

SCRIPTIE

Wonen met een Plus De Koppel: het zorg- en dienstaanbod gefinancierd

Marisca van den Noort



Een onderzoek naar de mogelijkheden en financiering, vanuit de verschillende wet- en regelgeving, met betrekking tot het zorg- en dienstaanbod binnen Wonen met een Plus, locatie De Koppel te Almelo. Wonen met een Plus is onderdeel van zorgorganisatie ZorgAccent.

SCRIPTIE

Wonen met een Plus De Koppel: het zorg- en dienstaanbod gefinancierd

Marisca van den Noort

Schrijfster:	Noort, M. van den (350634)
Instelling:	Saxion Hogeschool Deventer Sociaal Juridische Dienstverlening
Klas:	DSJ4VC
Organisatie:	ZorgAccent
Praktijkcoach:	Mevrouw. A. Nijhuis
Schoolcoach:	De heer J.C. de Heer
2 ^e lezer:	Mevrouw J.M. Parent
Plaats + jaar:	Rijssen, 2017

VOORWOORD

Voor u ligt de scriptie ‘Wonen met een Plus De Koppel: het zorg- en dienstaanbod gefinancierd’. Het onderzoek voor deze scriptie naar de financiering van het zorg- en dienstaanbod van Wonen met een Plus De Koppel is uitgevoerd binnen ZorgAccent. Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding Sociaal Juridische Dienstverlening aan Saxion Hogeschool Deventer en in opdracht van ZorgAccent. Van december 2016 tot en met april 2017 ben ik bezig geweest met het onderzoek en het schrijven van deze scriptie.

Samen met mijn praktijkcoach Agnes Nijhuis en Jacqueliën van Helmond heb ik het onderzoeksonderwerp bedacht. Het was een complex onderzoek, waarbij ik een groot gedeelte van mijn tijd bezig ben geweest met het doen van een rechtsbronnen- en literatuuronderzoek. Tijdens dit onderzoek stonden mijn praktijkcoach Agnes Nijhuis en mijn schoolcoach Coen de Heer altijd voor mij klaar.

Via deze weg wil ik graag mijn coaches, Agnes Nijhuis en Coen de Heer, bedanken voor de fijne begeleiding en hun ondersteuning tijdens dit traject. Ook wil ik alle geïnterviewde bedanken die hebben meegewerkt aan dit onderzoek. Daarnaast wil ik graag Jacqueliën van Helmond bedanken want door haar ben ik terecht gekomen bij Agnes Nijhuis en heb ik dit onderzoek uit kunnen voeren. Ook heb ik van familie en vrienden veel steun gehad tijdens het afstuderen.

Ik wens u veel leesplezier.

Marisca van den Noort

Rijssen, 26 april 2017

SAMENVATTING

Het onderzoek wordt uitgevoerd naar aanleiding van de hervorming van de langdurige zorg en de complexiteit die deze hervorming met zich meebrengt. Binnen Wonen met een Plus De Koppel te Almelo doet zich een probleem voor met betrekking tot deze hervorming. Het complexe stelsel aan wet- en regelgeving maken de mogelijkheden omtrent de ouderenzorg erg ingewikkeld voor ouderen, maar vooral ook voor ZorgAccent en hun medewerkers. Het onderzoek heeft tot doel om inzicht te krijgen in de mogelijkheden met betrekking tot de bekostiging van het zorg- en dienstaanbod voor ouderen binnen Wonen met een Plus De Koppel. Daarnaast dient deze informatie op een efficiënte en eenvoudige wijze te vinden zijn voor medewerkers. Daarmee is de volgende probleemstelling ontstaan:

Welk zorg- en dienstaanbod is er en zou er eventueel ontwikkeld kunnen worden voor ouderen binnen Wonen met een Plus in De Koppel te Almelo? En vanuit welke relevante wet- en regelgeving kunnen deze worden bekostigd en aan welke voorwaarden moet in dat geval worden voldaan?

De onderzoeksvragen richten zich op de verschillende wet- en regelgeving in samenhang met het zorg- en dienstaanbod binnen Wonen met een Plus De Koppel. Er wordt onderzoek gedaan naar het zorg- en dienstaanbod en de eventuele mogelijkheden. Dit wordt onderzocht door middel van half gestructureerde face-to-face interviews. Daarnaast wordt vanuit de Wmo 2015, Zvw en Wlz bekeken welk zorg- en dienstaanbod binnen welke wet valt en ook wordt onderzoek gedaan naar de voorwaarden en de wijze van bekostiging. Dit wordt onderzocht door middel van een inhoudsanalyse én een aantal half gestructureerde face-to-face interviews met deskundigen.

Uit de resultaten is gebleken dat het zorg- en dienstaanbod binnen Wonen met een Plus De Koppel betreft: wijkverpleging, eerstelijns verblijf, respijtzorg en logeerverblijf, dagbesteding, huishouding, maaltijdvoorziening, vervoer, thuisbegeleiding, fysiotherapie, kapper, behandeling, RIBW en logeerkamers voor familie. Qua mogelijkheden worden er kansen gezien met betrekking tot: eerstelijns verblijf, dagbesteding, maaltijdvoorziening en vervoer. Al deze mogelijkheden hebben te maken met de herontwikkeling van het aanbod en niet zozeer een nieuw te ontwikkelen aanbod.

Middels dit onderzoek is bekend geworden welk zorg- en dienstaanbod binnen de Wmo 2015 valt, namelijk: wijkverpleging, maaltijdvoorziening, thuisbegeleiding, dagbesteding, respijtzorg, huishouding en het vervoer. De ondersteuningsvragers en zorgaanbieders moeten aan verschillende voorwaarden voldoen. Daarnaast is gebleken welke financieringsvormen mogelijk zijn, namelijk: zorg in natura, financiële tegemoetkoming en het persoonsgebonden budget. Ook is middels dit onderzoek bekend geworden welk zorg- en dienstaanbod binnen de Zvw valt, namelijk: behandeling, fysiotherapie, wijkverpleging en het eerstelijns verblijf inclusief huishouding en maaltijdvoorziening. De verzekerden en zorgaanbieders moeten aan verschillende voorwaarden voldoen. Tot slot is gebleken welke financieringsvormen mogelijk zijn, namelijk: het naturamodel, het restitutiemodel en het Zvw-pgb.

In de laatste onderzoeksvraag is bekend geworden welk zorg- en dienstaanbod binnen de Wlz valt, namelijk: wijkverpleging, huishouding, maaltijdvoorziening, dagbesteding, vervoer en de respijtzorg. Tevens is er binnen de Wlz sprake van overgangsrecht voor cliënten met een verblijfsindicatie uit de AWBZ, deze indicatie blijft erkend. De verzekerden en zorgaanbieders moeten aan een aantal voorwaarden voldoen. Tot slot is gebleken welke financieringsvormen mogelijk zijn, namelijk: zorg in natura (verblijf in een instelling, volledig pakket thuis en modulair pakket thuis), het persoonsgebonden budget en het modulair pakket thuis in combinatie met een persoonsgebonden budget.

Alle uitkomsten van bovenstaande onderzoeksvragen zijn samengevoegd, met uitzondering van de voorwaarden, in één overzichtelijke tabel. Aanbevelingen zijn het nader onderzoeken van de verschillende mogelijkheden, nader onderzoek naar de uitkomsten van deze scriptie en tot slot nader onderzoek naar de continu veranderende wet- en regelgeving. Naar aanleiding van het onderzoek is een beroepsproduct ontwikkeld. Deze dient als hulpmiddel voor medewerkers binnen Wonen met een Plus De Koppel.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	2
SAMENVATTING	3
INLEIDING	6
AFKORTINGENLIJST	7
HOOFDSTUK 1: INLEIDING	8
1.1. Aanleiding	8
1.1.1. Achtergrond hervorming langdurige zorg	8
1.1.2. Wet- en regelgeving langdurige zorg	9
1.1.3. Situatie binnen ZorgAccent	9
1.2. Doelstelling	9
1.3. Probleemstelling	10
1.4. Onderzoeksvragen	10
HOOFDSTUK 2: METHODOLOGIE	11
2.1. Methoden van onderzoek	11
2.1.1. Wat is het zorg- en dienstaanbod en wat zou dit eventueel kunnen zijn binnen Wonen met een Plus en door wie wordt het aanbod geleverd?	11
2.1.2. Onderzoeksvragen met betrekking tot de Wmo 2015, Zvw en Wlz	12
2.2. Zoekplan	13
2.3. Wettelijke kaders	14
2.3.1. Wettelijk kader: Wet maatschappelijke ondersteuning 2015	15
2.3.2. Wettelijk kader: Zorgverzekeringswet	16
2.3.3. Wettelijk kader: Wet langdurige zorg	17
HOOFDSTUK 3: HET ZORG- EN DIENSTAANBOD BINNEN WONEN MET EEN PLUS DE KOPPEL ...	18
HOOFDSTUK 4: BEKOSTIGING EN VOORWAARDEN VAN HET ZORG- EN DIENSTAANBOD BINNEN DE WMO 2015	22
4.1. Achtergrond Wet maatschappelijke ondersteuning 2015	22
4.2. Voorzieningen, bijhorende voorwaarden en de financiering	22
4.2.1. Voorzieningen	22
4.2.2. Voorwaarden cliënten	26
4.2.3. Voorwaarden aanbieders	26
4.2.4. Financiering	29
4.3. Toepassing van de voorzieningen op het zorg- en dienstaanbod van Wonen met een Plus De Koppel	32
4.4. Eventuele mogelijkheden met betrekking tot het zorg- en dienstaanbod	34
4.4.1. Dagbesteding	34
4.4.2. Vervoer	35
4.4.3. Maaltijdvoorziening	36
HOOFDSTUK 5: BEKOSTIGING EN VOORWAARDEN VAN HET ZORG- EN DIENSTAANBOD BINNEN DE ZVW	37
5.1. Achtergrond Zorgverzekeringswet	37
5.2. Voorzieningen, bijhorende voorwaarden en de financiering	37
5.2.1. Voorzieningen	37
5.2.2. Voorwaarden cliënten	40

5.2.3. Voorwaarden aanbieders	41
5.2.4. Financiering	42
5.3. Toepassing van de voorzieningen op het zorg- en dienstaanbod van Wonen met een Plus De Koppel	45
5.4. Eventuele mogelijkheden met betrekking tot het zorg- en dienstaanbod	46
HOOFDSTUK 6: BEKOSTIGING EN VOORWAARDEN VAN HET ZORG- EN DIENSTAANBOD BINNEN DE WLZ.....	48
6.1. Achtergrond Wet langdurige zorg	48
6.2. Voorzieningen, bijhorende voorwaarden en de financiering.....	48
6.2.1. Voorzieningen	48
6.2.2. Voorwaarden cliënten	51
6.2.3. Voorwaarden aanbieders	54
6.2.4. Financiering	55
6.3. Toepassing van de voorzieningen op het zorg- en dienstaanbod van Wonen met een Plus De Koppel	58
6.4. Eventuele mogelijkheden met betrekking tot het zorg- en dienstaanbod	59
HOOFDSTUK 7: CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN.....	60
7.1. Conclusies	60
7.1.1. Wat is het zorg- en dienstaanbod en wat zou dit eventueel kunnen zijn binnen Wonen met een Plus en door wie wordt het aanbod geleverd?	60
7.1.2. Welke zorg en diensten vallen binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en op welke wijze worden deze bekostigd en welke voorwaarden zijn eraan verbonden?	62
7.1.3. Welke zorg en diensten vallen binnen de Zorgverzekeringswet en op welke wijze worden deze bekostigd en welke voorwaarden zijn eraan verbonden?	62
7.1.4. Welke zorg en diensten vallen binnen de Wet langdurige zorg en op welke wijze worden deze bekostigd en welke voorwaarden zijn eraan verbonden?	63
7.1.5. Conclusie op de probleemstelling	63
7.2. Aanbevelingen en beroepsproduct.....	65
7.2.1. Aanbevelingen	65
7.2.2. Beroepsproduct	66
BRONNENLIJST	67
BIJLAGEN	70
Bijlage 1. Beroepsproduct	70
Bijlage 2. De op het individu toegesneden voorzieningen van de gemeente Almelo	72
Bijlage 3. Zorgprofielen Wet langdurige zorg.....	75
Bijlage 4. Omrekentabel en tarieven persoonsgebonden budget Wet langdurige zorg	90
Bijlage 5. Zoekplan	92
Bijlage 6. Topiclijst	93
Bijlage 7. Uitwerking van de interviews en het werkoverleg	95
Bijlage 8. Verklaring gebruikte hulpmiddelen, ABR&R 2016 – 2017.....	101

INLEIDING

Dit onderzoek wordt uitgevoerd naar aanleiding van het afstudeeronderzoek binnen Wonen met een Plus De Koppel (onderdeel van ZorgAccent). Binnen dit onderzoek wordt er onderzoek verricht naar het zorg- en dienstaanbod en de eventuele mogelijkheden binnen Wonen met een Plus De Koppel. Daarnaast wordt er onderzoek verricht naar de bekostiging en voorwaarden vanuit de relevante wet- en regelgeving. Het doel van dit onderzoek is het inzichtelijk krijgen van de bekostiging en bijbehorende voorwaarden van het zorg- en dienstaanbod.

In het onderzoek zal allereerst in hoofdstuk één naar voren komen: de aanleiding, doelstelling, probleemstelling en onderzoeksvragen. Ten tweede volgt het hoofdstuk methodologie. Binnen dit hoofdstuk worden de verschillende methoden van onderzoek besproken. Daarnaast wordt het zoekplan en de verschillende wettelijke kaders weergegeven.

Daarna worden in hoofdstuk drie, vier, vijf en zes de resultaten op de verschillende onderzoeksonderwerpen weergegeven. In hoofdstuk drie wordt het zorg- en dienstaanbod binnen Wonen met een Plus De Koppel besproken. Daarna worden in hoofdstuk vier, vijf en zes de bekostiging en voorwaarden van het zorg- en dienstaanbod behandeld. Dit wordt achtereenvolgens besproken vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg.

Tot slot wordt in hoofdstuk zeven de conclusies, aanbevelingen en het beroepsproduct beschreven. Allereerst worden de conclusies op de onderzoeksvragen en probleemstelling gegeven. Daarna worden de aanbevelingen beschreven en tot slot wordt uitleg gegeven over het ontwikkeld beroepsproduct.

AFKORTINGENLIJST

Afkorting	Betekenis
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BSN	Burgerservicenummer
CIZ	Centraal Indicatiestelling Zorg
Mpt	Modulair pakket thuis
Pgb	Persoonsgebonden budget
SVB	Sociale Verzekeringsbank
Vpt	Volledig pakket thuis
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Zvw	Zorgverzekeringswet

HOOFDSTUK 1: INLEIDING

In hoofdstuk één worden achtereenvolgens de aanleiding, doelstelling, probleemstelling en onderzoeksvragen besproken. Allereerst zal in de aanleiding de achtergrond van de langdurige zorg worden besproken, daarna de wet- en regelgeving rondom de langdurige zorg en tot slot zal de situatie binnen ZorgAccent besproken worden. Daarna zullen in de opeenvolgende paragrafen de doelstelling, probleemstelling en onderzoeksvragen met betrekking tot dit onderzoek besproken worden.

1.1. Aanleiding

In de aanleiding wordt allereerst de achtergrond van de hervorming van de langdurige zorg besproken. Daarna wordt de wet- en regelgeving die samenhangt met de langdurige zorg kort besproken en tot slot wordt uitleg gegeven over de situatie binnen ZorgAccent.

1.1.1. Achtergrond hervorming langdurige zorg

Dit onderzoek wordt uitgevoerd naar aanleiding van de hervorming van de langdurige zorg en de complexiteit die deze hervorming met zich meebrengt. Deze hervorming heeft alles te maken met de verandering van de verzorgingsstaat naar de participatiesamenleving.

In de troonrede op Prinsjesdag in 2013 sprak koning Willem-Alexander voor het eerst over de participatiesamenleving. In deze troonrede vertelde hij dat in deze huidige netwerk- en informatiesamenleving mensen mondiger en zelfstandiger zijn dan vroeger. Daarnaast voldoet ons publieke stelsel van voorzieningen niet meer aan de eisen van deze tijd door maatschappelijke ontwikkelingen zoals vergrijzing. De financiële en economische crisis heeft dit eens te meer duidelijk gemaakt. De zorg werd onbetaalbaar door het geldtekort in de financiële en economische crisis, terwijl het aantal mensen dat zorg nodig had bleef groeien. De mondigheid en zelfstandigheid van mensen, gecombineerd met de noodzaak om het tekort van de overheid terug te dringen leidt ertoe dat de verzorgingsstaat langzaam maar zeker in een participatiesamenleving gaat veranderen. Van iedereen die dat kan, wordt gevraagd verantwoordelijkheid te nemen voor zijn of haar eigen leven en omgeving.¹

Naast de verandering naar de participatiesamenleving heeft Willem-Alexander in deze troonrede gesproken over de hervorming van de langdurige zorg. In de troonrede wordt gesproken over de regering die in het parlementaire jaar van 2014 met een voorstel zal komen om de langdurige zorg grondig te hervormen. De reden voor deze hervorming zijn de uitgaven voor de langdurige zorg die explosief blijven stijgen.²

Anno 2017 is de participatiesamenleving in volle opkomst en is het begrip “participeren” niet meer weg te denken. Er wordt meer eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van mensen gevraagd. Zo moeten ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Ook is de langdurige zorg drastisch veranderd. Op 1 januari 2015 heeft de decentralisatie van overheidstaken naar gemeenten plaatsgevonden. De gemeenten zijn sinds de decentralisatie verantwoordelijk voor jeugdzorg, werk en inkomen en zorg aan langdurig zieken en ouderen. Gemeenten moeten ervoor zorgen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en daarbij andere mensen kunnen blijven ontmoeten. Daarbij wordt meer eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van mensen gevraagd. Gemeenten bekijken wat ouderen zelf nog kunnen en daarnaast wat familie, vrienden of burens kunnen doen. De gemeente kan hier zo nodig ondersteuning thuis bieden. Via de zorgverzekering kunnen mensen (medische) zorg thuis krijgen. Het recht op een verblijf in een zorginstelling is alleen nog beschikbaar voor mensen die de gehele dag zorg of toezicht nodig hebben, hierbij gaat het om zware zorg voor kwetsbare ouderen.³

¹ Rijksoverheid 2013.

² Rijksoverheid 2013.

³ Hervorming langdurige zorg, 2015.

1.1.2. Wet- en regelgeving langdurige zorg

Deze hervormde langdurige zorg is vastgelegd in verschillende wetten, namelijk: de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (hierna: Wmo 2015), de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). In de Wmo 2015 is vastgelegd dat gemeenten ondersteuning bieden bij zelfstandig wonen en meedoen in de maatschappelijk. Verpleging en verzorging thuis is opgenomen in de Zvw. En tot slot is in de Wlz de zware, intensieve zorg voor kwetsbare ouderen en gehandicapten geregeld.⁴

Het is een complex aanbod aan wet- en regelgeving. Er zijn namelijk veel verschillende wetten en al deze wetten bevatten verschillende normen die vaak moeilijk te interpreteren zijn. Daarnaast worden deze verschillende wetten door verschillende instanties gehandhaafd. Al met al is het een zeer complex aanbod.

1.1.3. Situatie binnen ZorgAccent

Binnen Wonen met een Plus in de Koppel te Almelo doet zich een dergelijk probleem voor met betrekking tot de hervorming van de langdurige zorg. Dit probleem wordt in deze paragraaf beschreven. ‘Wonen met een Plus’ is een nieuw woonconcept van ZorgAccent en is gericht op ouderen. Dit woonconcept is ontwikkeld naar aanleiding van de hervorming van de langdurige zorg. ZorgAccent creëert hiermee een beschermde omgeving waar huurders zelfstandig kunnen (blijven) wonen. Men huurt een eigen appartement waar zij zichzelf kunnen zijn en waar zij hun eigen regie kunnen voeren. Daarnaast heeft De Koppel een uitgebreid zorg- en dienstaanbod, hier kunnen huurders gebruik van maken wanneer zij dat wensen. In deze situatie is er sprake van een gemengde overeenkomst.⁵

Het uitgebreide zorg- en dienstaanbod wordt bekostigd vanuit de verschillende wettelijke kaders rondom de langdurige zorg. Zoals hierboven beschreven is het een complex stelsel en dit maken de mogelijkheden omtrent de (ouderen) zorg zeer ingewikkeld voor ouderen, maar vooral ook voor ZorgAccent en hun medewerkers. Medewerkers zijn zoekende naar de verschillende mogelijkheden. Daarnaast zijn er verschillende partijen met hun eigen visie en zij blijven onbewust denken ‘binnen de lijnen’ van de oude wetgeving.

Binnen ZorgAccent staat de cliënt voorop, daar gaan zij voor. Echter stellen medewerkers, door het complexe stelsel aan wet- en regelgeving, andere prioriteiten. Door het doen van een onderzoek naar de mogelijkheden met betrekking tot de bekostiging van het zorg- en dienstaanbod zal het team geholpen kunnen worden. Dit zal de werknemers tot nieuwe inzichten kunnen leiden en onduidelijkheden/onwetendheid weg kunnen nemen, waardoor de kwaliteit van de zorg voor de cliënt beter tot zijn recht komt. Daarnaast zal dit op een efficiënte en eenvoudige wijze te vinden moeten zijn voor de medewerkers, zodat zij daarmee geholpen kunnen worden binnen het complexe stelsel van de verschillende wettelijke kaders. Tot slot dient het een onafhankelijk onderzoek te zijn, zodat er met een frisse blik naar de verschillende mogelijkheden wordt gekeken.

1.2. Doelstelling

Het onderzoek heeft tot doel om inzicht te krijgen in de mogelijkheden met betrekking tot de bekostiging van het zorg- en dienstaanbod voor ouderen binnen Wonen met een Plus in De Koppel te Almelo. Daarnaast dient deze informatie op een efficiënte en eenvoudige wijze te vinden zijn voor medewerkers. Daarnaast heeft het onderzoek ten doel om discussie op gang te brengen tussen en binnen de verschillende partijen wanneer blijkt dat de uitkomsten van het onderzoek afwijken in tegenstelling tot hoe men nu de wet- en regelgeving interpreteert.

⁴ Hervorming langdurige zorg 2015.

⁵ Op grond van artikel 6:215 BW.

1.3. Probleemstelling

Welk zorg- en dienstaanbod is er en zou er eventueel ontwikkeld kunnen worden voor ouderen binnen Wonen met een Plus in De Koppel te Almelo? En vanuit welke relevante wet- en regelgeving kunnen deze worden bekostigd en aan welke voorwaarden moet in dat geval worden voldaan?

