitst op de komende 5 jaar)

Wat zijn uw wensen en verwachtingen naar de toekomst (de komende 5 jaar)? (bijv. liggen er persoonlijke veranderingen in het verschiet? zoals bijv. zelfstandig gaan wonen, verandering in de zorgvraag, mantelzorg of huishouden, school verlaten 18+ etc.?)

6. De lokale situatie

- a. Bent u op de hoogte van veranderingen in de zorg/gemeente? (bijv. geeft de gemeente u daarover informatie of raadpleegt zij burgers daarover? Geven anderen u informatie? Anticipeert de gemeente of de zorginstelling op de decentralisatie van begeleiding, dagbesteding en logeeropvang?)
- b. Welke verwachtingen/hoop heeft u richting de gemeente? (bijv. ziet u de veranderingen met vertrouwen tegemoet, maakt u zich zorgen?) en wat voor invloed hebben deze verwachtingen op uw leven?
- c. Hoe kijkt u aan tegen de bedoeling van de transitie dat eerst zal worden gekeken naar de eigen mogelijkheden en de mogelijkheden in eigen kring? (kunt u bijv. een beroep doen op een eigen sociaal netwerk of op burens, vrijwilligers, mantelzorgers? Waarbij kan dit wel of niet etc.?)
- d. Kent u lokale belangenbehartigers en heeft u contact met hen? (bijv. kunt u uw ervaringen en evt. signalen over de veranderingen kwijt, als in de gemeente al pilots zijn 'vooruitlopend' op de decentralisatie?)

7. Andere domeinen

Heeft u te maken met beperkingen/ondersteuningsvragen op andere domeinen, zoals werk,

inkomen, jeugdzorg, arbeid, huisvesting? (bijv. samenloop/ samenhang tussen dagbesteding en arbeidsvermogen, jeugdzorg en logeeropvang, uitkering en schuldhulpverlening, inkomen en minimabeleid etc.)

Afsluiting

- Is er iets niet aan bod gekomen?
- Kent u andere kandidaten die geïnterviewd zouden willen worden?
- Afspraak: stuur een korte samenvatting van het verslag met het verzoek te corrigeren.
- Geef informatie over de geplande rapportage.
- Vraag of men bij verhuizing of verandering nieuw telefoonnummer e/o mailadres wil doorgeven.

Bijlage 2

Toelichting AVI Cliëntenmonitor Interviews Verdiepend onderzoek

Er verandert veel in de zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Zo zullen veel mensen die nu thuis zorg ontvangen die wordt betaald uit de AWBZ, vanaf 2015 samen met de gemeente kijken naar een passende oplossing via de Wmo. Dit geldt bijvoorbeeld voor volwassenen met een indicatie voor individuele begeleiding, dagbesteding of kortdurend verblijf (logeeropvang). Het kan ook gelden voor een deel van de zorg voor mensen met een ZPP GGZ die in een RIBW wonen.¹²³

Als onderdeel van de Cliëntenmonitor Aandacht voor iedereen 'Zorg naar gemeenten', worden in uw gemeente mensen gevraagd of zij in een interview willen toelichten hoe dit in hun situatie gaat. Cliënten, familieleden/vertegenwoordigers en mantelzorgers kunnen hieraan meedoen. Het gaat om mensen die in 2015 ouder dan 18 jaar zijn. Bij de selectie van cliënten wordt rekening gehouden met de verschillende doelgroepen die met de transitie te maken krijgen.

Thema's

De onderwerpen waarover wij graag met u van gedachten willen wisselen zijn:
welke ondersteuning (en zorg) u momenteel nodig heeft
op welke manier u eventuele beperkingen oplost en met wiens hulp of ondersteuning
of u tevreden bent met deze oplossingen
of in uw gemeente veranderingen gaande zijn en hoe zij burgers informeert
wat zijn uw wensen en verwachtingen naar de toekomst (de komende 5 jaar).