1.4. Onderzoeksvragen

1. Wat is het zorg- en dienstaanbod en wat zou dit eventueel kunnen zijn binnen Wonen met een Plus en door wie wordt het aanbod geleverd?
2. Welke zorg en diensten vallen binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en op welke wijze worden deze bekostigd en welke voorwaarden zijn eraan verbonden?
3. Welke zorg en diensten vallen binnen de Zorgverzekeringswet en op welke wijze worden deze bekostigd en welke voorwaarden zijn eraan verbonden?
4. Welke zorg en diensten vallen binnen de Wet langdurige zorg en op welke wijze worden deze bekostigd en welke voorwaarden zijn eraan verbonden?

HOOFDSTUK 2: METHODOLOGIE

In hoofdstuk twee worden allereerst de methoden van onderzoek besproken. Deze paragraaf is opgesplitst in twee delen, in het eerste deel wordt uitleg gegeven over de onderzoeksvraag met betrekking tot het zorg- en dienstaanbod binnen Wonen met een Plus De Koppel. In het tweede deel wordt uitleg gegeven over de onderzoeksvragen met betrekking tot de Wmo 2015, Zvw en Wlz. Daarna is in paragraaf 2.2. het zoekplan opgenomen. Tot slot zijn in laatste paragraaf de wettelijke kaders opgenomen, achtereenvolgens de Wmo 2015, Zvw en Wlz.

2.1. Methoden van onderzoek

Voor het formuleren van het antwoord op de probleemstelling zijn verschillende onderzoeksvragen opgesteld. Deze onderzoeksvragen worden onderzocht aan de hand van verschillende onderzoeksmethoden.⁶ Per onderzoeksmethode zijn één of meerdere onderzoeksmethoden gekozen, hierover wordt uitleg gegeven in onderstaande paragrafen. Daarnaast wordt verantwoord waarom er is gekozen voor de gekozen onderzoeksmethoden.

2.1.1. Wat is het zorg- en dienstaanbod en wat zou dit eventueel kunnen zijn binnen Wonen met een Plus en door wie wordt het aanbod geleverd?

Onderzoeksvraag één bestaat uit twee onderdelen. Ten eerste dient er onderzoek te worden gedaan naar wat het zorg- en dienstaanbod is en door wie dat aangeboden wordt binnen Wonen met een Plus. Dit eerste onderdeel wordt beantwoord door middel van een interview. Het betreft een half gestructureerde face-to-face interview met een deskundige.⁷ Het interview heeft ten doel te exploreren naar de feitelijke situatie, het heeft uitdrukkelijk niet ten doel om te generaliseren. De deskundige betreft een wijkverpleegkundige die werkzaam is binnen Wonen met een Plus, er worden vragen gesteld omtrent het zorg- en dienstaanbod binnen Wonen met een Plus en daarnaast door wie dit aanbod geleverd wordt. Voor het interview wordt er gebruik gemaakt van een lijst met topics.⁸

Ten tweede zal er onderzoek gedaan worden naar de eventuele mogelijkheden qua zorg- en dienstaanbod binnen Wonen met een Plus. Naar aanleiding van de resultaten van de onderzoeksvragen 2, 3 en 4 zal naar voren komen of er andere mogelijkheden zijn qua zorg- en dienstaanbod. Deze wordt op dezelfde wijze als het eerste gedeelte (zoals hierboven) onderzocht.

Betrouwbaarheid en validiteit

Het betreft één interview met een deskundige, namelijk de wijkverpleegkundige. Omdat er is gekozen voor één interview die niet ten doel heeft om te generaliseren, is ervoor gekozen om deze niet specifiek te analyseren. Om de betrouwbaarheid en validiteit te garanderen worden de interviews op een bepaalde wijze uitgevoerd. Allereerst wordt er, zoals hierboven beschreven, gebruik gemaakt van een topiclijst. Op deze manier krijgt het interview een vaste vorm en worden er geen zijpaden ingeslagen. Daarnaast worden er allemaal open vragen gesteld, op deze manier is er zo min mogelijk sturing en heeft de geïnterviewde alle ruimte om te antwoorden. Tevens wordt er veel doorgevraagd om zo gedetailleerd mogelijke informatie te verkrijgen. Tot slot wordt er rondom iedere topic ter controle een controle vraag gesteld. Door deze werkwijze wordt er vertekening voorkomen en zijn de interviews betrouwbaar en valide.

⁶ Zoals beschreven in het boek Praktijkgericht juridisch onderzoek door Van Schaaijk 2011.

⁷ Zoals uitgewerkt door Van Schaaijk 2011, 4.6.2.

⁸ Hierbij wordt gebruik gemaakt van een aantal richtlijnen zoals beschreven door Baarda, De Goede & Teunissen 2005, p. 250.

2.1.2. Onderzoeksvragen met betrekking tot de Wmo 2015, Zvw en Wlz

Een aantal onderzoeksvragen zijn samengevoegd omdat deze onderzocht worden aan de hand van dezelfde onderzoeksmethoden. Het betreffen de volgende onderzoeksvragen:

2. Welke zorg en diensten vallen binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en op welke wijze worden deze bekostigd en welke voorwaarden zijn eraan verbonden?
3. Welke zorg en diensten vallen binnen de Zorgverzekeringswet en op welke wijze worden deze bekostigd en welke voorwaarden zijn eraan verbonden?
4. Welke zorg en diensten vallen binnen de Wet langdurige zorg en op welke wijze worden deze bekostigd en welke voorwaarden zijn eraan verbonden?

Voor het beantwoorden van onderzoeksvragen twee, drie en vier wordt gebruik gemaakt van rechtsbronnen- en literatuuronderzoek. Om tot een volledig antwoord te komen wordt er gebruik gemaakt van triangulatie, echter worden deze afgebakend tot twee methoden. De onderzoeksmethoden die gebruikt zullen worden zijn de inhoudsanalyse en interviews. Deze worden achtereenvolgens besproken.⁹

2.1.2.1. Inhoudsanalyse

Tijdens de inhoudsanalyse wordt er gekeken naar de betekenis van de verschillende rechtsregels binnen de Wmo 2015, Zvw en de Wlz, dit zijn dan ook direct de belangrijkste bronnen die geraadpleegd worden. Welke zorg en diensten vallen binnen deze wet? En daarnaast wordt onderzoek gedaan naar de manier van bekostiging en de voorwaarden die daarbij horen. Echter is bij het beantwoorden van de genoemde onderzoeksvragen alleen het analyseren van de letterlijke teksten niet voldoende, daarom wordt er gebruik gemaakt van verschillende bronnen om alle rechtsregels te interpreteren. De bronnen die gebruikt worden zijn andere regelingen, handboeken, monografieën, tekst en commentaar, vakliteratuur zoals tijdschriften en jurisprudentietijdschriften. Voor het interpreteren wordt er gebruik gemaakt van de verschillende interpretatiemethodes.¹⁰

De inhoudsanalyse is een voor de hand liggende onderzoeksmethode. De antwoorden op de onderzoeksvragen komen stuk voor stuk uit de wet. Het verloop zal er als volgt uitzien: allereerst zal in het algemeen geanalyseerd worden vanuit het perspectief van de genoemde wet- en regelgevingen. Daarna zal er steeds meer verdieping worden gezocht en zal er steeds meer specifieker geanalyseerd worden vanuit het perspectief van ZorgAccent.

Betrouwbaarheid en validiteit

Om de betrouwbaarheid te garanderen zal allereerst ervoor worden gezorgd dat alle bronnen controleerbaar zijn. Dit wordt beoogd door een goed notenapparaat en een adequate literatuurverwijzing.¹¹ Naast het controleerbaar zijn van de bronnen dienen deze bronnen van betrouwbare aard te zijn. Dit wordt gedaan aan de hand van zes aspecten die bij de beoordeling van de kwaliteit van de bronnen van belang zijn, namelijk: gezaghebbendheid van de auteur, objectiviteit, betrouwbaarheid, oorspronkelijkheid, volledigheid en nauwkeurigheid en actualiteit.¹² Ten tweede zal er telkens gekeken moeten worden of de gegevens geciteerd, geparafraseerd of samengevat mogen worden.¹³ Op deze wijze worden verkeerde/ valse opvattingen voorkomen en daarmee wordt de betrouwbaarheid verhoogd.

Om de validiteit te garanderen is het van belang dat het gehele stuk onderbouwd wordt met argumenten. Voor deze argumenten dienen zoals gezegd betrouwbare bronnen gebruikt te worden. De validiteit faalt wanneer er verbanden gelegd worden die er niet zijn, of door het doen van uitspraken die te algemeen zijn of als er eigenschappen, omstandigheden of redenen zijn die een andere interpretatie

⁹ Zoals beschreven door Van Schaaijk 2011, p. 88.

¹⁰ Zoals genoemd door Van Schaaijk 2001/5.4.

¹¹ Aan de hand van de Leidraad voor juridische auteurs 2016.

¹² Zoals in IJzermans & Van Schaaijk 2007, p.33-34.

¹³ Van Schaaijk 2011, p.112.

rechtvaardigen.¹⁴ Om dit te voorkomen wordt er bij ieder antwoord, argument etc. diverse bronnen geraadpleegd en deze bronnen worden altijd met elkaar in vergelijking gebracht.

2.1.2.2. Interviews

Ter vergelijking en verdieping op de inhoudsanalyse zullen er meerdere interviews gehouden worden. De resultaten uit de interviews worden vergeleken met resultaten uit de inhoudsanalyse en daarnaast wordt de inhoudsanalyse aangevuld met de resultaten uit de verschillende interviews. Deze interviews leveren een bijdrage aan de interpretatie op de verschillende wet- en regelgevingen (Wmo 2015, Wlz en Zvw). Er is gekozen voor half gestructureerde face-to-face interviews met deskundigen.¹⁵ Net zoals bij onderzoeksvraag één worden er bij de interviews gebruikt gemaakt van topiclijsten, met de daarbij behorende richtlijnen.¹⁶

De deskundigen die geïnterviewd worden zijn medewerkers van ZorgAccent, het gaat hierbij om: cliëntadviseurs, medewerkers wijkservicecentrum, coaches en wijkverpleegkundigen. Er is gekozen voor deze medewerkers omdat zij gespecialiseerd zijn op het gebied van het zorg- en dienstenaanbod binnen Wonen met een Plus of omdat zij gespecialiseerd zijn in de wet- en regelgeving rondom de zorg. In totaal zullen er drie interviews gehouden worden en zal ik één werkoverleg van de wijkverpleegkundigen bijwonen. De uitkomsten van deze interviews zijn niet generaliserend, daarom is dit aantal voldoende. De populatie is bepaald naar aanleiding van de uitkomsten van inhoudsanalyse. Aan de hand daarvan is bekeken met welke personen een interview gehouden zal moeten worden.

Om de interviews te analyseren worden deze puntsgewijs uitgewerkt. Er zal geen systematische analyse plaatsvinden. Deze keuze is gemaakt omdat de interviews uitdrukkelijk niet ten doel hebben om te generaliseren. Zoals hierboven aangegeven dienen de interviews enkel ter aanvulling en ter controle op de uitkomsten van de inhoudsanalyse, daarmee is een zodanige systematische analyse overbodig.

Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid en validiteit wordt op dezelfde wijze gegarandeerd als in onderzoeksvraag één, zie daarvoor paragraaf 4.1.1. Daarnaast worden bij alle interviews dezelfde topiclijst gebruikt, zodat ieder interview op dezelfde wijze wordt uitgevoerd. Tot slot is het belangrijk te vermelden dat de uitkomsten van de interviews niet generaliserend zijn en daarmee dus valide zijn. Zoals uitgelegd zullen de uitkomsten uit de interviews enkel ter aanvulling en ter controle dienen. Er zullen geen resultaten gebaseerd worden of conclusies getrokken worden enkel op basis van de uitkomsten uit de interviews.

2.2. Zoekplan

Ter voorbereiding op het onderzoek is een zoekplan opgesteld. Dit zoekplan staat aan de basis van het onderzoek. Op deze manier is er namelijk vooronderzoek gedaan naar de verschillende wet- en regelgeving, onderwerpen etc. rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg. Door middel van dit zoekplan is het onderzoek afgebakend tot een aantal onderwerpen/ zoektermen. Het zoekplan is als bijlage opgenomen.¹⁷

¹⁴ Van Schaaijk 2011, p.112.

¹⁵ Van Schaaijk 2011, 4.6.2.

¹⁶ Baarda, De Goede & Teunissen 2005, p. 250.

¹⁷ Zie hiervoor bijlage vijf: zoekplan.

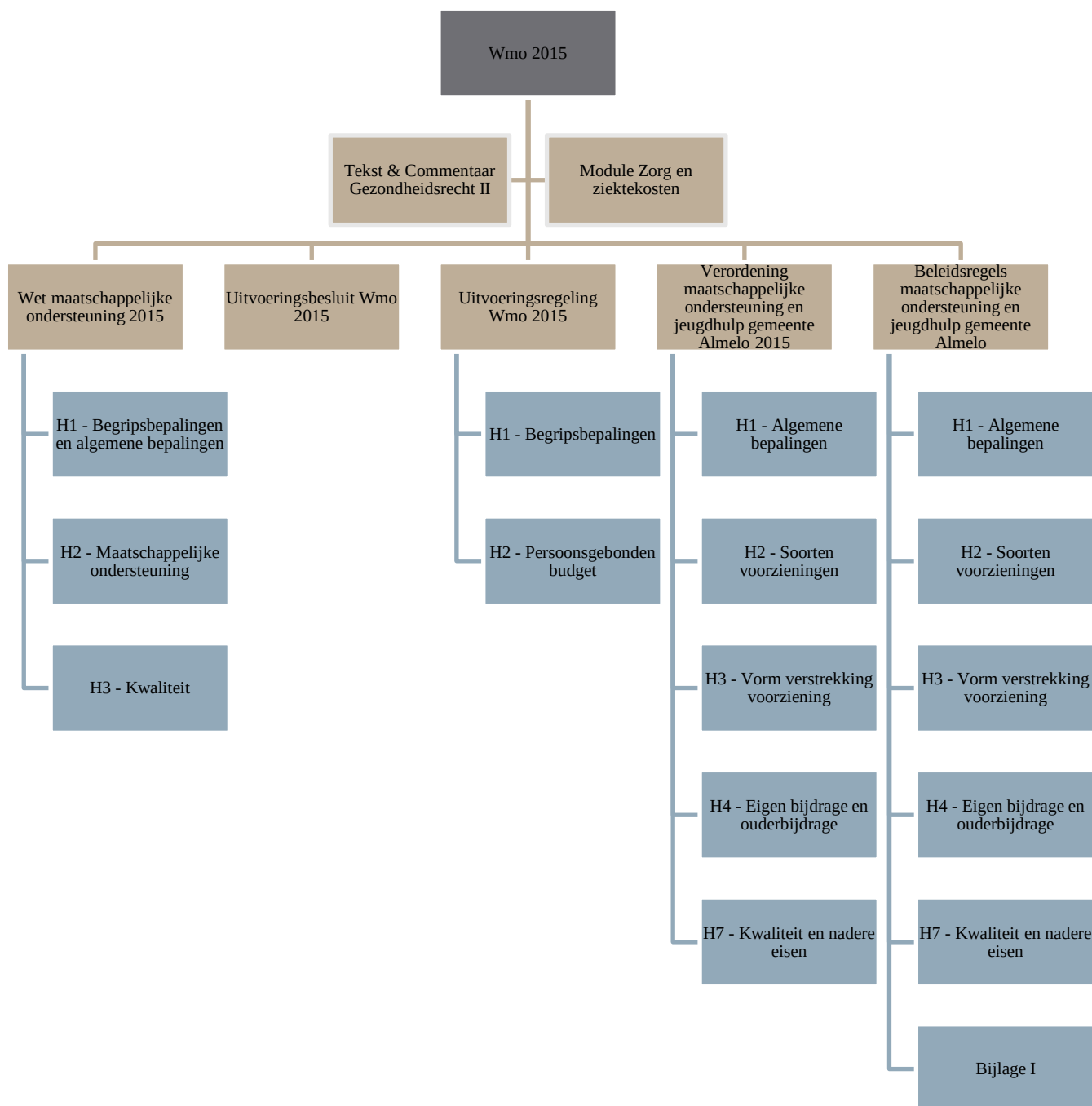
2.3. Wettelijke kaders

In deze paragraaf zijn alle wettelijke kaders uitgewerkt rondom de Wmo 2015, Zvw en Wlz, deze zijn elk in een aparte paragraaf uitgewerkt. Hieronder is een korte weergave opgenomen van het oude stelsel naar het huidige stelsel.



2.3.1. Wettelijk kader: Wet maatschappelijke ondersteuning 2015

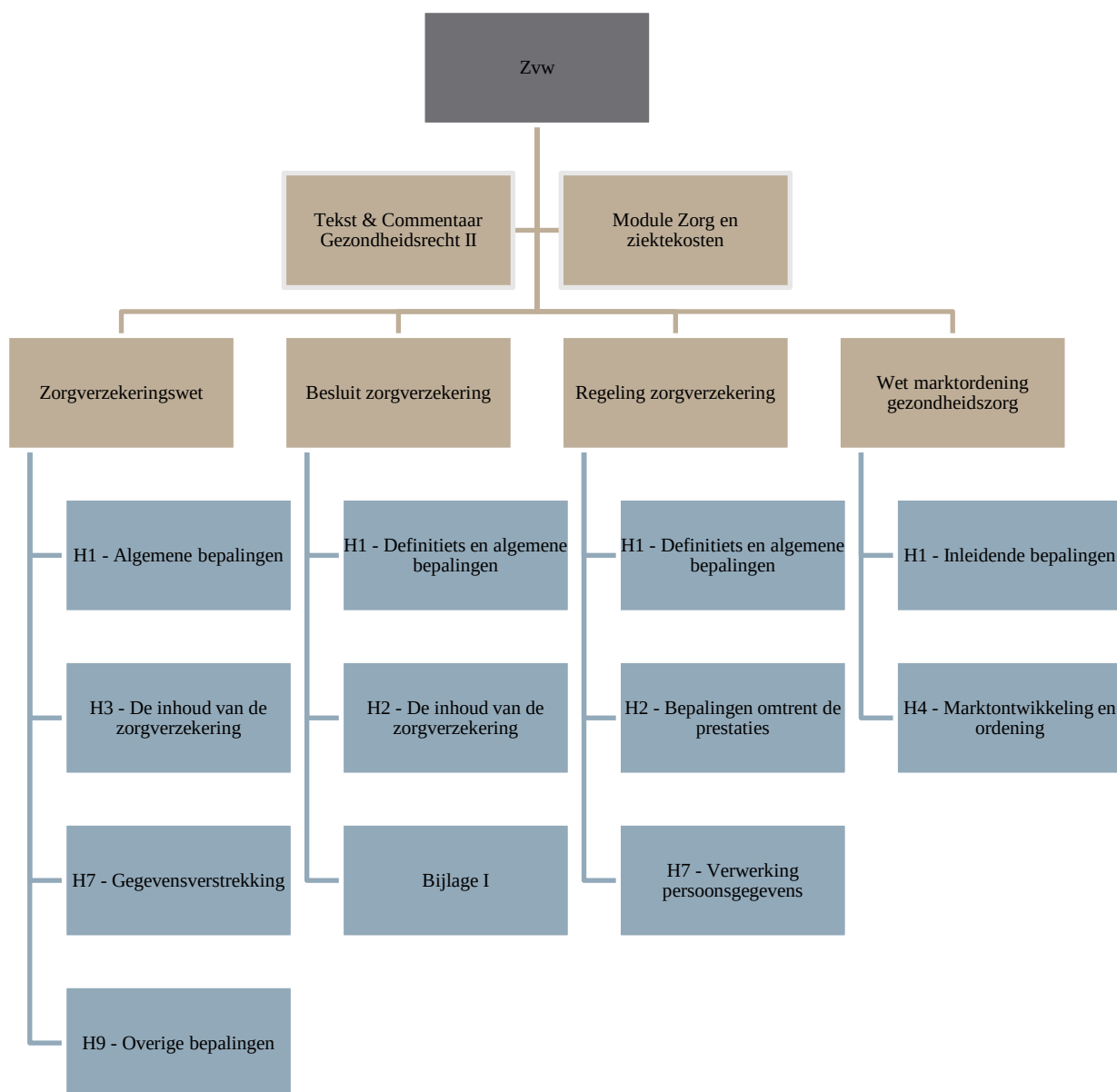
Naar aanleiding van de hervorming van de langdurige zorg is de ‘nieuwe’ ondersteuning opgenomen in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. In deze wet is opgenomen: ondersteuning bij zelfredzaamheid, ondersteuning bij participatie, beschermd wonen en opvang, ondersteuning mantelzorg en cliëntondersteuning.¹⁸ Hieronder is een overzicht opgenomen die het wettelijk kader weergeeft van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Dit kader is specifiek toegespitst op de gemeente Almelo.



¹⁸ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2016.

2.3.2. Wettelijk kader: Zorgverzekeringswet

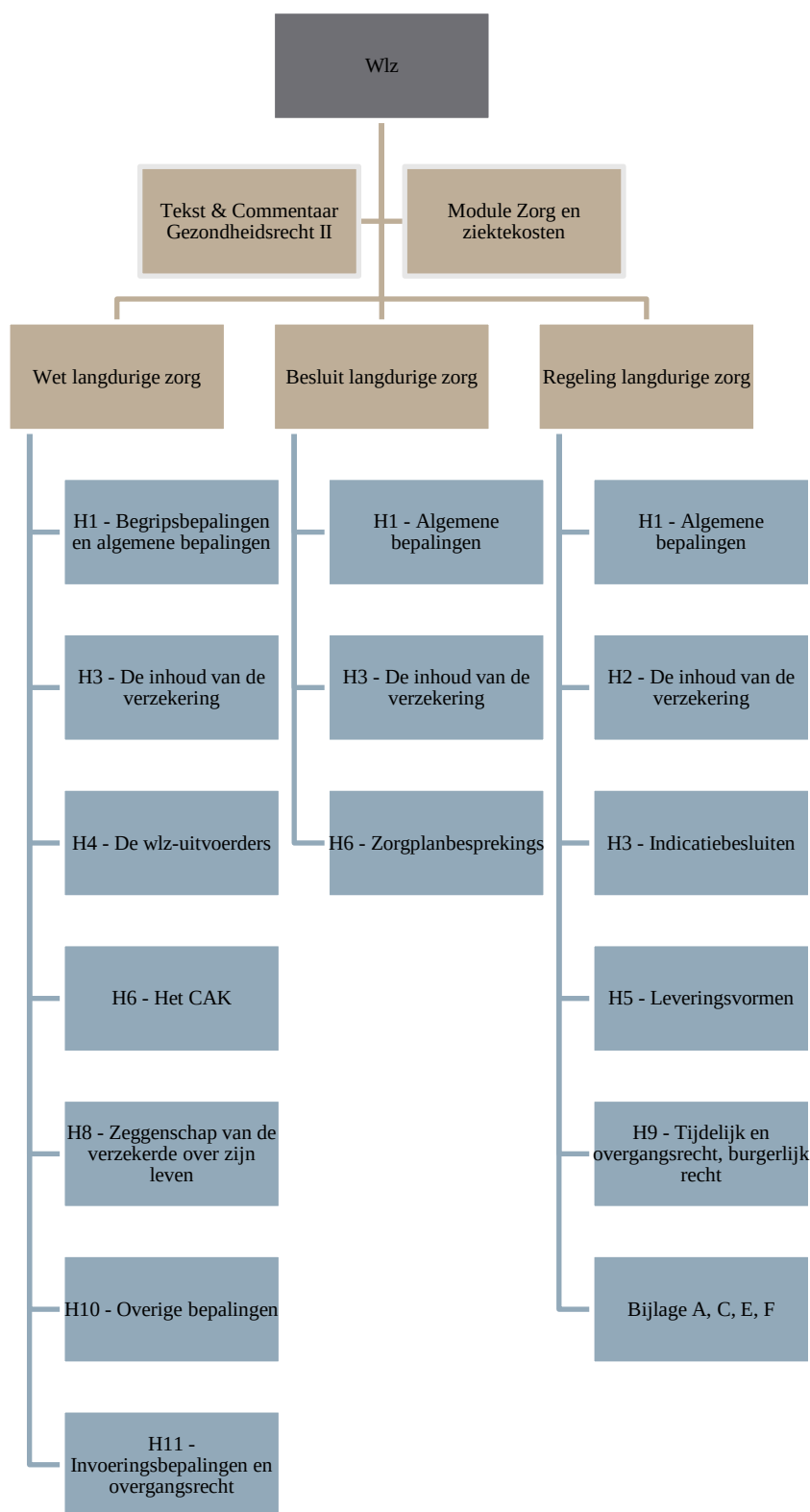
Naar aanleiding van de hervorming van de langdurige zorg is de ‘nieuwe’ zorg opgenomen in de Zorgverzekeringswet. In deze wet is opgenomen: wijkverpleging, persoonlijke verzorging, extramurale palliatieve zorg en intensieve kindzorg.¹⁹ Hieronder is een overzicht opgenomen die het wettelijk kader weergeeft van de Zorgverzekeringswet.



¹⁹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2016.

2.3.3. Wettelijk kader: Wet langdurige zorg

Naar aanleiding van de hervorming van de langdurige zorg is de zorg opgenomen in de Wet langdurige zorg. In deze wet is opgenomen: recht op zorg (in een instelling of thuis, zorg in natura of met pgb), permanent toezicht of 24 uren zorg nabij, langdurige GGZ, zorg voor de meest kwetsbare ouderen en mensen met een beperking en extramurale behandeling.²⁰ Hieronder is een overzicht opgenomen die het wettelijk kader weergeeft van de Wet langdurige zorg.



²⁰ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2016.

HOOFDSTUK 3: HET ZORG- EN DIENSTAANBOD BINNEN WONEN MET EEN PLUS DE KOPPEL

In hoofdstuk drie wordt het zorg- en dienst aanbod binnen Wonen met een Plus De Koppel besproken. Per aanbod wordt er uitleg gegeven over de doelgroep, degene die het aanbod uitvoert en de aard van het aanbod. Binnen Wonen met een Plus wordt het volgende zorg- en dienst aanbod aangeboden:

1. Wijkverpleging;
2. Eerstelijns verblijf;
3. Respijtzorg en logeerverblijf;
4. Dagbesteding en welzijnsactiviteiten;
5. Huishouding;
6. Maaltijdvoorziening;
7. Vervoer;
8. Thuisbegeleiding;
9. Fysiotherapie;
10. Kapper;
11. Behandeling;
12. RIBW;
13. Logeerkamers voor familie; en
14. Buurtkamer en vergaderruimtes.

Bovenstaand aanbod wordt hieronder nader besproken.

Ad 1. Wijkverpleging

Binnen De Koppel zijn er twee wijkteams, namelijk wijkteam de Koppel en wijkteam de Brouwerij. Zij hebben als doelgroep de huurders binnen Wonen met een Plus. Dit zijn voornamelijk ouderen op leeftijd maar dit kunnen ook bijvoorbeeld cliënten van de RIBW zijn. De wijkteams binnen De Koppel zijn kleine en zelfsturende teams en zijn onderdeel van ZorgAccent. Het team bestaat uit (wijk)verpleegkundigen en verzorgende IG'ers. Zij zijn verantwoordelijk voor de verzorging en verpleging van cliënten binnen De Koppel.

De wijkverpleging voorziet alle voorkomende handelingen zoals persoonlijke verzorging (bijvoorbeeld wassen en aankleden), verpleging (bijvoorbeeld wondverzorging) en het toedienen van medicijnen of injecties in overleg met de (huis)arts of specialist. Met uitzondering van de medische handelingen (medicijnen en injecties) kan het worden samengevat als de ADL: algemeen dagelijkse levensverrichtingen (handelingen die mensen normaal gesproken dagelijks verrichten). Daarnaast coördineert de wijkverpleging de zorg en houdt zij contact met de huisarts, fysiotherapeut en andere zorgverleners.

Ad 2. Eerstelijns verblijf

Binnen Wonen met een Plus De Koppel bestaat de voorziening 'eerstelijns verblijf' (hierna: ELV). De Koppel heeft hiervoor tien kamers beschikbaar. Het eerstelijns verblijf is erg in ontwikkeling. Het is namelijk een vrij nieuwe leveringsvorm van de overheid waarbinnen telkens nog veranderingen plaatsvinden.²¹

Het ELV is een kortdurend medisch noodzakelijk verblijf van minimaal 24 uur tot maximaal 18 weken. Het is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven. Deze mensen zijn in die situatie niet aangewezen op een opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling, waaronder (geriatrische) revalidatiezorg. Het doel is analyseren van de aandoeningen en/of beperkingen en deze opheffen of stabiliseren zodat terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie mogelijk is.

²¹ De ontwikkeling van ELV wordt nader besproken in hoofdstuk 5.4.

Binnen ELV zijn drie gradaties: laag complex, hoog complex en palliatieve terminale zorg. De Koppel biedt ELV voor hoog complexe zorg en palliatieve terminale zorg. Hoog complex houdt in: geneeskundige zorg voor meerdere en elkaar beïnvloedende aandoeningen of beperkingen. Algemene dagelijkse levensverrichtingen worden van de patiënt overgenomen en er wordt toezicht en sturing geboden. Palliatieve terminale zorg houdt in: geneeskundige zorg wegens een levensbedreigende ziekte of aandoening met een gemiddelde levensverwachting van minder dan drie maanden. Algemene dagelijkse levensverrichtingen worden van de patiënt veelal overgenomen, aansluitend bij het verloop van deze terminale levensfase. Binnen de ELV zijn veel verschillende hulpverleners met elkaar verbonden, namelijk: cliëntadviseurs, specialisten ouderengeneeskunde (en huisarts) en het zorgteam zoals de verpleegkundigen, verzorgende IG'ers en paramedici.²²

Ad 3. Respijtzorg en logeerverblijf

Respijtzorg is gericht op zorgbehoevenden en hun mantelzorgers. Het heeft tot doel om voornamelijk de mantelzorger te ontlasten, zodat diegene een 'adempauze' kan nemen. Mantelzorgers geven zorg aan hulpbehoevenden binnen hun directe omgeving (bijvoorbeeld de echtgenoot). Deze zorg kan erg zwaar zijn. Deze zorg betreft bijvoorbeeld: douchen, aankleden, helpen bij de maaltijd etc. Binnen de respijtzorg wordt de zorg tijdelijk en volledig overgenomen van de mantelzorger. De zorgbehoevende verblijft dan een aantal weken binnen De Koppel. Op deze manier kan de mantelzorger uitrusten en nieuwe energie opdoen. Doordat de mantelzorger af en toe de zorg uit handen kan geven, kan diegene de zorg langer volhouden en daardoor kan de zorgbehoevende langer thuis blijven wonen. Respijtzorg wordt geleverd door de wijkverpleging van ZorgAccent. Zij nemen de zorg over van de mantelzorger.

Wonen met een Plus De Koppel bevat naast de respijtzorg ook een hotelcomponent. Dit is ondergebracht in het logeerverblijf en valt onder het aanbod van ZorgAccent. Het logeerverblijf komt inhoudelijk overeen met respijtzorg en heeft eveneens tot doel om de mantelzorger te ontlasten. Het logeerverblijf bestaat voor mensen die niet in aanmerking komen voor respijtzorg, maar waarbij de mantelzorger toch ontlast moet worden.²³ Deze mensen kunnen er dan voor kiezen om tijdelijk een appartement te huren binnen De Koppel. Met tijdelijk wordt een periode bedoeld die de mantelzorger nodig heeft om tot rust te komen. Meestal wordt er gesproken over een aantal weken. De zorg binnen het logeerverblijf wordt ook door de wijkverpleging geleverd.

Ad 4. Dagbesteding en welzijnsactiviteiten

De dagbesteding wordt zelfstandig gedraaid door het team dagbesteding en welzijnsactiviteiten van ZorgAccent. Maar deze valt wel onder de twee wijkteams binnen De Koppel. Het team bestaat voornamelijk uit opgeleide activiteitenbegeleiders, maar ook uit vrijwilligers. De doelgroep van de dagbesteding bestaat uit huurders van De Koppel en uit niet-huurders (mensen die niet binnen De Koppel wonen). Deze cliënten komen van buitenaf en komen alleen voor de dagbesteding naar De Koppel. Voor alle cliënten die naar de dagbesteding komen heeft de besteding tot doel om een zinvolle invulling van de dag te creëren. Vaak is hieraan een beschermde factor gekoppeld.

Naast de dagbesteding organiseert het team verschillende welzijnsactiviteiten voor huurders van De Koppel en derden. Dit houdt bijvoorbeeld in: bloemschikken, bingo, zang, gezellige avond etc. Voor deze activiteiten betalen de deelnemers een kleine bijdrage. Het betreffen namelijk activiteiten die niet gefinancierd worden vanuit bepaalde wet- en regelgeving.

Ad 5. Huishouding

Binnen Wonen met een Plus De Koppel krijgen huurders in hun appartement huishoudelijke hulp. Deze huurders betreffen voornamelijk ouderen op leeftijd. De huishoudelijke hulp wordt geleverd door ZorgAccent Huishoudelijke Hulp (nieuw: Thuisondersteuning²⁴), dit betreft een dochterorganisatie van ZorgAccent. In de huurovereenkomst zijn servicekosten opgenomen. Binnen deze servicekosten zijn dertig minuten huishoudelijke hulp per week gerekend. Iedere huurder binnen De Koppel ontvangt dus

²² Informatie van ZorgAccent 2017 en Nederlandse Zorgautoriteit 2017.

²³ Zie hoofdstuk 4.2.1.2. en 6.2.1. voor nadere uitleg omtrent het in aanmerking komen voor respijtzorg.

²⁴ Nadere uitleg over Thuisondersteuning volgt in paragraaf 4.4.3.

een half uur huishoudelijke hulp per week. De hulp wordt uitgevoerd door huishoudelijke medewerkers en betreft het schoonhouden van de woonruimte. Mochten dertig minuten hulp per week niet voldoende zijn dan wordt getracht om door middel van een indicatie (in het kader van de Wlz/ Wmo 2015) het aantal uren huishoudelijke hulp opgehoogd te krijgen.

Ad 6. Maaltijdvoorziening

Binnen Wonen met een Plus De Koppel is een zelfstandige keuken aanwezig, genaamd: ‘het Streekfornuus’. Deze keuken verzorgt maaltijdvoorzieningen en catering. Het Streekfornuus bereidt verse warme maaltijden voor huurders van De Koppel die daar gebruik van willen/ moeten maken. Daarnaast verzorgen en leveren zij ook maaltijdvoorzieningen in de wijk en De Hofkamp. Ook bestaat er de mogelijkheid om een catering te laten verzorgen door het Streekfornuus. Dit betreft commerciële catering voor bijvoorbeeld feestjes etc. De catering is verder niet van belang voor het onderzoek.

Ad 7. Vervoer

Het vervoer binnen Wonen met een Plus De Koppel is alleen van toepassing voor cliënten van de dagbesteding: het vervoer betreft het ophalen en terugbrengen van en naar de woning van de cliënt. Dit vervoer wordt geleverd door ZorgAccent. Zij beschikken over een aantal eigen vervoersbussen. Deze vervoersbussen worden voornamelijk gereden door vrijwilligers. Per bus zijn er minimaal twee vrijwilligers tegelijkertijd aanwezig. Op deze manier kan één vrijwilliger in de bus bij de cliënten blijven en de andere vrijwilliger kan de cliënt begeleiden naar de dagbesteding of zijn woning.

Binnen Wonen met een Plus De Koppel is geen vervoer aanwezig voor huurders die bijvoorbeeld vervoer nodig hebben naar het ziekenhuis of een andere afspraak. Huurders dienen zelf voor vervoer te zorgen. Tot slot is het van belang te weten dat per 1 januari 2018 het vervoer binnen de gemeente Almelo gewijzigd gaat worden. Vanaf dat moment gaan gemeenten zelf het vervoer aanbesteden in plaats van de zorgaanbieders.²⁵

Ad 8. Thuisbegeleiding

Binnen Wonen met een Plus De Koppel kunnen huurders, onder bepaalde voorwaarden, gebruik maken van de voorziening thuisbegeleiding. Deze dienst wordt geleverd door ZorgAccent, maar is niet specifiek gevestigd binnen De Koppel. Thuisbegeleiding bestaat voor mensen die de regie over het dagelijks leven (tijdelijk) kwijt zijn. De thuisbegeleiding helpt cliënten de regie terug in eigen handen te nemen en deze te houden. Daarnaast geven zij begeleiding met betrekking tot het vinden en gebruiken van de eigen kracht. De thuisbegeleider is specifiek opgeleid om ondersteuning te bieden bij het aanbrengen van structuur in de huishouding en/of de administratie en financiën, het vergroten van de opvoedingsvaardigheden, het versterken van communicatievaardigheden, omgaan met instanties, begeleiding bij psychisch en lichamelijk functioneren en invulling geven aan werk en vrije tijd.²⁶

Ad 9. Fysiotherapie

Binnen het gebouw van Wonen met een Plus De Koppel is een zelfstandige fysiotherapiepraktijk gevestigd, genaamd: Fysiotherapie De Koppel. De praktijk is onderdeel van Fysio-Almelo en is dus geen onderdeel van ZorgAccent. De praktijk is gericht op huurders binnen Wonen met een Plus De Koppel. Van maandag tot en met vrijdag zijn er van 8.30 – 12.00 uur twee fysiotherapeuten aanwezig. De fysiotherapeuten behandelen mensen op het gebied van fysiotherapie en oefentherapie.

Ad 10. Kapper

Binnen het gebouw van Wonen met een Plus De Koppel is een zelfstandige kapperszaak gevestigd. De zaak is elke donderdag geopend. Deze kapperszaak is geen onderdeel van ZorgAccent. De kapperszaak richt zich, door de ligging van de zaak, vooral op huurders binnen De Koppel. De kosten van de kapper worden door de gebruikers zelf betaald, net zoals bij een normale kappersafspraak.

²⁵ Nadere uitleg over de veranderingen volgt in paragraaf 4.4.2.

²⁶ ZorgAccent 2017.

Ad 11. Behandeling

Deze dienst is eigenlijk niet meer aan de orde binnen Wonen met een Plus. In het toenmalige verzorgingstehuis waren alle bewoners gekoppeld aan één huisarts. Deze arts had een vaste praktijkruimte binnen het tehuis. In de huidige situatie is er nog steeds een praktijkruimte beschikbaar binnen De Koppel. Elke woensdag is in deze ruimte een vaste (zelfstandige) huisarts aanwezig. Het verschil is dat de huurders nu vrij zijn in de keuze met betrekking tot de huisarts. Dit betekent dat er ook meerdere huisartsen ‘rondlopen’ binnen het gebouw. Binnen de behandeling betreft het de huisartsenzorg, maar het is niet meer de ‘behandeling’ door één huisarts zoals voorheen.

Ad 12. RIBW

De appartementen die verhuurd zijn aan de RIBW is een aanbod dat binnen Wonen met een Plus De Koppel niet door ZorgAccent geleverd wordt. RIBW Groep Overijssel begeleidt mensen met een (ernstige) psychische/psychiatrische beperking en hun netwerk om hun leven zelfstandig vorm te geven. De RIBW heeft een eigen kantoor waar elke dag iemand aanwezig is. Zij zijn zelf verantwoordelijk voor de begeleiding van de RIBW-cliënten. De verpleging, verzorging en welzijn gaat, op aanvraag, via de wijkverpleging van De Koppel. Mocht een cliënt van de RIBW zorg vanuit de wijkverpleging nodig hebben, dan kunnen deze op basis van een contract zorg inkopen bij ZorgAccent. De RIBW is verantwoordelijk voor het beschikbare budget van de cliënt. ZorgAccent declareert op zijn beurt de zorg op rekening bij de RIBW. Daarom is ervoor gekozen om de RIBW niet nader te bespreken binnen dit onderzoek.

Ad 13. Logeerkamers voor familie

Binnen Wonen met een Plus De Koppel worden logeerkamers voor familieleden aangeboden. Deze dienst wordt geleverd door ZorgAccent. De logeerkamers zijn kamers die speciaal voor de familieleden van de cliënt zijn ingericht. Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om familieleden die ver weg van een cliënt wonen die tijdelijke is opgenomen binnen de ELV. Familieleden kunnen tegen betaling gebruikmaken van deze kamers.

Ad 14. Buurtkamer en vergaderruimtes

Binnen Wonen met een Plus is naast al het bovenstaande aanbod een buurtkamer en meerdere vergaderruimtes beschikbaar. Deze ruimtes worden aangeboden door ZorgAccent. De buurtkamer is gericht op huurders, familie en wijkbewoners. Zij kunnen hiervan gebruik maken om bijvoorbeeld samen te koken of een verjaardag te vieren. Naast de buurtkamer zijn er een aantal vergaderruimtes beschikbaar. Deze ruimtes kunnen gebruikt worden voor vergaderingen, besprekingen etc. De buurtkamer en vergaderruimtes zijn verder niet belang voor het onderzoek. Ze zijn namelijk vrij beschikbaar of tegen een afgesproken vergoeding. Daarom is ervoor gekozen om dit niet nader te bespreken binnen het onderzoek.

HOOFDSTUK 4: BEKOSTIGING EN VOORWAARDEN VAN HET ZORG- EN DIENST-AANBOD BINNEN DE WMO 2015

In hoofdstuk vier worden de bekostiging en voorwaarden van het zorg- en dienstaanbod besproken die binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 vallen. In de eerste paragraaf wordt uitleg gegeven over de achtergrond van deze wet. Paragraaf 4.2. omvat achtereenvolgens de voorzieningen, de bijhorende voorwaarden en tot slot de financiering. Daarna worden de voorzieningen gekoppeld aan het zorg- en dienstaanbod binnen Wonen met een Plus De Koppel. En tot slot worden de eventuele mogelijkheden besproken met betrekking tot dit zorg- en dienstaanbod.

4.1. Achtergrond Wet maatschappelijke ondersteuning 2015

Per 1 januari 2015 heeft de overheid de langdurige zorg anders georganiseerd, ook wel genoemd de hervorming van de langdurige zorg. Deze hervorming heeft plaatsgevonden omdat ouderen zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen en mensen met een beperking willen zo zelfstandig mogelijk leven. Een andere belangrijke reden voor de hervorming van de langdurige zorg zijn de kosten van de zorg. Zonder deze hervorming zou de zorg onbetaalbaar worden. Sinds deze hervorming zijn er verschillende taken gedecentraliseerd naar de gemeente. Eén van deze taken is vastgelegd in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. In deze wet is opgenomen dat gemeenten ondersteuning bieden bij zelfstandig wonen en meedoen in de maatschappij. Daarnaast dienen gemeenten beschermd wonen te bieden voor mensen met een psychische aandoening.

Gemeenten zijn verantwoordelijk gemaakt voor de mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam kunnen zijn. Zij moeten ervoor zorgen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en andere mensen kunnen blijven ontmoeten. Daarbij wordt allereerst gekeken naar wat ouderen of mensen met een beperking zelf nog kunnen. Ook wordt er gekeken wat familie, vrienden of burens kunnen doen. De gemeente kan zo nodig ondersteuning thuis bieden.²⁷

4.2. Voorzieningen, bijhorende voorwaarden en de financiering

In de wet is opgenomen dat het gemeentebestuur zorg draagt voor de maatschappelijke ondersteuning en voor de kwaliteit en de continuïteit van de voorzieningen.²⁸ Deze twee onderdelen worden in onderstaande paragrafen besproken. Allereerst wordt het onderdeel ‘maatschappelijke ondersteuning’ besproken in paragraaf 4.2.1, in deze paragraaf worden alle voorzieningen besproken die door de gemeente Almelo aangeboden worden. Daarna worden alle voorwaarden besproken in paragraaf 4.2.2. Hierin is het onderdeel ‘kwaliteit en continuïteit van de voorzieningen’ opgenomen. Tot slot worden de verschillende financieringsvormen besproken.

4.2.1. Voorzieningen

Binnen de maatschappelijke ondersteuning van de gemeente Almelo is er sprake van algemene voorzieningen en maatwerkvoorzieningen, deze worden achtereenvolgens besproken in paragraaf 4.2.1.1. en 4.2.1.2. Allereerst zal uitleg gegeven worden over het begrip ‘maatschappelijke ondersteuning’.

²⁷ Rijksoverheid 2017.

²⁸ Op grond van artikel 2.1.1 Wmo 2015.