Hoe werkt het interview?

Een interview duurt max. 30 min. Wanneer we meer interviews op een dag kunnen plannen, houden we de interviews bij voorkeur bij u thuis. Of op een andere locatie in uw gemeente. Maar het kan ook telefonisch. U wordt gevraagd of wij dit jaar één gesprek met u kunnen voeren en of u in 2014 en in 2015 wilt meewerken aan een telefonisch interview.

Ook wordt gevraagd aan instellingen in de gemeente hoe zij inspelen op de organisatie en de uitvoering van de veranderingen in de Wmo. Gemeenten bereiden zich immers ook voor op 2015.

Wat is het doel?

Uw ervaringen met ondersteuning en het vinden van oplossingen die passen bij uw leven zijn belangrijk. Zo kunnen wij zicht krijgen of er de komende tijd iets verandert in uw situatie en in uw gemeente. Wij maken een rapport waarin alle ervaringen worden gebundeld. Dit rapport is beschikbaar voor lokale belangenbehartigers en gemeenten, zodat zij uw ervaringen kunnen gebruiken in de dialoog om te komen tot nieuw beleid en maatwerk.

Wat gebeurt er met uw gegevens?

Na afloop van het interview krijgt u een korte samenvatting met de vraag of u de tekst wilt nazien op onjuistheden. De samenvatting wordt betrokken bij de interviews in 2014 en 2015. Uw persoonlijke gegevens worden niet in de rapportage genoemd en worden niet doorgegeven aan anderen.

¹²³ NB Een deel van de zorg voor mensen met een ZPP GGZ kan naar de Zorgverzekeringswet gaan en een deel naar de Wmo. Overigens behouden alle huidige cliënten in andere sectoren met een ZPP hun recht op verblijf; voor RIBW ggz geldt een overgangsrecht.

Contactpersoon

Voor vragen over de interviews in uw gemeente kunt u contact opnemen met:
(contactpersonen per koepel, telefoonnummer en emailadres).

Bijlage 3

Toelichting AVI Cliëntenmonitor Verdiepend onderzoek focusbijeenkomst

Er verandert veel in de zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Zo zullen veel mensen die nu thuis zorg ontvangen die wordt betaald uit de AWBZ, vanaf 2015 samen met de gemeente kijken naar een passende oplossing via de Wmo. Dit geldt bijvoorbeeld voor volwassenen met een indicatie voor individuele begeleiding, dagbesteding of kortdurend verblijf (logeeropvang). Het kan ook gelden voor een deel van de zorg voor mensen met een ZZP GGz¹²⁴ die in een RIBW wonen.

Als onderdeel van de Cliëntenmonitor Aandacht voor iedereen (AVI), houden we in 12 gemeenten over een periode van drie jaar een verdiepend onderzoek. Het deelonderzoek bestaat uit een serie interviews onder alle doelgroepen die met de veranderingen te maken krijgen.

Daarnaast worden er ook bijeenkomsten gehouden met stakeholders in de gemeente. Hiervoor worden bijvoorbeeld gemeente, zorginstellingen, welzijnswerk en zorgverzekeraars uitgenodigd: organisaties waarmee de gemeente 'zaken doet' in de uitvoering van de Wmo.

Resultaat

Twee maal per jaar komt er een landelijke rapportage uit. Deze uitkomsten worden gebruikt: om conclusies en aanbevelingen met gemeenten te delen
als input voor lokale en landelijke belangenbehartiging
als advies aan het Transitiebureau van VNG en VWS over een 'zachte' landing
als advies voor cliëntenparticipatie.

Daarnaast worden afspraken gemaakt over de ruimte die er is voor maatwerk op verzoek van de gemeente. In de landelijke rapportage worden bevindingen in algemene zin gerapporteerd en niet op het niveau van de deelnemende gemeenten. Het verdiepend onderzoek is overigens niet bedoeld als benchmark.

Selectie van gemeenten en stakeholders

De deelnemende gemeenten zijn gekozen op basis van ervaringen en kennis bij de negen organisaties die bij het programma *Aandacht voor iedereen* betrokken zijn. We hebben onder meer rekening gehouden met omvang van gemeenten, of het een centrumgemeente is of niet en met geografische spreiding. Uw gemeente heeft zich bereid verklaard om mee te werken. De selectie van stakeholders komt lokaal (regionaal) tot stand, met behulp van lokale belangenbehartigers, Wmo-raden en de gemeente.

Thema's

De opzet voor de bijeenkomsten met stakeholders heeft een algemene basis (zowel de te bespreken thema's als de samenstelling van de groep), maar wordt uiteindelijk in overleg met lokale partners toegesneden op de lokale (regionale) situatie. De eerste bijeenkomst wordt in ieder geval besproken hoe de organisatie en de uitvoering van de Wmo verloopt in de aanloop naar 2015.

¹²⁴ Een deel van de zorg voor mensen met een ZZP GGZ kan naar de Zorgverzekeringswet gaan en een deel naar de Wmo. Overigens behouden alle huidige cliënten in andere sectoren met een ZZP hun recht op verblijf; voor RIBW ggz geldt een overgangsrecht.

Planning

De eerste rapportage is gepland voor eind 2013 en er wordt in januari 2014 een werkconferentie georganiseerd waar de uitkomsten besproken worden.

Contactpersoon

Voor vragen over de interviews in uw gemeente kunt u contact opnemen met:
(contactpersonen per koepel, telefoonnummer en emailadres).

Bijlage 4

Aantal cliënten¹²⁵ per 1 juli 2013 en aantal indicaties¹²⁶ per 1 oktober 2013 met extramurale AWBZ zorg per gemeente met cliëntgroepen

Gemeente Almere

Aantal cliënten met extramurale indicatie begeleiding en kortdurend verblijf

Cliëntgroep	begeleiding individueel (IB)	dagbesteding begeleiding groep (BG)	totaal begeleiding	kortdurend verblijf
SOM 0-64 jaar	105	45	130	10
SOM 65-74 jaar	10	25	35	
SOM 75 jaar en ouder	55	85	135	
PG 65 jaar en ouder	35	90	110	
PSY 18 jaar en ouder	755	300	840	
VG 0-17 jaar ¹²⁷	205	265	315	105
VG 18 jaar en ouder	370	120	405	20
ZG	30	15	35	
LG	155	145	220	20
Totaal	1.725	1.090	2.230¹²⁸	165

Aantal indicaties voor overige extramurale AWBZ functies

AWBZ functies	Aantal indicaties
Persoonlijke verzorging	1.940
Verpleging	675
Behandeling individueel	290
Behandeling groep	225
Totaal	3.130

¹²⁵ Bron: Basisrapportage AWBZ gemeente..., per 1 juli 2013, CIZ. (Tabellen 3.1., 6.3.1., 8.1., 8.2., 8.3. A.1.)

¹²⁶ Bron: Aanspraak op AWBZ zorg gemeente.. per 1 oktober 2013, CIZ. (Tabel 4.1.1.)

¹²⁷ In dit deelonderzoek zijn uit de jeugdigen PSY en VG alléén cliënten meegenomen die in 2015 18 jaar zijn.

¹²⁸ Het totaal aantal personen met begeleiding kan lager zijn dan de optelsom van Begeleiding individueel en Begeleiding groep, omdat sommige cliënten een indicatie voor beiden hebben.