Zoals hierboven besproken draagt het gemeentebestuur zorg voor de maatschappelijke ondersteuning, onder ‘maatschappelijke ondersteuning’ wordt in de wet verstaan:

1. Bevorderen van de sociale samenhang, de mantelzorg en vrijwilligerswerk; de toegankelijkheid van voorzieningen, diensten en ruimten voor mensen met een beperking, de veiligheid en leefbaarheid in de gemeente, alsmede voorkomen en bestrijden van huiselijk geweld;
2. Ondersteunen van de zelfredzaamheid en de participatie van personen met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving;
3. Bieden van beschermd wonen en opvang.²⁹

De gemeenteraad dient periodiek een plan vast te stellen met betrekking tot het door het gemeentebestuur te voeren beleid met betrekking tot maatschappelijke ondersteuning.³⁰ Maatschappelijke ondersteuning kan bestaan uit een algemene voorziening of een maatwerk voorziening. Kenmerkend voor een algemene voorziening is dat het gaat om in beginsel vrij toegankelijke - dat wil zeggen zonder voorafgaand diepgaand onderzoek naar behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van gebruikers - diensten, activiteiten of zaken, gericht op zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen of opvang. Dit beleid moet worden beschreven door de gemeente in het beleidsplan.³¹

Iemand heeft recht op een algemene voorziening indien hij³² niet in staat is om op eigen kracht of met behulp van zijn sociale netwerk zelfredzaam te zijn of maatschappelijk te participeren. In bepaalde situaties lost het gebruik van een algemene voorziening het probleem niet of onvoldoende op. In dat geval zal de gemeente (op aanvraag) voor betrokkene zorgvuldig moeten bezien met welk pakket van diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen of andere maatregelen kan worden bewerkstelligd dat de zelfredzaamheid kan worden bevorderd, de betrokkene maatschappelijk kan participeren of dat wordt voorzien in de behoefte aan beschermd wonen of opvang. Hierbij zal het pakket afgestemd worden op de persoonskenmerken, behoeften en mogelijkheden van die persoon. Het begrip maatwerkvoorziening duidt aan dat het niet alleen gaat om één of meer concrete herhaalbaar in te zetten vormen van (een aanbod aan) activiteiten, maar onder omstandigheden ook een op maat van de persoon gesneden afgestemd geheel van maatregelen.³³

De voorzieningen voor de maatschappelijke ondersteuning van de gemeente Almelo zijn onder te verdelen in de op het individu toegesneden voorzieningen: de maatwerkvoorzieningen zoals genoemd in de Wmo 2015 en algemene voorzieningen: de algemene voorzieningen zoals genoemd in de Wmo 2015.³⁴

4.2.1.1. Algemene voorzieningen

Algemene voorzieningen zijn voorzieningen die op adequate wijze in de ondersteuningsbehoefte kunnen voorzien. Het kenmerk van deze algemene voorzieningen is dat deze (vrijwel) vrij toegankelijk zijn, hiervoor is geen besluit van de gemeente vereist. Algemene voorzieningen voor volwassenen en ouderen zijn: licht ambulante hulp, dagactiviteiten ouderen, vervoers- en oppasdienst en vrijwillige ouderenadviseur.³⁵ Het betreft geen limitatieve opsomming, de voorzieningen die genoemd zijn in het beleid worden vertegenwoordigd door andere organisaties dan ZorgAccent.

²⁹ Op grond van artikel 1.1.1 lid 1 Wmo 2015.

³⁰ Op grond van artikel 2.1.2 lid 1 Wmo 2015.

³¹ Zoals beschreven door Van den Ende, in: *T&C Gezondheidsrecht II* 2015, art. 1.1.1 Wmo 2015, aant. 3/4.

³² Omwille van de leesbaarheid is ervoor gekozen om hij-vorm te schrijven. In het geval waar ‘hij’ wordt gebruikt, dan wordt daarmee ook ‘zij’ bedoeld.

³³ Zoals beschreven door Van den Ende, in: *T&C Gezondheidsrecht II* 2015, art. 1.1.1 Wmo 2015, aant. 15.

³⁴ In de volgende paragrafen wordt nader ingegaan op de voorzieningen die de gemeente Almelo biedt. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de Wmo 2015 en de specifieke beleidsregels van de gemeente Almelo.

³⁵ Op grond van artikel 2.1.4 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

4.2.1.2. De op het individu toegesneden voorzieningen

Binnen de gemeente Almelo bestaan de op het individu toegesneden voorzieningen uit voorzieningen die gericht zijn op:

- Het bevorderen of in stand houden van de zelfredzaamheid of de mogelijkheid om te kunnen deelnemen aan het maatschappelijk verkeer en zo lang mogelijk in eigen leefomgeving te kunnen blijven wonen, of
- Het leveren van een passende bijdrage aan het voorzien in de behoefte aan beschermd wonen of opvang en aan het realiseren van een situatie waarin de ondersteuningsvrager in staat wordt gesteld zich zo snel mogelijk weer op eigen kracht te handhaven in de samenleving.³⁶ Deze laatste wordt niet verder uitgewerkt, omdat er binnen dit onderzoek geen sprake is of kan zijn van beschermd wonen.

Aan de hand van deze richtlijnen zijn er binnen de gemeente Almelo een aantal voorzieningen opgesteld, namelijk:

1. Ondersteuning zelfstandig leven;
2. Ondersteuning maatschappelijke deelname;
3. Ondersteuning mantelzorg door kortdurend verblijf;
4. Huishoudelijke ondersteuning;
5. Ondersteuning zelfstandig wonen;
6. Ondersteuning mobiliteit.³⁷

Ad 1. Ondersteuning zelfstandig leven

Onder ondersteuning zelfstandig leven wordt verstaan: het bevorderen of in stand houden van de zelfredzaamheid doormiddel van het ondersteuning bieden bij praktische vaardigheden, sociale vaardigheden en het aanbrengen van dagstructuur.³⁸

Binnen deze voorziening is er sprake van drie niveaus, namelijk: 1, 2 en 3. Niveau één betekent licht. Er is geen sprake van een noodzaak tot het overnemen van taken (de ondersteuningsvrager kan zelf om hulp vragen). Dit niveau is gericht op het stimuleren en toezicht waardoor de ondersteuningsvrager in staat is om zijn sociale leven zelfstandig vorm te geven. Niveau twee betekent middel. Hierbij is de ondersteuning meer een helpen bij het oplossen van problemen, het zelfstandig nemen van beslissingen, het regelen van dagelijkse bezigheden en de dagelijkse routine. De communicatie van de ondersteuningsvrager gaat niet altijd vanzelf. Het niet inzetten van ondersteuning kan leiden tot een opname of verwaarlozing. Niveau drie betekent zwaar. Hierbij is de ondersteuning gericht op het overnemen van taken door een professional. De ondersteuningsvrager kan niet zelfstandig problemen oplossen of besluiten nemen. Ook gaat het uitvoeren van eenvoudige taken en communiceren moeizaam. De ondersteuningsvrager is afhankelijk van de hulp van anderen met betrekking tot zijn dagstructuur en het voeren van de regie.³⁹

³⁶ Op grond van artikel 2.1 Verordening maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo 2015.

³⁷ Zoals opgenomen in beleidsregel 2.1-1 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

³⁸ Zoals opgenomen in beleidsregel 2.1-1 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

³⁹ Zoals beschreven in artikel 2.1, onderdeel 'Drie niveaus ondersteuning zelfstandig leven en maatschappelijke deelname' Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

Ad 2. Ondersteuning maatschappelijke deelname

Onder ondersteuning maatschappelijke deelname wordt verstaan: het bevorderen of in stand houden van de mogelijkheid om te kunnen deelnemen aan het maatschappelijk verkeer. Er wordt ondersteuning geboden bij zinvolle invulling van de dag en het aangaan van sociale contacten of om mantelzorgers te ontlasten. Binnen deze voorziening is er sprake van drie niveaus als hierboven beschreven.⁴⁰

Ad 3. Ondersteuning mantelzorg door kortdurend verblijf

Onder ondersteuning mantelzorg door kortdurend verblijf wordt verstaan: het bieden van ondersteuning aan de mantelzorger door tijdelijk verblijf buitenshuis, van degene die van zorg afhankelijk is, mogelijk te maken. Dit verblijf is met inbegrip van de dagbesteding.⁴¹

Ad 4. Huishoudelijke ondersteuning

Onder huishoudelijke ondersteuning wordt verstaan: het bieden van ondersteuning bij het uitvoeren van de huishoudelijke taken. Deze ondersteuning wordt geboden om de zelfredzaamheid van de ondersteuningsvrager te bevorderen of in stand te houden en zodat de ondersteuningsvrager kan blijven deelnemen aan het maatschappelijk verkeer. Er zijn aandachtsgebieden opgenomen om een “huishouden op orde” te realiseren, deze gebieden zijn: licht huishoudelijk werk, zwaar huishoudelijk werk, het doen van (strijk)was, boodschappen, maaltijdbereiding, overname van de regie over het huishouden.⁴²

Binnen de huishoudelijke ondersteuning is er sprake van twee varianten, namelijk: het standaardpakket en pluspakket. Het standaardpakket omvat de ondersteuning om te komen tot een huishouden dat op orde is. Het pluspakket kan aanvullend worden ingezet op het onderdeel ‘huishoudelijke ondersteuning’. Dit pakket wordt in principe niet verstrekt in combinatie met de voorziening ondersteuning zelfstandig leven.⁴³

Ad 5. Ondersteuning zelfstandig wonen

Onder ondersteuning zelfstandig wonen wordt verstaan: het bieden van ondersteuning bij het veilig thuis kunnen blijven wonen of het bezoekbaar maken van de woning. Deze ondersteuning bij het veilig thuis kunnen blijven wonen wordt geboden om de zelfredzaamheid te bevorderen of in stand te houden. De ondersteuning bij het bezoekbaar maken van de woning wordt geboden om de sociale contacten met ouder(s) en of kind(eren) te bevorderen of in stand te houden.⁴⁴

Ad 6. Ondersteuning mobiliteit

Onder ondersteuning mobiliteit wordt verstaan: het bieden van ondersteuning bij vervoer of verplaatsing. Deze ondersteuning wordt geboden om de zelfredzaamheid te bevorderen of in stand te houden en de mogelijkheid te bieden om te kunnen deelnemen aan het maatschappelijk verkeer.⁴⁵ Binnen de ondersteuning mobiliteit wordt er onderscheidt gemaakt tussen ‘normaal’ vervoer en rolstoel vervoer, hiervoor zijn verschillende tarieven opgenomen.

Als bijlage⁴⁶ is een uitgebreid overzicht opgenomen met daarin alle op het individu toegesneden voorzieningen van de gemeente Almelo, met de bijbehorende doelen en beoogde resultaten. De gemeente Almelo heeft als uitgangspunt dat wanneer geconcludeerd wordt dat een op het individu toegesneden

⁴⁰ Zoals opgenomen in beleidsregel 2.1-1 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

⁴¹ Zoals opgenomen in beleidsregel 2.1-1 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

⁴² Zoals opgenomen in beleidsregel 2.1-1 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

⁴³ Zoals beschreven in artikel 2.1, onderdeel ‘Huishoudelijke ondersteuning standaard en plus’ Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

⁴⁴ Zoals opgenomen in beleidsregel 2.1-1 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

⁴⁵ Zoals opgenomen in beleidsregel 2.1-1 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

⁴⁶ Zie bijlage twee: de op het individu toegesneden voorzieningen van de gemeente Almelo.

voorziening verstrekt zou moeten worden, deze voorziening ook daadwerkelijk op het individu moet zijn toegesneden. De in de beleidsregels opgenomen voorzieningen zijn dus geen limitatieve opsomming.⁴⁷

4.2.2. Voorwaarden cliënten

Om in aanmerking te komen voor een op het individu toegesneden voorziening dient de ondersteuningsvrager te voldoen aan verschillende voorwaarden. Ook worden de verschillende bepalingen besproken wanneer men geen recht heeft op een voorziening. Al deze voorwaarden en bepalingen worden achtereenvolgens in deze paragraaf besproken.

Een ondersteuningsvrager komt in aanmerking voor een op het individu toegesneden voorziening als deze behoort tot de doelgroep van de Wmo 2015 en eigen kracht, gebruikte hulp, mantelzorg, hulp van andere personen uit het sociale netwerk, algemeen gebruikelijke voorzieningen, algemene voorzieningen of andere voorzieningen (bijvoorbeeld Zvw of Wlz) geen adequate oplossing bieden voor de ondervonden problemen of beperkingen. De op het individu toegesneden voorziening is aan de orde als andere oplossingen niet adequaat zijn: het betreft een voorziening dat als vangnet dient. Om te bepalen of iemand tot de doelgroep behoort wordt er gekeken naar de woonplaats (inwoners gemeente Almelo), daarnaast dient er sprake te zijn van specifieke problemen of beperkingen die worden ondervonden. Dit wordt binnen de beleidsregels afgebakend tot ingezetenen die in verband met een beperking, chronische psychische of psychosociale problemen niet voldoende zelfredzaam zijn of niet in staat zijn tot participatie.⁴⁸

Als blijkt dat een op het individu toegesneden voorziening noodzakelijk is, dan verstrekt het college de goedkoopst adequate voorziening. Adequaat betekent dat de voorziening bruikbaar en toereikend moet zijn en dat de voorziening kwalitatief goed en veilig is.⁴⁹ Nadere uitleg volgt in paragraaf 4.2.3.1.

Tot slot heeft een ondersteuningsvrager geen recht op een voorziening met betrekking tot zelfredzaamheid en participatie indien de noodzaak tot ondersteuning te vermijden was en de voorziening voorzienbaar was en maatregelen getroffen konden worden om de hulpvraag overbodig te maken. Dit betekent dat de gevraagde voorziening kan worden afgewezen, als redelijkerwijze door de ondersteuningsvrager te voorzien is dat het handelen of juist het nalaten leidt tot een beroep op ondersteuning.⁵⁰ En daarnaast wordt een voorziening die noodzakelijk vervangen moet worden, alleen vervangen als de eerdere voorziening technisch afgeschreven is.⁵¹

4.2.3. Voorwaarden aanbieders

Aanbieders van voorzieningen worden geacht te voldoen aan verschillende voorwaarden, deze volgen uit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Hierna volgt eerst een korte inleiding waaruit deze voorwaarden volgen. Daarna wordt er dieper ingegaan op de verschillende voorwaarden, achtereenvolgens: kwaliteit van de zorg en klachtregeling/ medezeggenschapsregeling.

Allereerst is van belang te weten wat een ‘aanbieder’ inhoudt. Een aanbieder is een derde (natuurlijk of rechtspersoon) waarmee de gemeente een overeenkomst heeft gesloten, of diegene een subsidie

⁴⁷ Zoals beschreven in de algemene uitgangspunten van H2 Verordening maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo 2015.

⁴⁸ Op grond van artikel 2.2 Verordening maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo 2015 jo artikel 2.2.1 jo 2.2.1.1 jo 2.2.1.3 jo 2.2.2 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

⁴⁹ Op grond van artikel 2.2 Verordening maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo 2015 jo artikel 2.2.3 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

⁵⁰ Op grond van artikel 2.3 lid 1 Verordening maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo 2015 jo artikel 2.3.1 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

⁵¹ Op grond van artikel 2.3 lid 2 Verordening maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo 2015 jo artikel 2.3.2 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

toekent om bepaalde voorzieningen te leveren. Hierbij kan het gaan om een algemene of een maatwerkvoorziening. Geen aanbieder in de zin van de wet is een derde die jegens een cliënt voorzieningen levert waarbij betaald wordt met gebruikmaking van een persoonsgebonden budget. Een ‘niet-aanbieder’ (i.v.m. uitbetaling via pgb) kan zich daarnaast ook aan de gemeente verbinden tot het leveren van diensten of zaken in het kader van de wet, waardoor hij tegelijkertijd als aanbieder en als niet-aanbieder wordt aangemerkt.⁵²

Kortgezegd betekent dit dat er aanbieders zijn die afspraken hebben gemaakt met de gemeente en ‘niet-aanbieders’ die geen afspraken hebben gemaakt met de gemeente. En tot slot is er de ‘niet-aanbieder’ die tegelijkertijd ook afspraken heeft gemaakt met de gemeente en daardoor ook als aanbieder wordt aangemerkt. Daarmee kun je bijvoorbeeld denken aan een zorgleverancier die zorg levert aan cliënten die betalen via een pgb en aan cliënten die niet betalen via een pgb (zorg in natura). Als er sprake is van een pgb dan krijgt de ondersteuningsvrager een budget toegekend waarmee hij de benodigde zorg zelf kan inkopen. Hierbij is de ondersteuningsvrager niet afhankelijk van de verschillende aanbieders waarmee de gemeente afspraken heeft gemaakt. Meer uitleg omtrent de pgb, zorg in natura etc. volgt in paragraaf 4.2.4.1.

Het gemeentebestuur draagt zorg voor de kwaliteit en de continuïteit van de voorzieningen. Hierbij stelt de gemeenteraad bij verordening regels vast die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van het plan wat de gemeenteraad periodiek vaststelt met betrekking tot het door het gemeentebestuur uit te voeren beleid met betrekking tot maatschappelijk ondersteuning. In deze verordening zijn onder andere regels opgenomen met betrekking tot welke eisen worden gesteld aan kwaliteit van voorzieningen (eisen met betrekking tot deskundigheid van beroepskrachten daaronder begrepen) en ten aanzien van welke voorzieningen een klachtregeling en een medezeggenschapsregeling vereist is.⁵³

4.2.3.1. Kwaliteit van de zorg

Uit de wet blijkt dat de gemeente de eerstverantwoordelijke is waarbij het gaat om het stellen van regels over en het handhaven van kwaliteit van de ondersteuning. Daarnaast legt de wet een eigen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de voorzieningen bij de aanbieder die deze levert.⁵⁴ Aanbieders dragen er namelijk zorg voor dat de voorziening van goede kwaliteit is. Een voorziening dient in elk geval: veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht verstrekt, afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en op andere vormen van zorg of hulp die de cliënt ontvangt, verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard en tot slot verstrekt met respect voor en inachtneming van de rechten van de cliënt.⁵⁵

Bovenstaande regeling is nader uitgewerkt in de verordening en beleidsregels van de gemeente Almelo. In de verordening zijn kwaliteitseisen opgenomen voor aanbieders, welke overeenkomen met de in de wetgenoemde eisen, met betrekking tot het zorgen voor een goede kwaliteit van de op het individu toegesneden voorzieningen (verstrekt op grond van de Wmo 2015).⁵⁶ Met betrekking tot deze kwaliteitseisen wordt een driedeling gehanteerd, namelijk:

1. Eisen aan het resultaat van de dienstverlening;
2. Eisen aan de organisatie;
3. Eisen aan de beroepskracht.⁵⁷

⁵² Op grond van artikel 1.1.1 lid 1 Wmo 2015 en nadere uitleg door Van den Ende, in: *T&C Gezondheidsrecht II* 2015, art. 1.1.1 Wmo 2015, aant. 2.

⁵³ Op grond van artikel 2.1.1 lid 2 jo. artikel 2.1.2 lid 1 jo. artikel 2.1.3 lid 1 en 2 Wmo 2015.

⁵⁴ Zoals beschreven door Van den Ende, in: *T&C Gezondheidsrecht II* 2015, art. 3.1 Wmo 2015, aant. 2.

⁵⁵ Op grond van artikel 3.1 lid 1 jo lid 2 Wmo 2015.

⁵⁶ Zoals opgenomen in artikel 7.2 Verordening maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo 2015.

⁵⁷ Zoals opgenomen in artikel 7.2 lid 3 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

Ad 1. Eisen aan het resultaat van de dienstverlening

De ondersteuning dient een bijdrage te leveren aan het bevorderen of in stand houden van de zelfredzaamheid of de mogelijkheid om te kunnen deelnemen aan het maatschappelijk verkeer. In het ondersteuningsplan worden resultaten geformuleerd die met de ondersteuning moeten worden bereikt. De regisseur monitort of evalueert periodiek of het afgesproken resultaat met de gekozen vorm van ondersteuning wel wordt behaald.⁵⁸

Ad 2. Eisen aan de organisatie

De organisatie van aanbieders moeten voldoen aan een bepaald aantal eisen, deze zijn in de beleidsregels van de gemeente Almelo als volgt opgenomen:

- Het opstellen van een zorgplan, trajectplan of iets soortgelijks per cliënt;
- Samenwerking met andere partijen in de keten;
- Samenwerking met andere partijen voor integrale hulpverlening;
- Beloning van (top)functionarissen is maximaal het bedrag genoemd in de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT);
- Opstellen/ uitvoeren van kwaliteitsbeleid;
- Opleveren jaardocument en accountantsverklaring;
- Meten van effect bij de cliënt (met betrekking tot zelfredzaamheid, participatie en ontwikkeling van de geboden ondersteuning);
- Meten welke bijdrage de dienstverlening levert aan resultaat;
- Meten van cliëntervaring;
- Aanbieders beschikken over een verklaring omtrent gedrag als bedoeld in artikel 28 van de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens voor beroepskrachten en andere personen die beroepsmatig met zijn cliënten in aanraking kunnen komen.⁵⁹

Ad 3. Eisen aan de beroepskracht

Aangezien het resultaat van de ondersteuning in grote mate afhankelijk is van de inzet van diegene die het werk in de praktijk moet uitvoeren, heeft de gemeente Almelo eisen gesteld aan de beroepskrachten die bij de aanbieder in dienst zijn. De volgende eisen worden gehandhaafd:

- Handelen tijdens hun werkzaamheden in het kader van het leveren van voorzieningen in overeenstemming met de professionele standaard;
 - De professionele standaard houdt in dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht neemt en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid. De wet laat ruimte voor nadere invulling van deze standaard. Dit betekent dat per individueel geval bekeken moet worden of men heeft voldaan aan de professionele standaard;⁶⁰
- Beroepskrachten zijn adequaat opgeleid;
- Beroepskrachten moeten een geldige verklaring omtrent gedrag kunnen overleggen.⁶¹

4.2.3.2. Klachtregeling/ medezeggenschapsregeling

Aanbieders moeten een regeling vaststellen voor de afhandeling van klachten van ondersteuningsvragers ten aanzien van alle maatwerkvoorzieningen op grond van de Wmo 2015. Deze regeling wordt gehandhaafd doordat zij in het contract met aanbieders vastleggen dat zij een klachtenregeling moeten opstellen. Er worden geen eisen gesteld aan hoe deze regeling opgesteld moet worden.⁶²

⁵⁸ Op grond van artikel 7.2.1 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

⁵⁹ Op grond van artikel 7.2.2 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

⁶⁰ Zoals beschreven in artikel 7:453 BW en nadere uitleg door Wijne, in: *GS Bijzondere overeenkomsten* 2016, art. 7:453 BW, aant. 5.

⁶¹ Op grond van artikel 7.2.3 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

⁶² Op grond van artikel 7.3 lid 1 Verordening maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo 2015 jo artikel 7.3 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

Daarnaast moeten aanbieders van de maatwerkvoorzieningen in het kader van de Wmo 2015 een regeling vaststellen voor de medezeggenschap over voorgenomen besluiten die voor gebruikers van belang zijn. Deze regeling wordt gehandhaafd doordat zij in het contract met aanbieders wordt vastgelegd dat zij een medezeggenschapsregeling moeten opstellen. Er worden geen eisen gesteld aan hoe deze regeling opgesteld moet worden.⁶³

4.2.3.3. Voorwaarden niet-aanbieders

Voor niet-aanbieders zijn nadere regels opgenomen omtrent de voorwaarden. De voorwaarden hebben betrekking op de kwaliteit en het zorgplan, deze worden hieronder nader besproken.