Gemeente Coevorden

Aantal cliënten met extramurale indicatie begeleiding en kortdurend verblijf

Cliëntgroep	begeleiding individueel (IB)	dagbesteding begeleiding groep (BG)	totaal begeleiding	kortdurend verblijf
SOM 0-64 jaar	15	-	15	-
SOM 65-74 jaar	-	10	15	-
SOM 75 jaar en ouder	30	35	55	-
PG 65 jaar en ouder	25	30	45	-
PSY 18 jaar en ouder	145	45	165	-
VG 0-17 jaar	35	40	50	25
VG 18 jaar en ouder	80	30	90	-
ZG	5	-	10	-
LG	35	35	55	5
Totaal	370	235	500	35¹²⁹

Aantal indicaties voor overige extramurale AWBZ functies

AWBZ functies	Aantal indicaties
Persoonlijke Verzorging	850
Verpleging	250
Behandeling individueel	20
Behandeling groep	35
Totaal	1.155

¹²⁹ Er is een afrondingsverschil, omdat CIZ geen waarden <5 weergeeft.

Aantal cliënten met extramurale indicatie begeleiding en kortdurend verblijf

Cliëntgroep	begeleiding individueel (IB)	dagbesteding begeleiding groep (BG)	totaal begeleiding	kortdurend verblijf
SOM 0-64 jaar	40	20	50	
SOM 65-74 jaar	15	20	30	
SOM 75 jaar en ouder	20	70	90	
PG 65 jaar en ouder	20	65	70	
PSY 18 jaar en ouder	230	115	300	-
VG 0-17 jaar	75	90	115	25
VG 18 jaar en ouder	165	45	175	10
ZG	10	5	15	
LG	80	55	105	-
Totaal	660	480	945	40 ¹³⁰

Aantal indicaties voor overige extramurale AWBZ functies

AWBZ functies	Aantal indicaties
Persoonlijke Verzorging	1.235
Verpleging	390
Behandeling individueel	20
Behandeling groep	55
Totaal	1.700

¹³⁰ Er is een afrondingsverschil, omdat CIZ geen waarden <5 weergeeft.

Aantal cliënten met extramurale indicatie begeleiding en kortdurend verblijf

Clïentgroep	begeleiding individueel (IB)	dagbesteding begeleiding groep (BG)	totaal begeleiding	kortdurend verblijf
SOM 0-64 jaar	65	25	80	-
SOM 65-74 jaar	30	25	55	-
SOM 75 jaar en ouder	85	75	155	-
PG 65 jaar en ouder	25	230	240	5
PSY 18 jaar en ouder	1.120	350	1.305	5
VG 0-17 jaar	190	230	295	75
VG 18 jaar en ouder	540	190	575	20
ZG	60	30	75	-
LG	160	125	235	15
Totaal	2.275	1.275	3.015	135¹³¹

Aantal indicaties voor overige extramurale AWBZ functies

AWBZ functies	Aantal indicaties
Persoonlijke Verzorging	3.700
Verpleging	1.015
Behandeling individueel	245
Behandeling groep	235
Totaal	5.195

¹³¹ Er is een afrondingsverschil, omdat CIZ geen waarden <5 weergeeft.

Gemeente Haren

Aantal cliënten met extramurale indicatie begeleiding en kortdurend verblijf

Clïentgroep	begeleiding individueel (IB)	dagbesteding begeleiding groep (BG)	totaal begeleiding	kortdurend verblijf
SOM 0-64 jaar	-	-	5	-
SOM 65-74 jaar	-	-	-	-
SOM 75 jaar en ouder	20	10	30	-
PG 65 jaar en ouder	10	20	20	-
PSY 18 jaar en ouder	90	20	95	-
VG 0-17 jaar	20	20	25	10
VG 18 jaar en ouder	35	10	35	5
ZG	10	-	10	-
LG	15	15	30	-
Totaal	195	105	255	20¹³²

Aantal indicaties voor overige extramurale AWBZ functies

AWBZ functies	Aantal indicaties
Persoonlijke Verzorging	425
Verpleging	130
Behandeling individueel	5
Behandeling groep	10
Totaal	560

¹³² Er is een afrondingsverschil, omdat CIZ geen waarden <5 weergeeft.

Gemeente Harlingen

Aantal cliënten met extramurale indicatie begeleiding en kortdurend verblijf

Clïentgroep	begeleiding individueel (IB)	dagbesteding begeleiding groep (BG)	totaal begeleiding	kortdurend verblijf
SOM 0-64 jaar	-	-	-	-
SOM 65-74 jaar	-	-	-	-
SOM 75 jaar en ouder	10	15	20	-
PG 65 jaar en ouder	5	15	15	-
PSY 18 jaar en ouder	95	20	100	-
VG 0-17 jaar	20	20	30	10
VG 18 jaar en ouder	50	10	55	-
ZG	-	-	-	-
LG	15	15	25	-
Totaal	200¹³³	105	250	15¹³⁴

Aantal indicaties voor overige extramurale AWBZ functies

AWBZ functies	Aantal indicaties
Persoonlijke Verzorging	330
Verpleging	160
Behandeling individueel	20
Behandeling groep	10
Totaal	520

¹³³ Er is een afrondingsverschil, omdat CIZ geen waarden <5 weergeeft.

¹³⁴ Idem.

Aantal cliënten met extramurale indicatie begeleiding en kortdurend verblijf

Cliëntgroep	begeleiding individueel (IB)	dagbesteding begeleiding groep (BG)	totaal begeleiding	kortdurend verblijf
SOM 0-64 jaar	-	-	5	-
SOM 65-74 jaar	-	-	5	-
SOM 75 jaar en ouder	5	20	25	-
PG 65 jaar en ouder	5	15	15	-
PSY 18 jaar en ouder	50	25	60	-
VG 0-17 jaar	15	15	20	5
VG 18 jaar en ouder	35	15	35	-
ZG	-	-	-	-
LG	10	25	30	-
Totaal	130	125	200¹³⁵	5

Aantal indicaties voor overige extramurale AWBZ functies

AWBZ functies	Aantal indicaties
Persoonlijke Verzorging	330
Verpleging	65
Behandeling individueel	5
Behandeling groep	5
Totaal	405

¹³⁵ Er is een afrondingsverschil omdat CIZ geen waarden <5 aangeeft.

Aantal cliënten met extramurale indicatie begeleiding en kortdurend verblijf

Cliëntgroep	begeleiding individueel (IB)	dagbesteding begeleiding groep (BG)	totaal begeleiding	kortdurend verblijf
SOM 0-64 jaar	25	15	30	-
SOM 65-74 jaar	-	5	10	-
SOM 75 jaar en ouder	5	20	25	-
PG 65 jaar en ouder	5	35	40	-
PSY 18 jaar en ouder	120	35	135	-
VG 0-17 jaar	30	35	45	15
VG 18 jaar en ouder	50	30	60	-
ZG	-	-	5	-
LG	45	25	55	5
Totaal	290	200	410¹³⁶	20

Opmerkingen bij het overzicht:

- De groep mensen met een psychiatrische grondslag van 18 jaar en ouder is de grootste groep binnen de totale begeleiding.
- Bij de dagbesteding worden als grootste groepen mensen met een psychiatrische grondslag, met een verstandelijke beperking psychogeriatrische grondslag gevonden.

Aantal indicaties voor overige extramurale AWBZ functies

AWBZ functies	Aantal indicaties
Persoonlijke Verzorging	580
Verpleging	295
Behandeling individueel	25
Behandeling groep	25
Totaal	925

¹³⁶ Er is een afrondingsverschil omdat CIZ geen waarden <5 aangeeft.