Zoals hierboven wordt beschreven is een derde die jegens een cliënt voorzieningen levert waarbij betaald wordt met gebruikmaking van een pgb geen aanbieder. De kwaliteit van deze voorzieningen moeten net zoals bij bovenstaande voorzieningen worden gewaarborgd. Hiervoor gelden dezelfde kwaliteitseisen als voor voorzieningen die in natura worden verstrekt. Echter kan men met een pgb ook voorzieningen inkopen bij aanbieders die niet voldoen aan alle eisen om een contract met de gemeente af te sluiten om zorg in natura te mogen leveren, overigens moet dit wel verantwoord zijn. Om te kunnen bepalen of de voorziening of ondersteuning kwalitatief verantwoord is, wordt voorafgaand aan de toekenning van het pgb beoordeeld of het zorgplan garanties biedt op een verantwoorde kwaliteit van de te leveren voorziening of ondersteuning.

In het zorgplan komt in ieder geval naar voren welke activiteiten, op welke momenten ingezet worden om de afgesproken resultaten met degene die ondersteuning nodig heeft te behalen en daarnaast wordt de deskundigheid van de zorgverlener opgenomen. Tevens wordt een verklaring omtrent gedrag verplicht gesteld voor zorgverleners die structureel een zorgverleningsrelatie hebben met inwoners die op ondersteuning zijn aangewezen.

Indien met een pgb een op het individu toegesneden voorziening wordt ingekocht, dient in het ondersteuningsplan inzichtelijk te worden gemaakt bij wie of welke aanbieder de ondersteuning wordt ingekocht, op welke manier deze ondersteuning bijdraagt aan zijn participatie en zelfredzaamheid en tot slot hoe de veiligheid, doeltreffendheid en cliëntgerichtheid van de ondersteuning is gewaarborgd.⁶⁴

4.2.4. Financiering

In deze paragraaf wordt de financiering vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 besproken. Allereerst worden de verschillende soorten verstrekkingen besproken, deze houden in: voorziening in natura, financiële tegemoetkoming en het persoonsgebonden budget. Daarna worden alle tarieven en de bijbehorende berekeningen besproken.

4.2.4.1. Soorten verstrekkingen

Een op het individu toegesneden voorziening in het kader van de beleidsregels van de gemeente Almelo kan worden verstrekt als:

1. Voorziening in natura;
2. Financiële tegemoetkoming;
3. Persoonsgebonden budget.

⁶³ Op grond van artikel 7.4 lid 1 Verordening maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo 2015 jo artikel 7.4 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

⁶⁴ Zoals beschreven in artikel 3.1.1.3 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

Een ondersteuningsvrager die recht heeft op een op het individu toegesneden voorziening, kan deze in één van bovenstaande vormen ontvangen. Hij is, in principe, vrij in zijn keuze, wanneer en onder welke voorwaarden een op het individu toegesneden voorziening wordt verstrekt wordt nader uitgelegd.⁶⁵

Ad 1. Voorziening in natura

Bij een voorziening in natura wordt de voorziening ingekocht door de gemeente. Daarnaast zorgt de gemeente ervoor dat de voorziening aan de ondersteuningsvrager geleverd wordt.⁶⁶ Dit betekent voor de ondersteuningsvrager dat hij de zorg krijgt die hij nodig heeft, deze wordt geleverd door één of meer aanbieders waarmee de gemeente afspraken heeft gemaakt. De ondersteuningsvrager heeft zelf geen omkijken naar de betaling van de geleverde zorg, dit regelt de gemeente.

Ad 2. Financiële tegemoetkoming

Bij een verstrekking in de vorm van een financiële tegemoetkoming dient er sprake te zijn van een forfaitaire tegemoetkoming. Hierbij valt te denken aan bijvoorbeeld kosten van een verhuizing of periodieke vervoerskostenvergoeding. Deze vorm van financiering wordt alleen toegekend indien de ondersteuningsvrager het voorstel steunt.⁶⁷

Ad 3. Persoonsgebonden budget

Als de ondersteuningsvrager kiest voor een persoonsgebonden budget dan krijgt hij een budget toegekend, hij kan hiermee zelf de benodigde zorg inkopen.* De SVB voert voor de gemeente de betaling van de geleverde ondersteuning uit. Dit noemt men het trekkingsrecht.⁶⁸

Er zijn drie voorwaarden gesteld aan de inkoop van de ondersteuning en de bekwaamheid van de ondersteuningsvrager. In de eerste voorwaarde is opgenomen dat de ondersteuningsvrager op eigen kracht (of met behulp van zijn sociale netwerk of zijn vertegenwoordiger) voldoende in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen en daarnaast moet hij de aan een pgb verbonden taken op een verantwoordelijke wijze kunnen uitvoeren. Ten tweede is een voorwaarde opgenomen met betrekking tot de motivering voor een pgb. De ondersteuningsvrager zal moeten motiveren waarom hij de op het individu toegesneden voorziening als pgb geleverd wenst te krijgen. Tot slot is een voorwaarde opgenomen dat de op het individu toegesneden voorziening van goede kwaliteit (veilig, doeltreffend en cliëntgericht) dient te zijn.⁶⁹

Daarnaast kunnen niet alle vormen van ondersteuning ingekocht worden door een persoonsgebonden budget. Hiervoor zijn geen specifieke regels opgenomen. Een beperkt aantal vormen van ondersteuning lijken minder geschikt, denk hierbij aan: beschermd wonen, ondersteuning maatschappelijke deelname of ondersteuning zelfstandig leven op grond van een verstandelijke beperking.⁷⁰

De hoogte van het persoonsgebonden budget wordt berekend aan de hand van meerdere voorwaarden. Allereerst bedraagt het budget de maximale kostprijs van de goedkoopste adequate voorziening in natura. De hoogte van het budget wordt afgeleid van het tarief dat gecontracteerde aanbieders krijgen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in aanbieders die voldoen aan alle criteria om voor een contract met de gemeente in aanmerking te komen om zorg in natura te leveren, dan wordt met 100 % van het tarief gerekend. Daarnaast kan de zorg geleverd worden door een andere professionele aanbieder, dan wordt met 85 % van het tarief gerekend. Tot slot kan de zorg worden geleverd door iemand uit het

⁶⁵ Op grond van artikel 3.1 Verordening maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo jo artikel 3.1 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

⁶⁶ Zoals beschreven in artikel 3.1 lid 2 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

⁶⁷ Zoals beschreven in artikel 3.1 lid 2 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

⁶⁸ Op grond van artikel 3.1 lid 2 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

⁶⁹ Op grond van artikel 3.1 lid 2 jo artikel 3.1.1. Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

⁷⁰ Op grond van artikel 3.1 lid 2 jo 3.1.1.1. Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

sociale netwerk (die geen professional is) en waarbij het tarief is gebaseerd op de lichtste vorm van de ondersteuning, dan wordt met 50 % van het tarief van 85 % gerekend.⁷¹

* Ter verduidelijking met betrekking tot ZorgAccent: ZorgAccent heeft in principe niets te maken met het wel of niet ontvangen van een persoonsgebonden budget. Zij hebben daar geen invloed op. Een cliënt is vrij in zijn keuze met betrekking tot het bepalen of hij een pgb of een andere vorm van financiering zou willen ontvangen. ZorgAccent heeft verpleegkundigen (niveau 5) in dienst die eventueel kunnen helpen bij het aanvragen van een PGB.⁷²

4.2.4.2. Tarieven

De kostprijs van een op het individu toegesneden voorziening wordt berekend naar een periode van vier weken. De tarieven zijn opgenomen tabel 4.1 en 4.2. De wijze waarop de toerekening naar een periode van vier weken plaatsvindt, is afhankelijk van de verstrekte voorziening. Er zijn vier situaties mogelijk:

- Uur- of dagdeeltarief
Berekening: uurtarief (of dagdeeltarief) x aantal uren (of dagdelen) per week x 4.
- Hulpmiddelen (ondersteuning zelfstandig leven en ondersteuning mobiliteit)
Berekening: aankoopbedrag voorziening / afschrijving
(afschrijving: keukens en badkamers afschrijving 10 jaren, alle overige voorzieningen in het kader van ondersteuning zelfstandig wonen en ondersteuning mobiliteit geldt een afschrijvingstermijn van 7 jaren⁷³).
- Resultaatfinanciering (huishoudelijke ondersteuning/ financiële tegemoetkomingen)
Berekening: gelijk aan het bedrag dat de aanbieder per periode van vier weken ontvangt.
- Werkelijke kosten
Berekening: indien werkelijke kosten van een voorziening bekend zijn en de kosten niet goed toegedeeld kunnen worden naar een uur- of dagdeel tarief, dan wordt uitgegaan van de werkelijke kosten per periode van 4 weken.⁷⁴

⁷¹ Op grond van artikel 3.2 lid 1 jo lid 2 Verordening maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo jo beleidsregel 3.2-1 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

⁷² Interview met mevr. A. Kusters (medewerkster WijkServiceCentrum, d.d. 11 april 2017).

⁷³ Zoals opgenomen in beleidsregel 2.2-5 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

⁷⁴ Op grond van artikel 4.1 lid 5 Verordening maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo jo artikel 4.1.2.1 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

Tabel 4.1

Tarieven op het individu toegesneden voorzieningen⁷⁵

	<i>Tarief 2015:</i>	<i>Huidig tarief zoals opgenomen in Samen 14:⁷⁶</i>	
Zelfstandig Leven 1	€ 42,76	€ 45,-	Per uur
Zelfstandig Leven 2	€ 47,07	€ 60,-	Per uur
Zelfstandig Leven 3	€ 72,05	X	Per uur
Maatschappelijke Deelname 1	€ 41,16	€ 30,-	Per dagdeel
Maatschappelijke Deelname 2	€ 45,65	€ 40,-	Per dagdeel
Maatschappelijke Deelname 3	€ 59,01	X	Per dagdeel
Kortdurend verblijf	€ 60,19	€ 65,-	Per etmaal
Vervoer: rolstoel	€ 16,19	€ 19,-	Per retour
Vervoer: overig	€ 6,83	€ 8,-	Per retour
Huishoudelijke ondersteuning Basis	€ 175,-	€ 175,-	Per 4 weken
Huishoudelijke ondersteuning Plus	€ 255,-	€ 255,-	Per 4 weken

Tabel 4.2

Bedragen beleidsregels (financiële tegemoetkomingen ondersteuningsvrager)⁷⁷

<u>Ondersteuning zelfstandig wonen</u>	
Verhuis- en inrichtingskosten	€ 2.500,-
Bezoekbaar maken woning	€ 1.500,-
<u>Ondersteuning mobiliteit</u>	
Vervoerskosten	€ 580,-
	Per jaar. Op basis van lokale verplaatsingen met een omvang van 2000 kilometer tegen een vergoeding van € 0,29 per km
Vervoerskosten (verplaatsing buiten directe woon- en leef-omgeving)	€ 0,29
	Per kilometer. Slecht bij hoge uitzondering (dreiging sociaal isolement)

4.3. Toepassing van de voorzieningen op het zorg- en dienst aanbod van Wonen met een Plus De Koppel

De voorzieningen uit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (in samenhang met de besproken verordening en beleidsregels van de gemeente Almelo) kunnen worden toegepast op meerdere onderdelen van het zorg- en dienst aanbod binnen Wonen met een Plus De Koppel, dit is uitgewerkt in tabel 4.3.

⁷⁵ Zie bijlage 1 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo. Huidig tarief op basis van 'Samen 14' 2017, p. 25.

⁷⁶ OZJT/ Samen 14 is een raamovereenkomst tussen 14 Twentse gemeenten voor het leveren van maatwerkvoorzieningen op grond van de Wmo 2015 en de Jeugdwet.

⁷⁷ Zie bijlage 2 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

Tabel 4.3

Voorziening Wet maatschappelijke ondersteuning 2015	Zorg- en dienstenaanbod Wonen met een Plus De Koppel
Ondersteuning zelfstandig leven (niveau 1, 2 en 3)	Wijkverpleging: Binnen deze ondersteuning kan de wijkverpleging het doel ‘zichzelf te verzorgen’ vervullen. Deze voorziening is voornamelijk gericht op het bevorderen of in stand houden van de zelfredzaamheid. De verzorging van de wijkverpleging dient dus op dit doel te zijn afgestemd. Let op: er is alleen sprake van niveau 1 en 2.⁷⁸ Maaltijdvoorziening: De maaltijdvoorziening valt onder de voorziening ‘ondersteuning zelfstandig leven, niveau 1’.⁷⁹ Thuisbegeleiding: Thuisbegeleiding valt onder deze voorziening omdat deze gericht is op het bevorderen of in standhouden van de zelfredzaamheid van de cliënt.⁸⁰
Ondersteuning maatschappelijke deelname (niveau 1, 2 en 3)	Dagbesteding: De doelen en beoogde resultaten van deze ondersteuning passen binnen het aanbod wat de dagbesteding levert. Het bieden van ondersteuning bij een zinvolle invulling van de dag, het aangaan van sociale contacten of om mantelzorgers te ontlasten passen goed binnen het aanbod van de dagbesteding. Let op: er is alleen sprake van niveau 1 en 2.⁸¹
Ondersteuning mantelzorg door kortdurend verblijf	Respijtzorg: Deze voorziening past binnen het aanbod van de respijtzorg. Het doel van de respijtzorg van Wonen met een Plus komt overeen met het doel en beoogd resultaat van deze voorziening, namelijk: het ontlasten van de mantelzorger.
Huishoudelijke ondersteuning (standaardpakket en pluspakket)	Huishoudelijke hulp: De huishoudelijke hulp biedt ondersteuning bij het uitvoeren van huishoudelijke taken. Deze ondersteuning komt overeen met het beoogde doel van deze voorziening.
Ondersteuning zelfstandig wonen	Deze zorg valt niet binnen het zorg- en dienstenaanbod van Wonen met een Plus De Koppel.

⁷⁸ Interview met mevr. A. Kusters (medewerkster WijkServiceCentrum, d.d. 11 april 2017).

⁷⁹ Interview met mevr. A. Kusters (medewerkster WijkServiceCentrum, d.d. 11 april 2017).

⁸⁰ Interview met mevr. A. Kusters (medewerkster WijkServiceCentrum, d.d. 11 april 2017).

⁸¹ Interview met mevr. A. Kusters (medewerkster WijkServiceCentrum, d.d. 11 april 2017).

Ondersteuning mobiliteit	Vervoer: Het vervoer van de dagbesteding past binnen de voorziening ‘ondersteuning mobiliteit. Door dit vervoer wordt de ondersteuningsvrager, door middel van de dagbesteding, in staat gesteld om sociale contacten aan te gaan en te onderhouden.
--------------------------	--

4.4. Eventuele mogelijkheden met betrekking tot het zorg- en dienstaanbod

Binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 zijn er verschillende voorzieningen binnen het zorg- en dienstaanbod in ontwikkeling. Binnen de Wmo 2015 betreffen dat de dagbesteding, het vervoer en de maaltijdvoorziening. Deze ontwikkelingen en mogelijkheden worden in onderstaande paragrafen achtereenvolgens besproken.

4.4.1. Dagbesteding

In een interview met mevrouw J. van Helmond kwam naar voren dat er binnen de dagbesteding hevig bezuinigd wordt. Niveau 3 vanuit de Wmo 2015 bestaat niet meer en de tarieven worden steeds lager. Deze tarieven zijn zo uitgekleeft, dat het de vraag is of ZorgAccent nog wel kwaliteit kan leveren. En ZorgAccent wil juist die kwaliteit blijven leveren. In verbindingsoverleggen is men bezig om te bekijken of de dagbesteding op een nieuwe/ andere manier opgezet kan worden. Er wordt gebrainstormd over verschillende ideeën. Op dit moment worden al deze ideeën uitgewerkt en onderzocht op mogelijkheden en haalbaarheid. Een aantal van deze plannen zijn:

- Het ontwikkelen van een nieuwe dagbesteding door een groep studenten;
- Cliënten laten aansluiten bij woongroepen;
- Maatwerk blijven leveren: hierbij betaalt de cliënt het gedeelte boven de vergoeding zelf.⁸²

Het plan om maatwerk te blijven leveren is hieronder, ter verdieping, nader uitgewerkt. In verschillende stukken zijn vernieuwende ideeën opgenomen die betrekking hebben op het leveren van maatwerk binnen de dagbesteding. Eén van deze ideeën wordt hieronder samengevat.

Binnen een andere zorginstelling is een project opgestart die gericht is op ouderen en mensen met een chronische beperking. Het doel van dit project is een zinvolle dagbesteding te creëren die cliënten naar eigen wens kunnen invullen. De activiteiten uit de dagbesteding zijn ondergebracht in verschillende programma's (sport & bewegen, natuur & buitenleven, creativiteit, cultuur, sfeer & ontspanning en arbeid & ambacht). Samen met de dagbestedingscoach wordt er bekeken welke activiteiten passen bij de wensen, ambities en actuele mogelijkheden van de cliënt. Hierop wordt een individueel dagbestedingsarrangement samengesteld. Dit wordt weergegeven in een offerte. Als de cliënt akkoord gaat, dan gaat hij hiermee een contract aan met de organisatie die de activiteit biedt.

Binnen dit project is er sprake van zelfregie en keuzevrijheid van de cliënt. Tevens is de cliënt veel meer betrokken bij de financiering aangezien hij zelf een contract aan gaat met de organisatie. Het uitgangspunt van de financiering van deze vorm van dagbesteding is dat de cliënt betaald voor de afgesproken dagbesteding. De integrale kostprijs wordt berekend aan de hand van een eenvoudige format, in de offerte staat wat de kosten per maand zijn van het afgesproken arrangement. Vervolgens worden (eventuele) rechten uit een indicatie afgetrokken van die rekening. Het overgebleven bedrag wordt door de cliënt zelf betaald.⁸³

Bovenstaand idee zou een eventuele mogelijkheid kunnen zijn voor het aanbod van ZorgAccent. Deze sluit aan op het idee om maatwerk te blijven leveren en ervoor te kiezen om gebruikers een gedeelte

⁸² Interview met mevr. J. van Helmond (coach, d.d. 7 april 2017).

⁸³ Van Houten & Verweij 2015.

(boven de vergoeding) zelf te laten betalen. Doordat cliënt of vertegenwoordiger actief deelneemt bij het opstellen van het contract én doordat de cliënt zelf een contract aangaat, kan hij bij wijze van spreken zelf bepalen of hij een ‘goedkope of dure vorm’ van dagbesteding zou willen aangaan. Nader onderzoek zal moeten bepalen of deze werkwijze geschikt is voor ZorgAccent, of het haalbaar is voor de doelgroep van de cliënten van ZorgAccent en of het daadwerkelijk een kostenbesparing zou opleveren.

4.4.2. Vervoer

Zoals besproken in een interview met mevrouw J. van Helmond zal vanaf 1 januari 2018 het vervoer anders geregeld worden. In het huidige systeem verzorgt de zorgaanbieder het vervoer, zij hebben hiertoe een inspanningsverplichting. Vanaf 2018 gaan gemeenten het vervoer zelf regelen, de verschillende vervoersbedrijven die voor de gemeenten gaan rijden zijn inmiddels aanbesteedt. Dit betekent dat iedereen in dezelfde taxi terecht kan komen (bijvoorbeeld ouderen, jongeren die onderweg zijn naar speciaal onderwijs etc.). Voor sommige mensen is dit écht niet haalbaar. De bestuurder van de bus zou bijvoorbeeld moeten kiezen of hij bij de mensen in de bus blijft óf dat hij de oudere meneer naar zijn woning gaat begeleiden. In deze bus zitten dan bijvoorbeeld ook jongeren die naar speciaal onderwijs gaan, is het verantwoord om deze alleen in een bus te laten wachten? Misschien wordt er dan wel voor gekozen om mensen niet meer naar de woning te begeleiden, terwijl sommigen dat juist hard nodig hebben. Voor de mensen waarvoor het niet haalbaar is, is ZorgAccent aan het bekijken of ze een andere vorm van vervoer kunnen aanbieden. Verschillende vormen worden op dit moment bekeken, hierbij wordt bekeken of het mogelijk is én of het een haalbaar plan is.⁸⁴ Allereerst wordt nader uitleg gegeven over de consequenties van de vernieuwde maatwerkvoorziening. Daarna worden de eventuele mogelijkheden besproken.

De consequenties van de vernieuwde maatwerkvoorziening vervoer is allereerst dat de Regiotaxi in de huidige vorm zal worden opgeheven. De gebruikers die op dit moment geïndiceerd zijn, krijgen opnieuw toegang tot het nieuwe maatwerksysteem. De gebruikers zonder indicatie zijn aangewezen op bestaande of nieuw te ontwikkelen lokaal aanvullend openbaar vervoer of andere alternatieven. Daarnaast is een ander gevolg dat gemeenten de verantwoordelijkheid nemen om het vervoer van en naar de dagbesteding en jeugdhulplocaties te organiseren. Zorgaanbieders waren hier eerder zelf verantwoordelijk voor. Tot slot wordt in de nieuwe maatwerkvoorziening uitgegaan van het creëren van massa, het bundelen van vervoerstromen en ook van kwaliteit en veiligheid bij de organisatie van deze maatwerkvoorziening.⁸⁵

In bovenstaande zijn de consequenties besproken van de vernieuwde maatwerkvoorziening vervoer, de laatste consequentie beschrijft dat er uitgegaan wordt van massa en het bundelen van de vervoersstromen. Zoals in de eerste alinea wordt besproken, baart deze consequentie ZorgAccent zorgen. Daarom bekijkt ZorgAccent mogelijkheden om het vervoer voor deze kwetsbare mensen anders te organiseren. Uit literatuur blijkt dat er verschillende mogelijkheden zijn. Eén van deze mogelijkheden is ‘de particuliere vervoersdiensten’, deze wordt hieronder nader uitgewerkt.

Particuliere vervoersdiensten

Deze methode biedt aan kwetsbare ouderen betaalbaar particulier vervoer aan, inclusief begeleiding. Het heeft ten doel om de mobiliteit en het veiligheidsgevoel van deze ouderen te verbeteren en eenzaamheid onder hen te verminderen. Tot de doelgroep behoren kwetsbare ouderen die behoefte hebben aan vervoer met begeleiding (vanwege gezondheids- en/of mobiliteitsbeperkingen), maar zij kunnen geen gebruik maken van de reguliere vervoersvoorzieningen.

Binnen deze dienst betreft het bemiddeling tussen aan de ene kant ouderen met een vervoersvraag en aan de andere kant buurtgenoten die deze ouderen op basis van vrijwilligheid willen begeleiden en met hun eigen auto willen en/of kunnen vervoeren. Deze vrijwillige chauffeur biedt ook lichte ondersteuningshulp, zoals een ondersteunende arm, begeleiden op locatie van bestemming etc. Stichting Wel-

⁸⁴ Interview met mevr. J. van Helmond (coach, d.d. 7 april 2017).

⁸⁵ OZJT/ Samen 14, 2015.

zijn Innovatiegroep Nederland begeleidt organisaties bij het opzetten van de Particuliere Vervoersdienst.⁸⁶

Deze methode zou een mooie aanvulling zijn op het zorg- en dienstaanbod binnen Wonen met een Plus. Tot de doelgroep behoren ouderen die geen gebruik kunnen maken van de reguliere vervoersvoorzieningen. Hierbij valt te denken aan de ouderen die niet geïndiceerd zijn. Maar hierbij kan ook gedacht worden aan de ouderen die wel geïndiceerd zijn, maar waarbij problemen worden verwacht bij de nieuwe maatwerkvoorziening. Uit nader onderzoek zal moeten blijken of het haalbaar is qua omvang, vrijwilligers, kosten voor ontwikkeling etc.

4.4.3. Maaltijdvoorziening

Zoals besproken in een interview met mevrouw A. Kusters worden er op bepaalde punten andere mogelijkheden gezien met betrekking tot de maaltijdvoorziening. Qua deze voorziening zal er in de toekomst gekeken worden naar de huishoudelijke hulp (vanuit de Wmo en vanuit de Wlz). In hoeverre is het mogelijk dat de huishoudelijke hulp de maaltijdvoorziening kan gaan oppakken? Op dit moment is er bij één cliënt sprake van maaltijdvoorziening door de huishoudelijke hulp. Dit betreft een casus waarbij de huishoudelijke hulp aansluitend op de huishouding, de cliënt helpt bij het eten. In dit geval heeft de cliënt een Wlz-indicatie en die heeft hij verzilverd op meerdere zorgvoorzieningen. Vanuit de wijkverpleging is de vraag gekomen of de huishoudelijke hulp dit kon oppakken.⁸⁷ Hierbij gaat het niet zo zeer om het bezorgen van de maaltijden, maar specifiek om de hulp die de wijkverpleging geeft bij het eten.

Op dit moment spelen er veranderingen binnen ZorgAccent Huishoudelijke Hulp. Sinds begin 2017 is de huishoudelijke hulp van ZorgAccent geleidelijk aan anders gaan werken. Dit proces loopt nog. Er zullen kleine zelfstandige teams gevormd worden en daarbij zal de naam Huishoudelijke Hulp aangepast worden naar Thuisondersteuning. Door deze verandering zullen medewerkers meer verantwoordelijkheden krijgen binnen het werk en de planning. Ook zullen zij nauwer samen gaan werken met de teams Wijkverpleging. Op deze manier werken zij samen aan één doel: de zorg zo optimaal mogelijk afstemmen op de wensen en mogelijkheden van de cliënt.⁸⁸ In de toekomst zal moeten blijken of de huishoudelijke hulp de taak van de maaltijdvoorziening op zich zal/ kan nemen.

⁸⁶ Wassenaar & van de Maat 2013.

⁸⁷ Interview met mevr. A. Kusters (medewerker WijkServiceCentrum, d.d. 11 april 2017).

⁸⁸ ZorgAccent 2016.

HOOFDSTUK 5: BEKOSTIGING EN VOORWAARDEN VAN HET ZORG- EN DIENST-AANBOD BINNEN DE ZVW

In hoofdstuk vijf worden de bekostiging en voorwaarden van het zorg- en dienstaanbod besproken die binnen de Zorgverzekeringswet vallen. In de eerste paragraaf wordt uitleg gegeven over de achtergrond van deze wet. Paragraaf 5.2. omvat achtereenvolgens de voorzieningen, de bijhorende voorwaarden en tot slot de financiering. Daarna worden de voorzieningen gekoppeld aan het zorg- en dienstaanbod binnen Wonen met een Plus De Koppel. En tot slot worden de eventuele mogelijkheden besproken met betrekking tot dit zorg- en dienstaanbod.

5.1. Achtergrond Zorgverzekeringswet

Per 1 januari 2015 heeft de overheid de langdurige zorg hervormd. Deze hervorming is al in eerdere hoofdstukken besproken. Mensen die verpleging en verzorging thuis nodig hebben, krijgen die sinds de hervorming van de langdurige zorg via de Zorgverzekeringswet. Deze zorg viel voorheen onder de AWBZ. De wijkverpleging heeft een belangrijke rol gekregen bij de langdurige zorg. Zij bekijkt samen met de cliënt wat diegene aan verpleging en verzorging nodig heeft om langer thuis te kunnen blijven wonen. De wijkverpleegkundige coördineert de zorg rondom de cliënt. Ook stemt zij af met andere hulpverleners. Daarnaast valt een deel van de langdurige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vanaf januari 2015 onder de Zorgverzekeringswet.⁸⁹

Binnen het nieuwe zorgstelsel krijgen consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer ruimte om eigen keuzes te maken en hebben meer (eigen) verantwoordelijkheid. Het nieuwe zorgstelsel, en daarmee de Zorgverzekeringswet, heeft daarmee tot doel om de marktwerking in de zorg te bevorderen.⁹⁰ Deze vorm van marktwerking houdt in dat de overheid nog altijd toeziet op de balans tussen vraag en aanbod in de verschillende zorgsectoren, maar dat er wel ruimte is voor concurrentie, verschil in zorgaanbod en verschillen in prijzen van behandelingen. Het is dus geen volledig vrije markt, maar een markt die door de overheid gecontroleerd en gereguleerd wordt.⁹¹

5.2. Voorzieningen, bijhorende voorwaarden en de financiering

In deze paragraaf worden de voorzieningen, de bijbehorende voorwaarden en de financiering binnen de Zorgverzekeringswet besproken. Allereerst worden de voorzieningen besproken die geboden worden door de Zvw. Daarna worden alle voorwaarden met betrekking tot de voorzieningen besproken in paragraaf 5.2.2. En tot slot worden de verschillende financieringsvormen besproken.

5.2.1. Voorzieningen

In de Zorgverzekeringswet zijn verschillende voorzieningen opgenomen. De zorgverzekering geeft dekking tegen bepaalde risico's, zoals elke verzekering dat doet. Binnen de zorgverzekering is er geen sprake van dekking tegen 'zorg', maar tegen de 'behoefte aan zorg'.⁹²

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte:

- a) *geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;*
- b) *mondzorg;*
- c) *farmaceutische zorg;*
- d) *hulpmiddelen zorg;*
- e) *verpleging;*

⁸⁹ Hervorming langdurige zorg 2015.

⁹⁰ Nederlandse Zorgautoriteit 2017.

⁹¹ ZorgWijzer.nl 2016.

⁹² Zoals beschreven in *Kamerstukken II* 2003/04, 29763, 4, p. 34.

- f) verzorging, waaronder kraamzorg;
- g) verblijf in verband met geneeskundige hulp;
- h) vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op grond van de Wet langdurige zorg.⁹³

In de uitleg van de voorzieningen wordt vaak gesproken over “de zorg die zij plegen te bieden”, deze term wordt ingevuld met toepassing van:

*De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.*⁹⁴

Ad a. Geneeskundige zorg

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuigelijk gehandicaptenzorg, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma, geriatrische revalidatie en paramedische zorg. Hierbij omvat de zorg niet: het vaccineren ten behoeve van grieppreventie, meerdere bepalingen betreffende zwangerschap en zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard en transplantaties van weefsels en organen kunnen slechts onder bepaalde voorwaarden onder de zorg valt.⁹⁵

Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis een medische-specialistische behandeling hebben ondergaan. Deze oudere cliënten hebben behoefte aan een multidisciplinaire revalidatiebehandeling die aan hun individuele herstelmogelijkheden en trainingstempo is aangepast en rekening houdt met eventuele andere aandoeningen (complexe multimorbiditeit). Het doel is hen te helpen om terug te kunnen keren naar de thuissituatie en maatschappelijk te kunnen blijven participeren. Het gaat om integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden. Het noemen van de beroepsbeoefenaren houdt niet in dat deze zorg ook door hen geleverd moet worden, deze kadert slechts de inhoud en omvang van de zorg in. De duur van deze zorg bedraagt maximaal zes maanden (in uitzonderlijke gevallen kan de zorgverzekeraar een langere periode toestaan).⁹⁶ De zorg dient aan te sluiten op het verblijf in het ziekenhuis en de verzekerde verbleef voor de ziekenhuisopname niet in een verpleegtehuis. En bovendien moet de geriatrische revalidatie bij aanvang gepaard gaan met verblijf.⁹⁷

Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek. Fysiotherapie of oefentherapie omvatten de zorg ter behandeling van de in de wet genoemde aandoeningen.⁹⁸

Ad b. Mondzorg

Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, waarbij het van belang is dat de tandheelkundige zorg noodzakelijk dient te zijn.⁹⁹

⁹³ Op grond van artikel 10 Zorgverzekeringswet.

⁹⁴ Zoals beschreven door Beerepoot, in: *Module Zorg en ziektekosten* 2016, art. 2.4 Besluit zorgverzekering, aant. 1.4 en zoals opgenomen in artikel 2.1 lid 2 Besluit zorgverzekering.

⁹⁵ Zoals opgenomen in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering.

⁹⁶ Zoals opgenomen in artikel 2.5c Besluit zorgverzekering. Binnen zes maanden dient het doel bereikt te worden, mocht men daarna niet terug kunnen keren naar de thuissituatie dan dient de verzekerde een Wlz-indicatie aan te vragen vanuit de Wet langdurige zorg, zie hiervoor hoofdstuk zes.

⁹⁷ Op grond van artikel 2.5c Besluit zorgverzekering en verder uitgewerkt door Beerepoot, in: *Module Zorg en ziektekosten* 2016, art. 2.5c Besluit zorgverzekering, aant. 1.4.

⁹⁸ Zie voor de aandoeningen/ termijnen artikel 2.6 jo bijlage 1 Besluit zorgverzekering

⁹⁹ Zoals beschreven in artikel 2.7 lid 1 Besluit zorgverzekering.

Ad c. Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg omvat het ter handstellen van geneesmiddelen door apothekers. Of het adviseren en begeleiden door apothekers ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen (zoals zij die zorg plegen te bieden). Het betreffen geregistreerde geneesmiddelen, geneesmiddelen met betrekking tot rationele farmacotherapie en verschillende dieetpreparaten.¹⁰⁰

Ad d. Hulpmiddelen zorg

Hulpmiddelenzorg omvat functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen. Hierbij komen de kosten voor normaal gebruik voor rekening van de verzekerde.¹⁰¹

Ad e. Verpleging

Binnen de zorg ‘verpleging’ en ‘verzorging’ (ad. f) gaat het om de zorg die verpleegkundigen plegen te bieden, deze zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg (zie ad. a). Daarnaast is een belangrijke voorwaarde dat deze zorg niet gepaard gaat met verblijf (zie ad. g) en dat het geen kraamzorg betreft (zie ad. f). Tot slot is het belangrijk om te weten dat onder zorg niet de verzorging van minderjarigen valt waarbij sprake is van behoefte aan permanent toezicht of waarbij vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn, tenzij wordt voldaan aan bepaalde eisen.¹⁰²

De verpleging en verzorging, samen met de huisartsenzorg, moet erop gericht zijn om mensen zo lang mogelijk thuis te helpen. Cliënten kunnen zo langer in de eigen omgeving blijven wonen en gaan niet of minder snel naar het ziekenhuis of opname in een verblijf etc. Verpleging en verzorging kunnen ook geboden worden aan mensen die zelfstandig wonen binnen een setting van geclusterde (huur of koop) woningen (aanleunwoningen) en dergelijke.

Daarnaast is het van belang te weten dat niet alleen de zorgverlening onder ‘de zorg die verpleegkundigen plegen te bieden’ valt, maar ook het coördineren, signaleren, coachen (bijvoorbeeld ondersteuning management) en individuele, geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie. Zo kan de zorg ook inhouden dat een verpleegkundige bij iemand thuis langsgaat om polshoogte te nemen. En daarnaast ook bijvoorbeeld palliatief terminale thuiszorg, zorg op afstand en het instrueren van de mantelzorger ten behoeve van de zorgbehoevende verzekerde. Tevens valt casemanagement onder de aanspraak, waaronder casemanagement dementie of oncologie.¹⁰³

Ad f. Verzorging, waaronder kraamzorg

Verzorging zie onderdeel ‘verpleging’ (ad. e). Kraamzorg omvat zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling.¹⁰⁴

Ad g. Verblijf in verband met geneeskundige hulp

Verblijf in verband met geneeskundige hulp houdt een verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen (drie jaar) in, die medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg (zie ad. a) of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (zie ad. b). Het verblijf gaat al dan niet gepaard met verpleging, verzorging of paramedische zorg.¹⁰⁵

¹⁰⁰ Zoals opgenomen in artikel 2.8 Besluit zorgverzekering, met betrekking tot de geregistreerde geneesmiddelen zie artikel 2.5 jo bijlage 1 Regeling zorgverzekering.

¹⁰¹ Zoals opgenomen in artikel 2.9 Besluit zorgverzekering. Zie artikel 2.6 Regeling zorgverzekering voor een uitgebreid overzicht van de hulp- en verbandmiddelen.

¹⁰² Zoals opgenomen in artikel 2.10 Besluit zorgverzekering. De zorg voor minderjarigen zoals besproken valt onder de Wet langdurige zorg, zie hoofdstuk zes.

¹⁰³ Zoals beschreven door Beerepoot, in: *Module Zorg en ziektekosten* 2016, art. 2.10 Besluit zorgverzekering, aant. 1.4.

¹⁰⁴ Op grond van artikel 2.11 Besluit zorgverzekering.

¹⁰⁵ Op grond van artikel 2.12 Besluit zorgverzekering.

De intramurale ggz is sinds de hervorming van de langdurige zorg overgeheveld naar de Zvw. Dit betekent dat de eerste drie jaar van de op behandeling gerichte intramurale ggz voor volwassenen binnen de Zorgverzekeringswet valt. Het gaat hierbij om een groep cliënten waarbij het perspectief op (spoedig) herstel en/of een overgang naar ambulante zorg en ondersteuning vrij groot is.¹⁰⁶

Ad h. Vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten

Het vervoer omvat ziekenvervoer per ambulance van de verzekerde over een afstand van 200 kilometer. Dit ziekenvervoer heeft te maken met het gaan naar een instelling voor het ontvangen van zorg, of het teruggaan naar zijn woning. Onder bepaalde voorwaarden kan het ziekenvervoer ook per auto, anders dan ambulance vervoer, en openbaar middel van vervoer betreffen. In bepaalde gevallen is ander vervoer mogelijk dan ambulance, auto of openbaar vervoer, bijvoorbeeld vervoer per helikopter.¹⁰⁷

5.2.2. Voorwaarden cliënten

Binnen de Zorgverzekeringswet zijn er verschillende voorwaarden opgenomen voor cliënten. Deze voorwaarden hebben betrekking op wanneer men recht heeft op een voorziening uit de Zorgverzekeringswet en tot slot bestaat er een bepaling omtrent de voorliggende voorzieningen. Deze worden achtereenvolgens besproken. Allereerst is het van belang te weten wat een zorgaanbieder is, een zorgaanbieder is:

- de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- en bedrijfsmatige zorg verleent;
- de natuurlijke persoon of rechtspersoon voor zover deze tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een zorgaanbieder (hierbij wordt met zorg bedoeld de voorzieningen zoals besproken in paragraaf 5.2.1.).¹⁰⁸

Wanneer recht op een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst

Een zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht. Dit houdt in dat wanneer zich bij een verzekerde een risico voordoet, diegene recht heeft op een prestatie vanuit de zorgverzekeraar.¹⁰⁹ Een voorwaarde is dus: dat het risico zich voordoet. In de wet zijn regels opgenomen op grond waarvan wordt vastgesteld of een individuele verzekerde op een verzekerde zorg is aangewezen en zo ja, op welke zorg en in welke mate. Dit artikel richt zich tot de zorgverzekeraar; zij moeten controleren of de vorm van zorg voor de patiënt is aangewezen en ook niet meer omvat dan nodig is. De zorgverzekeraar heeft de bevoegdheid om te regelen voor welke vormen van zorg hij een vorm van toetsing wil (bijvoorbeeld: toestemming of machtiging, verwijzing of recept). Bij de beoordeling mag slechts de zorgbehoefte van de verzekerde worden afgezet tegen de beschikbare mogelijkheden. Daarnaast is het niet toegestaan om verzekerden categorisch te weigeren van bepaalde zorg op grond van algemene verzekerdenkenmerken of uit financiële overwegingen. De zorgverzekeraars dienen af te gaan op het oordeel van een zorginhoudelijke deskundige.

De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst (en daar dus recht op heeft), wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoordt. Hierbij gaat het om verschillende criteria, die door deskundigen, telkens kijkende naar de patiënt, worden toegepast. Het gaat om zeer veel, voor de uiteenlopende vormen van zorg, verschillende criteria. Daarom kunnen de zorginhoudelijke criteria door zorgaanbieders worden vastgelegd in professionele standaarden.¹¹⁰

¹⁰⁶ Zoals beschreven door Beerepoot, in: *Module Zorg en ziektekosten* 2016, art. 2.12 Besluit zorgverzekering, aant. 1.3.

¹⁰⁷ Op grond van artikel 2.13 jo 2.14 jo 2.15 Besluit zorgverzekering.

¹⁰⁸ Zoals opgenomen in artikel 1 onder c Wet marktordening gezondheidszorg.

¹⁰⁹ Zoals beschreven in artikel 11 lid 1 Zorgverzekeringswet.

¹¹⁰ Op basis van artikel 14 Zorgverzekeringswet en nader uitgelegd in door Van der Mersch in: *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht II* 2015, artikel 14 Zvw, aant. 1/2.

Voorliggende voorzieningen

Een andere voorwaarde binnen de zorgverzekeringswet houdt in dat indien er vormen van zorg of overige diensten zijn die gefinancierd kunnen worden op grond van de Wet langdurige zorg, de Jeugdwet of de Wmo 2015 of mogelijke andere wettelijke voorschriften voor de verzekerden, dan vallen deze vormen van zorg niet onder de dekking van de Zorgverzekeringswet. De zorgverzekeringswet voorziet ook niet ter aanvulling van zorg indien een verzekerde van mening is dat hij te weinig zorg krijg op grond van bovengenoemde wetten of een ander wettelijk voorschrift.¹¹¹

5.2.3. Voorwaarden aanbieders

Voor zorgverzekeraars en zorgaanbieder zijn ook verschillende voorwaarden opgenomen in de wet. Het begrip zorgaanbieder is in paragraaf 5.2.2. reeds besproken. De voorwaarden voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben betrekking op het sluiten van contracten en er zijn bepalingen opgenomen omtrent het bepalen van tarieven.

Binnen bepaalde vormen van zorg of overige diensten: overeenkomstenplicht en contracteerplicht

Binnen de Zorgverzekeringswet kan er sprake zijn van een overeenkomstenplicht en een contracteerplicht. Ter bescherming van het algemeen belang kunnen vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen die de zorgverzekeraar slechts verstrekt of vergoedt indien tussen hem en de aanbieder van de desbetreffende zorg of dienst een overeenkomst is gesloten. In deze overeenkomst zijn bepalingen opgenomen over de te leveren zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs. Ook is het mogelijk dat de aanbieder bij de zorgverzekeraar in dienst is. Deze bepaling maakt het mogelijk vormen van zorg aan te wijzen waardoor de zorgverzekeraar de keuzemogelijkheden van een verzekerde kan inperken tot gecontracteerde zorg. Wil men als zorgaanbieder deze vormen van zorg of overige diensten leveren, dan dient men een overeenkomst te sluiten met de zorgverzekeraar.¹¹²

Memorie van toelichting: “Men kan in dit verband denken aan de noodzaak om de distributie van bepaalde vormen van topklinische zorg die slechts in beperkte mate beschikbaar zijn aan de gehele bevolking zeker te stellen. Ook kan men denken aan de noodzaak om te voorkomen dat de financiële houdbaarheid van het stelsel in gevaar komt vanwege extreme kostenontwikkelingen.”¹¹³

Met de contracteerplicht is de zorgverzekeraar verplicht een contract te sluiten met iedere instelling die de zorg kan leveren. Het gaat hierbij alleen om bepaalde wijzen van vormen van zorg. Deze instellingen dienen in het werkgebied van de zorgverzekeraar te liggen, dan wel regelmatig door verzekerden van de zorgverzekeraar te worden bezocht.¹¹⁴

Voorwaarden met betrekking tot de tarieven

Er zijn meerdere voorwaarden met betrekking tot de tarieven voor de zorgaanbieders. Zij (en zorgverzekeraar) zijn verplicht een administratie te voeren waaruit in ieder geval blijkt:

- de overeengekomen en geleverde prestaties;
- wanneer die prestaties zijn geleverd;
- aan welke patiënt onderscheidenlijk aan welke verzekerde die prestaties door een zorgaanbieder zijn geleverd;
- de daarvoor in rekening gebrachte tarieven; en

¹¹¹ Op grond van artikel 2.1 lid 1 Besluit zorgverzekering en nader uitgelegd door Beerepoot, in: *Module Zorg en ziektekosten* 2015, art. 2.1 Besluit zorgverzekering, aant. 1.4.

¹¹² Zoals opgenomen in artikel 2.12 lid 1 Zorgverzekeringswet en verder uitgewerkt door Van der Mersch in: *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht II* 2015, artikel 12 Zvw, aant. 1.

¹¹³ Zoals opgenomen in *Kamerstukken II* 2003/04, 29763, 3, p. 32.

¹¹⁴ Op grond van artikel 12 lid 2 Zorgverzekeringswet en nader uitgelegd door Van der Mersch in: *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht II* 2015, artikel 12 Zvw, aant. 2.

- de in verband daarmee ontvangen of verrichte betalingen of vergoedingen aan derden.¹¹⁵

Daarnaast dienen zorgaanbieders hun patiënten tijdig en zorgvuldig te informeren met betrekking tot het voor de prestatie in rekening te brengen tarief. Wanneer een tarief in rekening wordt gebracht, dient de daar bijbehorende prestatiebeschrijving vermeldt te worden. Ook maakt de zorgaanbieder informatie openbaar over de eigenschappen van aangeboden prestaties en diensten, op een zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn.¹¹⁶

5.2.4. Financiering

In deze paragraaf wordt de financiering vanuit de Zorgverzekeringswet besproken. Allereerst wordt een belangrijke rechtsregel besproken, welke het naturamodel en het restitutiemodel inhoudt. Daarna wordt het Zvw-pgb besproken en tot slot wordt de vaststelling van de tarieven besproken.