Aantal cliënten met extramurale indicatie begeleiding en kortdurend verblijf

Cliëntgroep	begeleiding individueel (IB)	dagbesteding begeleiding groep (BG)	totaal begeleiding	kortdurend verblijf
SOM 0-64 jaar	135	80	175	5
SOM 65-74 jaar	80	60	135	-
SOM 75 jaar en ouder	110	135	240	-
PG 65 jaar en ouder	60	130	170	-
PSY 18 jaar en ouder	1.955	820	2.245	-
VG 0-17 jaar	190	245	315	75
VG 18 jaar en ouder	690	275	785	40
ZG	55	25	70	-
LG	230	120	285	15
Totaal	3.510	1.895	4.420	145¹³⁷

Aantal indicatie voor overige extramurale AWBZ functies

AWBZ functies	Aantal indicaties
Persoonlijke Verzorging	3.975
Verpleging	1.485
Behandeling individueel	310
Behandeling groep	225
Totaal	5.995

¹³⁷ Er is een afrondingsverschil, omdat CIZ geen waarden <5 weergeeft.

Gemeente Vlissingen

Aantal cliënten met extramurale indicatie begeleiding en kortdurend verblijf

Cliëntgroep	begeleiding individueel (IB)	dagbesteding begeleiding groep (BG)	totaal begeleiding	kortdurend verblijf
SOM 0-64 jaar	10	5	20	-
SOM 65-74 jaar	5	5	15	-
SOM 75 jaar en ouder	25	25	45	-
PG 65 jaar en ouder	10	55	60	-
PSY 18 jaar en ouder	235	110	295	-
VG 0-17 jaar	35	35	45	15
VG 18 jaar en ouder	85	20	90	10
ZG	15	-	15	-
LG	40	70	85	5
Totaal	455	330	665¹³⁸	30

Aantal indicaties voor overige extramurale AWBZ functies

AWBZ functies	Aantal indicaties
Persoonlijke Verzorging	995
Verpleging	430
Behandeling individueel	15
Behandeling groep	35
Totaal	1.475

¹³⁸ Er is een afrondingsverschil omdat CIZ geen waarden <5 aangeeft.

Aantal cliënten met extramurale indicatie begeleiding en kortdurend verblijf

Cliëntgroep	begeleiding individueel (IB)	dagbesteding begeleiding groep (BG)	totaal begeleiding	kortdurend verblijf
SOM 0-64 jaar	60	40	85	-
SOM 65-74 jaar	30	30	60	-
SOM 75 jaar en ouder	45	90	130	-
PG 65 jaar en ouder	20	105	115	-
PSY 18 jaar en ouder	480	225	555	-
VG 0-17 jaar	100	140	175	60
VG 18 jaar en ouder	295	105	325	20
ZG	25	10	30	-
LG	100	90	145	10
Totaal	1.155	830	1.615¹³⁹	100¹⁴⁰

Aantal indicaties voor overige extramurale AWBZ functies

AWBZ functies	Aantal indicaties
Persoonlijke Verzorging	1.955
Verpleging	610
Behandeling individueel	130
Behandeling groep	50
Totaal	2.745

¹³⁹ Er is een afrondingsverschil omdat CIZ geen waarden <5 aangeeft.

¹⁴⁰ Idem.

Aantal cliënten met extramurale indicatie begeleiding en kortdurend verblijf

Cliëntgroep	begeleiding individueel (IB)	dagbesteding begeleiding groep (BG)	totaal begeleiding	kortdurend verblijf
SOM 0-64 jaar	65	30	80	
SOM 65-74 jaar	25	30	50	
SOM 75 jaar en ouder	70	95	150	
PG 75 jaar en ouder	40	80	95	
PSY 18 jaar en ouder	955	255	1.020	5
VG 0-17 jaar	150	140	195	70
VG 18 jaar en ouder	400	115	425	20
ZG	30	10	30	
LG	170	125	225	15
Totaal	1.910	880	2.275¹⁴¹	120¹⁴²

Aantal indicaties voor overige extramurale AWBZ functies

AWBZ functies	Aantal indicaties
Persoonlijke Verzorging	2.150
Verpleging	745
Behandeling individueel	90
Behandeling groep	65
Totaal	3.050

¹⁴¹ Er is een afrondingsverschil omdat CIZ geen waarden <5 aangeeft.

¹⁴² Idem.