5.2.4.1. Het naturamodel en restitutiemodel

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

- a. de zorg en de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of*
- b. vergoeding van kosten van deze zorg of overige diensten, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.”¹¹⁷*

Bovenstaande regel creëert twee modellen, namelijk het naturamodel en het restitutiemodel. Het naturamodel houdt in dat de verzekerde recht heeft op de zorg waaraan hij behoefte heeft. Dit betekent dat de verzekerde zelf geen bedrag ontvangt om de zorg te betalen. De zorg wordt rechtstreeks betaald door de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder. Het restitutiemodel geeft recht op vergoeding van kosten van deze zorg en daarnaast activiteiten die gericht zijn op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Dit betekent dat de verzekerde een bedrag vergoedt krijgt, welke hij zelf op zijn rekening ontvangt. Met deze vergoeding worden de kosten die hij heeft gemaakt voor zorg, overige diensten of activiteiten (gedeeltelijk) gedekt.

Binnen de zorgovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en de verzekerde zijn er twee hoofdlijnen met betrekking tot de zorgplicht van de verzekeraar. Deze twee hoofdlijnen zijn: gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg. Binnen de gecontracteerde zorg maakt de zorgverzekeraar afspraken met zorgaanbieders over de zorgverlening van verzekerden. Daarbij worden er ook afspraken gemaakt over hoe de zorgaanbieder betaald moet worden, via het naturamodel (rechtstreeks via zorgverzekeraar) of via het restitutiemodel (door verzekerde, die daarna de kosten weer declareert bij de zorgverzekeraar). Bij niet-gecontracteerde zorg zijn voorgaande afspraken niet aan de orde. Er is geen relatie tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder waar de verzekerde de noodzakelijke zorg heeft gekregen. In dit geval is er altijd sprake van het restitutiemodel en wordt er dus rechtstreeks betaald door de verzekerde.¹¹⁸

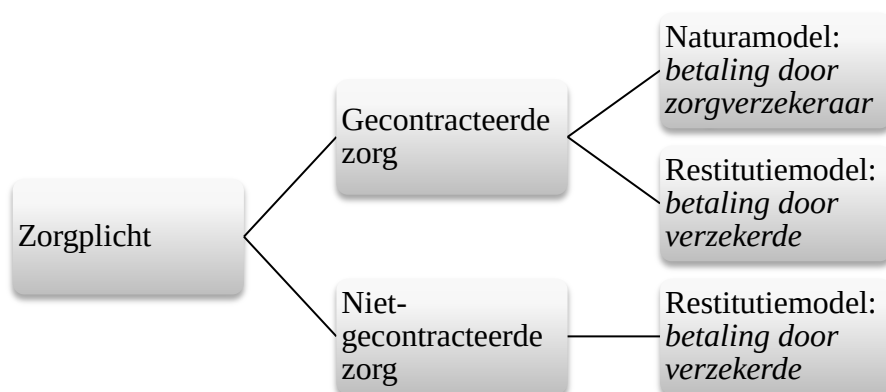
¹¹⁵ Op grond van artikel 36 Wet marktordening gezondheidszorg.

¹¹⁶ Zoals beschreven in artikel 38 Wet marktordening gezondheidszorg.

¹¹⁷ Artikel 11 Zorgverzekeringswet.

¹¹⁸ Zoals beschreven in *Kamerstukken II* 2003/04, 29763, 3, p. 28.

De betalingen ten aanzien van zorgaanbieders zien er als volgt uit:



5.2.4.2. Het Zvw-pgb

Het Zvw-pgb houdt in: “een gemaximeerde vergoeding voor de kosten die de verzekerde maakt voor het betrekken van zorg of een andere dienst”.¹¹⁹ Het Zvw-pgb bestaat voor de verzekerde die behoefte heeft aan verpleging en verzorging, maar die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg. Hierbij kan men bijvoorbeeld denken aan de wijkverpleging die bij de verzekerde langskomt in verband met geneeskundige zorg. Een verzekerde komt altijd in aanmerking voor een Zvw-pgb voor deze twee vormen van zorg (verpleging en verzorging). De verzekerde is, als hij voldoet aan onderstaande voorwaarden, vrij in zijn keuze welke vorm van financiering hij zou willen ontvangen.* De verzekerde wordt met het Zvw-pgb in staat gesteld om in de praktijk zorg of andere dienst te betrekken, die is afgestemd op zijn eigen behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden.¹²⁰

Om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb moet de verzekerde wel voldoen aan een aantal voorwaarden. Een deel van deze voorwaarden zorgen ervoor dat het Zvw-pgb alleen wordt toegekend aan de verzekerde die in staat is om het persoonsgebonden budget zelfstandig (of met behulp van zijn vertegenwoordiger) uit te kunnen voeren. Daarnaast zijn er afwijzingsgronden opgenomen met betrekking tot wanneer men geen recht heeft, deze afwijzingsgronden zijn onder andere: de verzekerde zijn vrijheid is ontnomen, als de verzekerde minderjarig is en één van zijn ouders is failliet verklaard etc.¹²¹

Het verschil met het naturamodel en het restitutiemodel is dat binnen het Zvw-pgb de verzekerde een algeheel bedrag toegewezen krijgt en daarmee zijn zorg zelf kan inkopen. Binnen het restitutiemodel zal de verzekerde de factuur van zijn ontvangen zorg moeten declareren bij de zorgverzekeraar en op die manier krijgt hij zijn kosten vergoed. En binnen het naturamodel krijgt de verzekerde in zijn geheel ‘geen bedrag op zijn rekening’ bijgeschreven.

* Ter verduidelijking met betrekking tot ZorgAccent: ZorgAccent heeft in principe niets te maken met het wel of niet ontvangen van een persoonsgebonden budget. Zij hebben daar geen invloed op. Een cliënt is vrij in zijn keuze met betrekking tot het bepalen of hij een pgb of een andere vorm van financiering zou willen ontvangen. ZorgAccent heeft verpleegkundigen (niveau 5) in dienst die eventueel kunnen helpen bij het aanvragen van een PGB.¹²²

¹¹⁹ Op basis van artikel 1 onder k Zorgverzekeringswet.

¹²⁰ Op grond van artikel 13a Zorgverzekeringswet.

¹²¹ Voor specifiekere uitleg zie artikel 2.15c Besluitzorgverzekering jo 2.29b jo 2.29c Regeling zorgverzekering.

¹²² Interview met mevr. A. Kusters (medewerker WijkServiceCentrum, d.d. 11 april 2017).

5.2.4.3. De vaststelling van tarieven

Binnen de Zorgverzekeringswet zijn er verschillende bepalingen opgenomen met betrekking tot de vaststelling van tarieven. Allereerst zal de hoogte van het Zvw-pgb worden besproken, daarna zullen de tarieven anders dan het Zvw-pgb worden besproken. Qua hoogte van het Zvw-pgb staat in de wet:

*“Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, kunnen bij ministeriële regelingen bedragen worden vastgesteld die ten hoogste met een Zvw-pgb worden vergoed.”*¹²³

De Wet marktordening gezondheidszorg heeft betrekking op de zorgverleners die zorgaanbieders zijn in de zin van de Wmg én tarieven in rekening brengen (bijvoorbeeld zzp-ers en reguliere zorginstellingen). Voor zorgverleners die geen zorgaanbieder in de zin van de Wmg zijn (bijvoorbeeld mantelzorgers) of geen tarieven in rekening brengen (bijvoorbeeld medewerkers), kan dus de mate van vergoeding vastgesteld worden. De vergoeding voor deze zorgverleners binnen het Zvw-pgb is gemaximeerd op 23 euro per uur.¹²⁴ Deze maximale vergoeding geldt niet indien de zorgverlener is ingeschreven in het register.¹²⁵

Hierna volgt meer informatie over de tarieven anders dan het Zvw-pgb. Voor zorgaanbieders zijn voorwaarden opgenomen in de wet. Het is voor zorgaanbieders verboden om een tarief in rekening te brengen dat niet is vastgesteld door de zorgautoriteit of niet ligt binnen de door haar vastgestelde ruimte, dan wel niet is voorzien van de daarvoor door de zorgautoriteit vastgestelde prestatiebeschrijving, dan wel niet voldoet aan de daarbij door de zorgautoriteit vastgestelde algemene regels, voorschriften of beperkingen.¹²⁶ De zorgautoriteit legt ten behoeve van het rechtsgeldig in rekening kunnen brengen van een tarief vast:

- a) of er sprake is van een vrij tarief;
- b) of er sprake is van een vast tarief;
- c) of er sprake is van een bedrag dat ten minste of ten hoogste als tarief in rekening kan worden gebracht;
- d) de beschrijving van de prestatie, deel van de prestatie, geheel van prestaties behorende bij het tarief bedoeld in onderdelen a, b en c.

Daarnaast heeft de zorgautoriteit de bevoegdheid om naast een tarief, als hierboven besproken, voor individuele prestaties tevens ambtshalve een vaste, onder-, boven- of bandbreedtegrens vast te stellen voor het totaal van de tarieven voor de betrokken prestaties in de daarbij aangegeven periode. Die vastgelegde grens staat in hiërarchie boven de tariefstelling.¹²⁷

Ad a. Vrij tarief

Binnen een vrij tarief zijn de zorgaanbieder en zorgverzekeraar vrij met elkaar afspraken te maken, zonder dat zij deze hoeven voor te leggen aan de zorgautoriteit. Het vrijlaten van tarieven kan uitsluitend door de zorgautoriteit ambtshalve plaatsvinden.¹²⁸

Ad b/c. Vast tarief en ten minste/ ten hoogste tarief

Binnen een vast tarief, wordt er zoals gezegd een vast tarief vastgelegd. Dit wordt ook wel punttarief genoemd. Bij onderdeel c is er sprake van een minimum- of maximumtarief, met alle varianten daarop

¹²³ Zoals opgenomen in artikel 2.15b Besluit zorgverzekering.

¹²⁴ Op grond van artikel 2.15b Besluit zorgverzekering jo artikel 2.29a lid 1 Regeling zorgverzekering en nader uitgelegd in *Staatscourant* 2016/12, 68712, p. 28.

¹²⁵ Register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

¹²⁶ Op grond van artikel 35 Wet marktordening gezondheidszorg en zoals beschreven in *Kamerstukken II* 2009/10, 32393, 3, p. 48.

¹²⁷ Op grond van artikel 50 lid 1 jo 2 Wet marktordening gezondheidszorg en zoals beschreven in *Kamerstukken II* 2009/10, 32393, 3, p. 48.

¹²⁸ Op grond van artikel 50 lid 1 sub a jo 51 Wet marktordening gezondheidszorg en nader uitgelegd door Meersma in: *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht II* 2012, artikel 50 Wmg, aant. 1.

(bandbreedtetarief, pendeltarief etc.). Hoe komt dit tarief tot stand? Het uitgangspunt is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk een tarief overeenkomen dat vervolgens door de zorgautoriteit wordt vastgesteld. Daarmee kan het overeengekomen tarief rechtsgeldig in rekening worden gebracht door zorgaanbieders en worden betaald door de zorgverzekeraar.¹²⁹

Ad d. Prestatie

Tot slot legt de zorgautoriteit vast of een tarief in rekening kan worden gebracht voor een prestatie, deel van een prestatie, geheel van prestaties, deel van een geheel van prestaties en een geheel van delen van een prestatie. De wijze van vaststelling van een prestatiebeschrijving vindt doorgaans plaats bij gelegenheid bij het vaststellen van een tarief. Daarnaast hoort ook bij een vrij tarief een prestatiebeschrijving. Ten slotte is ook ambtshalve vaststelling mogelijk wanneer een beleidsregel dat vordert.¹³⁰

5.3. Toepassing van de voorzieningen op het zorg- en dienstaanbod van Wonen met een Plus De Koppel

De voorzieningen uit de Zorgverzekeringswet kunnen worden toegepast op meerdere onderdelen van het zorg- en dienstaanbod binnen Wonen met een Plus De Koppel, dit is uitgewerkt in tabel 5.1.

Tabel 5.1

Voorziening Zorgverzekeringswet	Zorg- en dienstaanbod Wonen met een Plus De Koppel
Geneeskundige zorg	Behandeling: Hieronder valt de geneeskundige zorg zoals door huisartsen gepleegd. Fysiotherapie: De fysiotherapie valt onder de paramedische zorg van de geneeskundige zorg.
Mondzorg	Deze zorg valt niet binnen het zorg- en dienstaanbod van Wonen met een Plus De Koppel.
Farmaceutische zorg	Deze zorg valt niet binnen het zorg- en dienstaanbod van Wonen met een Plus De Koppel.
Hulpmiddelenzorg	De hulpmiddelen vormen zelf geen aanbod binnen het zorg- en dienstaanbod. Het omgaan met hulpmiddelen en het aanleren van bepaalde handelingen is wél een aanbod.
Verpleging en verzorging	Wijkverpleging: Deze zorg wordt geleverd door een team wijkverpleegkundigen. Het gaat om de zorg die verpleegkundigen verrichten en deze zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg.

¹²⁹ Op grond van artikel 50 lid 1 sub b en c jo 52 Wet marktordening gezondheidszorg en nader uitgelegd door Meersma in: *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht II* 2012, artikel 50 Wmg, aant. 1 en artikel 52 Wmg, aant. 2.

¹³⁰ Op grond van artikel 50 lid 1 sub d jo 53 Wet marktordening gezondheidszorg en nader uitgelegd door Meersma in: *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht II* 2012, artikel 50 Wmg, aant. 1 en nader uitgelegd door Beerepoot in: *Module Zorg en ziektekosten* 2012, artikel 53 Wmg.

Verblijf in verband met geneeskundige hulp	ELV: De ELV valt onder deze zorg omdat het een noodzakelijk verblijf betreft in verband met geneeskundige hulp. De ELV valt niet onder de geriatrische revalidatie van de voorziening ‘geneeskundige zorg’, in dat geval moet er sprake zijn van een diagnose-behandelcombinatie. De geriatrische revalidatie en de ELV lijken in veel opzichten wel op elkaar. De ELV is inclusief eten, drinken, schoonmaken van de woning etc.¹³¹ Huishouding en maaltijdvoorziening: Zie hierboven.
Vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten	Deze zorg valt niet binnen het zorg- en dienst-aanbod van Wonen met een Plus De Koppel.

5.4. Eventuele mogelijkheden met betrekking tot het zorg- en dienstaanbod

Binnen de Zorgverzekeringswet spelen er allerlei ontwikkelingen en mogelijkheden binnen de ELV. Zo ziet mevrouw G. Fransen, in de functie van cliëntadviseur, een mogelijkheid om de ELV beter te kunnen laten doorstromen. Hierbij gaat het om het indiceren aan de voordeur. Op deze manier kunnen mensen veel eerder in beeld komen en kan veel eerder hulp ingeschakeld worden. Op dit moment ontstaat een nood in ziekenhuizen en ook bij ouderen en andere hulpbehoevenden thuis. Mocht men al veel eerder geïndiceerd worden dan kan dit voorkomen worden. Nu vindt die indicatie plaats via een specialist of de huisarts.¹³²

Indiceren aan de voordeur heeft te maken met vroeg signalering van problematiek van cliënten die thuis wonend zijn. Qua mogelijkheden tot vroeg signalering bestaat ‘de Rode Vlaggen App’, deze app is volop in ontwikkelingen en biedt mogelijkheden tot vroeg signalering bij thuiswonende cliënten. Aan de voorgrond van deze app staat het ‘Rode Vlaggen Instrument’, dit is een lijst met 28 mogelijke situaties die erop kunnen wijzen dat er iets fout kan zijn met het medicatiegebruik bij de cliënt thuis. Op dit instrument is de Rode Vlaggen App ontwikkeld. Met deze app zijn thuiszorgmedewerkers en wijkverpleegkundigen de ogen en oren van de huisarts en de apotheker achter de voordeur. Door het doorgeven van signalen via deze app helpen zij voorkomen. Daarnaast kan men ervoor kiezen om de mantelzorgers ook toegang te geven tot de app.

Inmiddels beperkt de app zich niet meer alleen tot het signaleren van medicatie gerelateerde problemen, maar groeit uit tot een breed preventie-instrument. Het werkt als volgt: de thuiszorgmedewerkers geeft via een aantal eenvoudige stappen met de app een melding door. De wijkverpleegkundige (hbo-opgeleid) beoordeelt deze melding. In bepaalde gevallen geeft deze melding geen aanleiding tot actie. In andere gevallen kan de verpleegkundige zelf of binnen de eigen organisatie de melding oplossen. Er zijn ook gevallen waarin de melding doorgezet zal worden naar de huisarts of apotheker. Deze hebben een eigen dashboard waarin ze alleen de relevante meldingen binnenkrijgen.¹³³ Op deze manier wordt er vroegtijdig problematiek bij de cliënt thuis gesignaleerd.

Uit nader onderzoek zal moeten blijken op welke manier indicering aan de voordeur zal kunnen plaatsvinden. Daarnaast zal uit onderzoek moeten blijken of de Rode Vlaggen App, een soort gelijk initiatief of een eventueel eigen te ontwikkelen programma daaraan kan bijdragen.

¹³¹ Interview met mevr. G. Fransen (cliëntadviseur, d.d. 10 april 2017).

¹³² Interview met mevr. G. Fransen (cliëntadviseur, d.d. 10 april 2017).

¹³³ Van Lingén 2016.

HOOFDSTUK 6: BEKOSTIGING EN VOORWAARDEN VAN HET ZORG- EN DIENST-AANBOD BINNEN DE WLZ

In hoofdstuk zes worden de bekostiging en voorwaarden van het zorg- en dienstaanbod besproken die binnen de Wet langdurige zorg vallen. In de eerste paragraaf wordt uitleg gegeven over de achtergrond van deze wet. Paragraaf 6.2. omvat achtereenvolgens de voorzieningen, de bijhorende voorwaarden en tot slot de financiering. Daarna worden de voorzieningen gekoppeld aan het zorg- en dienstaanbod binnen Wonen met een Plus De Koppel. En tot slot worden de eventuele mogelijkheden besproken met betrekking tot dit zorg- en dienstaanbod.

6.1. Achtergrond Wet langdurige zorg

Per 1 januari 2015 heeft de overheid de langdurige zorg hervormd, deze hervorming is al in eerdere hoofdstukken besproken. De Wet langdurige zorg vervangt een gedeelte van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De wet regelt zware, intensieve zorg voor kwetsbare ouderen, mensen met een handicap en mensen met een psychische aandoening. Met een Wlz-indicatie kunnen mensen terecht in een verpleeghuis, een instelling voor mensen met een handicap of een ggz-instelling. Zij krijgen alle zorg en begeleiding die zij nodig hebben, zoals verpleging en verzorging. Daarnaast is het ook mogelijk om thuis te blijven wonen met intensieve zorg, dit is alleen mogelijk als de situatie thuis geschikt is om verantwoord en doelmatig zorg te kunnen krijgen.¹³⁴

De Wet langdurige zorg biedt een kader waarbinnen ondersteuning en zorg geleverd kan worden. Zorg die gericht is op de wensen, mogelijkheden en behoeften van mensen. De Wlz dient als vangnet voor mensen die, ook met steun van de sociale omgeving, de gemeenten en/of de zorgverzekeraars, niet (meer) zelfredzaam kunnen zijn. Het doel van de Wlz is dan ook het bieden van waarborgen voor behoud of verbetering van de kwaliteit van leven.¹³⁵

6.2. Voorzieningen, bijhorende voorwaarden en de financiering

In deze paragraaf worden de voorzieningen, bijbehorende voorwaarden en de financiering binnen de Wet langdurige zorg besproken. Allereerst worden de voorzieningen besproken die geboden worden binnen het kader van de Wlz. Daarna worden alle voorwaarden met betrekking tot de voorzieningen besproken in paragraaf 6.2.2. En tot slot worden de verschillende financieringsvormen besproken.

6.2.1. Voorzieningen

In de Wet langdurige zorg zijn verschillende voorzieningen opgenomen. Het verzekerde pakket omvat de volgende vormen van zorg:

- a) verblijf in een instelling;
- b) persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging;
- c) behandeling;
- d) door of namens een instelling;
- e) mobiliteitshulpmiddelen;
- f) vervoer;
- g) logeeropvang.¹³⁶

Deze verschillende vormen van zorg worden hieronder per vorm van zorg nader toegelicht.

¹³⁴ Rijksoverheid 2017.

¹³⁵ Rijksoverheid 2014.

¹³⁶ Zoals opgenomen in artikel 3.1.1 lid 1 Wet langdurige zorg.

Ad a. Verblijf in een instelling

De vorm van zorg “verblijf in een instelling” houdt in:

Verblijf in een instelling, met inbegrip van voorzieningen die niet ten laste van de verzekerde kunnen komen, waaronder in elk geval:

- 1° het verstrekken van eten en drinken,*
- 2° het schoonhouden van de woonruimte van de verzekerde, en*
- 3° voor meerdere verzekerden te gebruiken of te hergebruikende roerende voorzieningen die noodzakelijk zijn voor de zorgverlening of in verband met het opheffen of verminderen van belemmeringen die de verzekerde als gevolg van een aandoening, beperking, stoornis of handicap ondervindt bij het normale gebruik van zijn woonruimte.¹³⁷*

Indien iemand verblijft in een instelling, dan is het redelijkerwijs logisch dat zij ook zorgen voor het verstrekken van eten en drinken en het schoonhouden van de woonruimte. Zoals nader wordt besproken in paragraaf 6.2.4. is het binnen de Wlz mogelijk om, onder bepaalde voorwaarden, de zorg thuis geleverd te krijgen. In dat geval zorgt de instelling die de zorg levert in principe ook voor het eten en drinken en het schoonhouden van de ruimte. Indien een cliënt kiest voor een persoonsgebonden budget, dan kan diegene wel een vergoeding krijgen voor de huishoudelijke hulp, maar niet voor het eten en drinken. Dit laatste wordt bij de pgb tot de eigen verantwoordelijkheid gerekend.¹³⁸

Ad b. Persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging

Bij persoonlijke verzorging gaat het om het ondersteunen of overnemen van de zelfzorg bij mensen met een aandoening of beperking. Dit is gericht op het opheffen van het tekort aan zelfredzaamheid van de cliënt. Het opheffen van het tekort kan ook inhouden dat de cliënt wordt gestimuleerd om deze activiteiten zelf te doen en aan te leren. Bij begeleiding of dagbesteding gaat het om recreatieve of sociaal-culturele activiteiten waaraan de mensen een bepaalde mate van structuur overhouden en die bijdragen aan een verhoging van de kwaliteit van leven. Bij deze begeleiding hoort ook een bepaalde mate van toezicht. Verpleging houdt in de verpleegkundige zorg. Het gaat daarbij om het uitvoeren van verpleegkundige handelingen, maar het kan ook gaan om signalerende, begeleidende en voorlichtende taken of het oefenen in zelfzorg.¹³⁹

Ad c. Behandeling

De vorm van zorg “behandeling” houdt in:

Behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifieke medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde.¹⁴⁰

Binnen de behandeling vanuit de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz-behandeling) gaat het om een specifieke behandeling. Deze specifieke behandeling hangt samen met de aard van de beperking op grond waarvan de cliënt toegang tot de Wlz heeft. Er is bij de cliënt sprake van complexe (multi)problematiek. Deze omschrijving geeft direct het verschil weer tussen de Wlz-behandeling en de behandeling uit de Zorgverzekeringswet. De Wlz-behandeling kan ook gericht zijn op herstel of voorkoming van verergering van de gevolgen van een aandoening. Daarnaast kan het betrekking hebben op aanvullende functionele diagnostiek, consultatie en medebehandeling. Bij de behandeling kan het gaan om een individuele behandeling, maar ook om behandeling in groepsverband.¹⁴¹

¹³⁷ Zoals opgenomen in artikel 3.1.1 lid 1 sub a Wet langdurige zorg.

¹³⁸ Zoals beschreven in *Kamerstukken II 2013/14, 33891, 3, p.19.*

¹³⁹ Zoals beschreven door Van den Ende in: *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht II 2015*, artikel 3.1.1 Wlz, aant. 3.

¹⁴⁰ Zoals opgenomen in artikel 3.1.1 lid 1 sub c Wet langdurige zorg.

¹⁴¹ Zoals beschreven door Van den Ende in: *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht II 2015*, artikel 3.1.1 Wlz, aant. 4.

Ad d. Door of namens een instelling

De vorm van zorg “door of namens een instelling” houdt in:

Door of namens een instelling waarvan de verzekerde verblijft alsmede behandeling als bedoeld in onderdeel c ontvangt te verlenen:

- 1° geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg;*
- 2° behandeling van een psychische stoornis indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een van de in artikel 3.2.1 genoemde aandoeningen of beperkingen;*
- 3° farmaceutische zorg;*
- 4° het gebruik van hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg;*
- 5° tandheelkundige zorg;*
- 6° kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling.*¹⁴²

Bovenstaande betekent dat indien iemand in een instelling verblijft en daar ook een Wlz-behandeling ontvangt. Dan komt naast de Wlz-behandeling ook algemeen medische zorg ten laste van de Wet langdurige zorg. Bovenstaande opsomming geeft weer wat deze algemeen medische zorg inhoudt. Echter, in het geval een cliënt zelf in zijn woning voorziet met gebruikmaking van een pgb of vpt dan heeft dit tot gevolg dat de algemeen medische zorg voor hem niet ten laste komt van de Wet langdurige zorg, maar ten laste van de Zorgverzekeringswet.¹⁴³

Ad e. Mobiliteitshulpmiddelen

De vorm van zorg “mobiliteitshulpmiddelen” houdt in:

*Het individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen.*¹⁴⁴

Bij het individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen gaat het om hulpmiddelen voor het zich verplaatsen of laten verplaatsen in en rondom de instelling of woning ten behoeve van het behoud of het verbeteren van de zelfredzaamheid.

Deze hulpmiddelen omvatten:

- een rolstoel en de daarbij behorende voor de verzekerde noodzakelijke aanpassingen;
- een aan de aandoening, beperking of handicap van de verzekerde aangepaste scootmobiel;
- een aan de aandoening, beperking of handicap van de verzekerde aangepaste niet algemeen gebruikelijke fiets.

Daarnaast gaat het om hulpmiddelen voor het zich verplaatsen of laten verplaatsen in de lokale omgeving ten behoeve van het aangaan of onderhouden van sociale contacten. Men heeft recht op alle bovenstaande besproken hulpmiddelen indien de loopfunctie ontbreekt, dan wel in verband met blijvende of langdurige loopfunctiestoornissen. Dit wordt door de Wlz-uitvoerder beoordeeld.¹⁴⁵

Ad f. Vervoer

De vorm van zorg “vervoer” houdt in:

*Vervoer naar een plaats waar de verzekerde gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt.*¹⁴⁶

¹⁴² Zoals opgenomen in artikel 3.1.1 lid 1 sub d Wet langdurige zorg.

¹⁴³ Zoals beschreven door Van den Ende in: *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht II* 2015, artikel 3.1.1 Wlz, aant. 5 en nadere uitleg omtrent pgb en vpt zie paragraaf 6.2.4.

¹⁴⁴ Zoals opgenomen in artikel 3.1.1 lid 1 sub e Wet langdurige zorg.

¹⁴⁵ Op grond van artikel 3.1.2 lid 1 Besluit langdurige zorg jo artikel 2.3 Regeling langdurige zorg.

¹⁴⁶ Zoals opgenomen in artikel 3.1.1 lid 1 sub f Wet langdurige zorg.

Hierbij gaat het om het vervoer van en naar een instelling waar de verzekerde begeleiding of behandeling ontvangt, voor zover dit niet in de instelling van het verblijf wordt verleend én het vervoer medisch noodzakelijk is. Het gaat hierbij uitdrukkelijk niet om vervoer op grond van sociale overwegingen (bijvoorbeeld familiebezoek).¹⁴⁷

Ad g. Logeeropvang

De vorm van zorg “logeeropvang” houdt in:

*Logeeropvang, met inbegrip van de voorzieningen, bedoeld in onderdeel a, mits dit geschiedt ter ontlasting van een of meer mantelzorgers.*¹⁴⁸

Deze zorg omvat het recht op een logeeropvang, voor gedurende maximaal 156 etmalen per kalenderjaar. Dit recht bestaat indien hij niet in een instelling verblijft en derhalve een vpt, mpt, pgb of combinatie mpt/pgb heeft. Het betreft logeren door verzekerde in een voor hem beschermde woonomgeving waarin hij samenhangende zorg ontvangt.¹⁴⁹

6.2.2. Voorwaarden cliënten

In deze paragraaf wordt uitleg gegeven over wanneer een verzekerde recht heeft op zorg op grond van de Wlz, ook wordt uitleg gegeven over de verschillende zorgprofielen. Tot slot wordt besproken wanneer een verzekerde géén recht heeft op zorg vanuit de Wlz. Allereerst zal uitleg worden gegeven over de verschillende begrippen die gehanteerd worden door de Wet langdurige zorg.

Uitleg begrippen

Een wlz-uitvoerder is een rechtspersoon die geen zorgverzekeraar is en die zich overeenkomstig de wet heeft aangemeld voor de uitvoering van de Wet langdurige zorg. Daarbij is het zorgkantoor onder begrepen. De zorgverzekeraars zijn belast met de uitvoering van de Wlz. In elke regio wordt een Wlz-uitvoerder aangewezen (bijvoorbeeld het Zorgkantoor) die namens alle zorgverzekeraars de taken uitvoert op het gebied van zorginkoop, administratie en controle.¹⁵⁰

Het CIZ, afkorting van Centraal Indicatiestelling Zorg, is belast met het nemen van de indicatiebesluiten.¹⁵¹ In de indicatiebesluiten wordt opgenomen of de verzekerde recht heeft op zorg. En tot slot houdt een zorgaanbieder in: een instelling, dan wel een solistisch werkende zorgverlener. Met solistisch werkende zorgverlener wordt bedoeld: een persoon die weliswaar niet in dienst is of via een instelling zorg verleend, maar dat zelfstandig doet vanuit zijn beroep.¹⁵²

6.2.2.1. Recht op zorg

Wanneer een verzekerde aan de voorwaarden voldoet dan heeft hij recht op zorg die op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden is afgestemd. Een verzekerde heeft recht op zorg voor zover hij naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op die zorg is aangewezen. Hij is op deze zorg aangewezen omdat hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuigelijke handicap, blijvende behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Door het CIZ wordt vastgesteld of de verzekerde recht heeft op zorg.

¹⁴⁷ Zoals beschreven door Van den Ende in: *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht II* 2015, artikel 3.1.1 Wlz, aant. 7.

¹⁴⁸ Zoals opgenomen in artikel 3.1.1 lid 1 sub g Wet langdurige zorg.

¹⁴⁹ Op grond van artikel 3.1.3 lid 1 Besluit langdurige zorg en nader uitgelegd door Beerepoot in: *Module Zorg en ziektekosten* 2016, artikel 3.1.3 Besluit langdurige zorg, aant. 1.1. Zie paragraaf 6.2.4 voor meer uitleg vormen van levering.

¹⁵⁰ Begrip zoals opgenomen in artikel 1.1.1 Wet langdurige zorg en nadere uitleg door BTSG 2017.

¹⁵¹ Op grond van artikel 7.2.1 lid 1 Wet langdurige zorg.

¹⁵² Begrip zoals opgenomen in artikel 1.1.1 Wet langdurige zorg en nader uitgelegd door Van den Ende in: *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht II* 2015, artikel 1.1.1 Wlz, aant. 9.

Samengevat zijn er vier voorwaarden:

1. De zorgbehoefte komt voort uit een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuigelijke handicap;
2. De verzekerde heeft behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid;
3. De zorgbehoefte is blijvend;
4. Het CIZ heeft, naar aanleiding van een aanvraag, het recht op zorg in een indicatiebesluit vastgesteld.¹⁵³

Bij de beoordeling of de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op zorg wordt in aanmerking genomen: de normale, dagelijkse zorg die van partners, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten verwacht wordt elkaar onderling te bieden.¹⁵⁴

Ad 1. De zorgbehoefte komt voort uit een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuigelijke handicap

De zorgbehoefte dient voort te komen uit één van deze aandoeningen/ handicaps.

Ad 2. De verzekerde heeft behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid

*Blijvende behoefte aan permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde.*¹⁵⁵

De verzekerde dient behoefte te hebben aan permanent toezicht. Onder permanent toezicht wordt onafgebroken toezicht en actieve observatie bedoeld, gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen.

Blijvende behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel te voorkomen voor hem zelf te komen:

- 1° door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of
- 2° door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.¹⁵⁶

Als er sprake is van ‘behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid’, dan wordt hiermee bedoeld dat de zorg en het toezicht gedurende de gehele dag in de nabijheid nodig is. In dit geval is permanente actieve observatie niet nodig. Het gaat hierbij om een vorm van beschikbaarheid van zorg die voor een groot deel bestaat uit meer passief toezicht (dit betekent dat de verzekerde voor een groot gedeelte de zorg bijvoorbeeld oproept, of dat bijvoorbeeld de verpleegkundige op vaste tijden langskomt). Deze zorg is nodig op geplande én ongeplande momenten.

Onder zelfzorg uit onderdeel één wordt verstaan: de uitvoering van algemene dagelijkse levensverrichtingen waaronder de persoonlijke verzorging en hygiëne en, zo nodig, de verpleegkundige zorg. Problemen met betrekking tot de mobiliteit, het bewegen en verplaatsen (in en rond het huis) zijn inbegrepen. In onderdeel twee gaat het (vooral) om cognitieve beperkingen, zoals gevorderde dementie, complex niet-aangeboren hersenletsel of een ernstige verstandelijke handicap. In de rechtsregel wordt gesproken over regieproblemen, hiermee wordt bedoeld: beperkingen in het vermogen om een ade-

¹⁵³ Op grond van artikel 3.2.1 jo 3.2.3 Wet langdurige zorg en nader uitgewerkt in *Kamerstukken II* 2013/14, 33891, 3, p. 145.

¹⁵⁴ Overgenomen uit *Kamerstukken II* 2013/14, 33891, 3, p. 146.

¹⁵⁵ Overgenomen uit artikel 3.2.1 lid 1 sub a Wet langdurige zorg.

¹⁵⁶ Overgenomen uit artikel 3.2.1 lid 1 sub b Wet langdurige zorg.

quaat oordeel te vormen over dagelijks voorkomende situaties op het gebied van sociale redzaamheid, probleemgedrag, psychische functioneren of geheugen en oriëntatie.¹⁵⁷

Ernstig nadeel voor de verzekerde:

In beide onderdelen wordt gesproken over ‘ernstig nadeel voor de verzekerde’. Met ernstig nadeel voor de verzekerde wordt bedoeld een situatie waarin de verzekerde zich maatschappelijk ten gronde richt of dreigt te richten. Of waarin een verzekerde zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen. Of waarin een verzekerde ernstig lichamelijk letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen. Of tot slot waarin een verzekerde ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreigt te worden geschaad of dat zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt. Hierbij moet er sprake zijn van een te verwachten risico dat de verzekerde het nadeel zal overkomen. En daarnaast zal het moeten gaan om een reëel risico, dat gebaseerd dient te zijn op onderbouwde verwachtingen.¹⁵⁸

Ad 3. De zorgbehoefte is blijvend

Onder blijvend wordt verstaan: van niet voorbijgaande aard. Dit betekent dat de Wet langdurige zorg voorziet in de zorg waarop de verzekerde levenslang is aangewezen.¹⁵⁹

Ad 4. Het CIZ heeft, naar aanleiding van een aanvraag, het recht op zorg in een indicatiebesluit vastgesteld

Het CIZ legt in een indicatiebesluit vast of een verzekerde recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg. Dit besluit wordt alleen genomen naar aanleiding van een aanvraag welke mondeling en schriftelijk kan worden gedaan. Een indicatiebesluit is een besluit van het CIZ waarbij beoordeeld wordt of en in welke omvang de verzekerde in aanmerking komt voor zorg. Bij de voorbereiding van een indicatiebesluit dient er in ieder geval onderzoek van de verzekerde persoon naar zijn relevante feiten en omstandigheden die noodzakelijk zijn ter bepaling van de noodzaak van permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. Bij de beoordeling van de mate waarin een verzekerde is aangewezen op zorg vanuit de Wet langdurige zorg betreft het CIZ de gebruikelijke zorg en algemeen gebruikelijke voorzieningen.¹⁶⁰

De zorgprofielen

Indien een verzekerde aangewezen is op zorg, dan vermeldt het indicatiebesluit verschillende onderdelen. Eén van deze onderdelen is het zorgprofiel waarop de verzekerde is aangewezen. Aan de hand van het toegewezen zorgprofiel heeft de verzekerde recht op samenhangende zorg die binnen dit zorgprofiel past.¹⁶¹

De verschillende zorgprofielen uit de sector Verpleging en verzorging zijn opgenomen in tabel 6.1. Hierbij is tevens het zorgzwaartepakket weergegeven zoals opgenomen in de vervallen AWBZ.¹⁶²

¹⁵⁷ Zoals beschreven door Van den Ende in: *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht II* 2015, artikel 3.2.1 Wlz, aant. 2 en opgenomen in artikel 3.2.1 lid 2 sub d jo sub e Wet langdurige zorg.

¹⁵⁸ Op basis van artikel 3.2.1 lid 2 sub c Wet langdurige zorg en nader uitgelegd in *Kamerstukken II* 2013/14, 33891, 3, p. 147.

¹⁵⁹ Op grond van artikel 3.2.1 lid 2 sub a Wet langdurige zorg.

¹⁶⁰ Op grond van artikel 1.1.1 jo 3.2.3 lid 1 Wet langdurige zorg en artikel 3.2.1 lid 1 jo 3.2.2 lid 1 jo lid 2 Besluit langdurige zorg en nader uitgelegd door Beerepoot in: *Module Zorg en ziektekosten* 2015, artikel 3.2.2 Besluit langdurige zorg, aant. 1.4.

¹⁶¹ Op grond van artikel 3.1.1 lid 1 jo 3.2.3 sub c Besluit langdurige zorg.

¹⁶² Voor de overige zorgprofielen + uitgebreide uitleg sector verpleging en verzorging zie bijlage drie: zorgprofielen Wet langdurige zorg.

Tabel 6.1

Zorgprofielen sector verpleging en verzorging (VV)	ZZP AWBZ
VV Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	4 VV
VV Beschermde wonen met intensieve dementiezorg	5 VV
VV Beschermde wonen met intensieve verzorging en verpleging	6 VV
VV Beschermde wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding	7 VV
VV Beschermde wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging	8 VV
VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging	9b VV
VV Beschermde verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	10 VV

6.2.2.2. Geen recht op zorg

Onder bepaalde voorwaarde heeft een verzekerde geen recht op zorg vanuit de Wet langdurige zorg. Daarbij gaat het om intensieve kindzorg (t/m vijf jaar) en palliatief terminale zorg voor verzekerden die nog geen recht hadden op Wlz-zorg (hierbij gaat het om de verzekerde die niet over een Wlz-indicatie beschikt voordat zij deze vorm van zorg nodig heeft). Deze vormen van zorg zijn ondergebracht in de Zorgverzekeringswet.¹⁶³

6.2.3. Voorwaarden aanbieders

Voor de zorgaanbieders zijn een aantal voorwaarden opgenomen in de wet. Het gaat hierbij om het sluiten van contracten tussen verzekeraars en zorgaanbieders, het maken van afspraken tussen zorgaanbieders en verzekerden en het opstellen van een zorgplan. Deze voorwaarden worden achtereenvolgens in deze paragraaf besproken.

Sluiten van contracten tussen verzekeraars en zorgaanbieders

Het sluiten van contracten met zorgaanbieders is een taak van de Wlz-uitvoerders en geen specifieke voorwaarde voor zorgaanbieders. In het geval dat een verzekerde zorg in natura geleverd wil krijgen van een zorgaanbieder, dan dient er tussen de Wlz-uitvoerder en zorgaanbieder een contract afgesloten te zijn. Daarmee is deze bepaling wel degelijk van belang voor de zorgaanbieder. Het gaat hierbij om schriftelijke overeenkomsten, voor een duur van maximaal vijf jaar. De overeenkomsten bevatten bepalingen zoals de aard, kwaliteit, doelmatigheid en de omvang van de te verlenen zorg, de prijs van de te verlenen zorg etc.¹⁶⁴

Afspraken maken tussen zorgaanbieders en verzekerden en het opstellen van een zorgplan

Zorgaanbieders dienen met verzekerden aan wie zij zorg verlenen, met uitzondering van degene die een pgb ontvangen, afspraken te maken. Dit vindt plaats in een bespreking tussen beide partijen voor, dan wel zo spoedig mogelijk na, de aanvang van de zorgverlening. Er worden afspraken gemaakt over:

- a) de doelen die met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode worden gesteld, en de wijze waarop de zorgaanbieder en de verzekerde de gestelde doelen trachten te bereiken;
 - b) de zorgverleners die voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk zijn, de wijze waarop afstemming tussen die zorgverleners plaatsvindt, en wie de verzekerde op die afstemming kan aanspreken.
- Hierbij wordt in ieder geval aandacht besteed aan:
- a. zeggenschap van de verzekerde over de inrichting van zijn leven, waaronder de betrokkenheid van mantelzorgers en vrijwilligers;

¹⁶³ Op grond van artikel 3.1.5 Besluit langdurige zorg en nader uitgelegd door Beerepoot in: *Module Zorg en ziektekosten* 2015, artikel 3.1.5 Besluit langdurige zorg, aant. 1.4.

¹⁶⁴ Op grond van artikel 4.2.2 jo artikel 3.3.1 lid 2 Wet langdurige zorg.

- b. de mogelijkheid om dagelijks te douchen, tijdig hulp bij toiletgang en het tijdig verwisselen van incontinentiemateriaal;
 - c. voldoende en gezonde voeding en drinken;
 - d. een schone en verzorgde leefruimte;
 - e. een respectvolle bejegening, passend bij de eigenheid van de verzekerde, en een veilige en aangename sfeer;
 - f. mogelijkheden voor de verzekerde tot het beleven van en leven overeenkomstig zijn godsdienstig of levensovertuiging;
 - g. een zinvolle dag invulling en beweging;
 - h. de mogelijkheid om dagelijks in de buitenlucht te verkeren; en
 - i. ontwikkeling en ontplooiing van de verzekerde waaronder, in geval van deelname aan onderwijs, afstemming met de school waar de verzekerde is aangemeld of toegelaten.
- c) de wijze waarop de verzekerde zijn leven wenst in te richten en de ondersteuning die de verzekerde daarbij van de zorgaanbieder zal ontvangen;
- d) de frequentie waarmee en de omstandigheden waaronder een en ander met de verzekerde zal worden geëvalueerd en geactualiseerd.¹⁶⁵

Binnen zes weken moeten de uitkomsten van de besprekingen tussen de verzekerde of diens vertegenwoordiger en de zorgaanbieder worden vastgelegd in een zorgplan. De zorgaanbieder verstrekt een afschrift van dit zorgplan aan de verzekerde of diens vertegenwoordiger.¹⁶⁶

6.2.4. Financiering

Een verzekerde die voldoet aan de voorwaarden en recht heeft op zorg, kan kiezen uit zorg in natura, een persoonsgebonden budget of een modulair pakket thuis in combinatie met een persoonsgebonden budget. In beginsel is er sprake van een keuzevrijheid, maar deze kan onder bepaalde voorwaarden worden ingeperkt.¹⁶⁷ Eerst wordt de zorg in natura besproken, met daarin de zorg met verblijf in een instelling, het volledig pakket thuis en het modulair pakket thuis. Daarna wordt er dieper ingegaan op het persoonsgebonden budget. Tot slot zal het modulair pakket thuis in combinatie met een persoonsgebonden budget worden besproken.

6.2.4.1. Zorg in natura

Binnen de zorg in natura bestaan er drie mogelijkheden met betrekking tot de financiering van de zorg:

1. Zorg met verblijf in een instelling;
2. Volledig pakket thuis;
3. Modulair pakket thuis.

Ad 1. Zorg met verblijf in een instelling

Deze zorg betreft alle zorg die geboden wordt in een instelling, zie paragraaf 6.2.1.

Ad 2. Volledig pakket thuis

De Wlz-uitvoerder laat, op aanvraag van de verzekerde en onverminderd het derde lid, zorg in natura leveren zonder dat de verzekerde in een instelling verblijft, door middel van een integraal en volledig pakket thuis, te verlenen door of onder verantwoordelijkheid van één zorgaanbieder.¹⁶⁸

¹⁶⁵ Zoals opgenomen in artikel 8.1.1 lid 1 jo lid 2 Wet langdurige zorg jo artikel 6.1.1 Besluit langdurige zorg.

¹⁶⁶ Op grond van artikel 8.1.3 lid 1 Wet langdurige zorg.

¹⁶⁷ Zoals beschreven in artikel 3.3.1 lid 1 Wet langdurige zorg.

¹⁶⁸ Zoals opgenomen in artikel 3.3.2 lid 1 sub a Wet langdurige zorg.

De zorg die geleverd wordt in het volledig pakket thuis (hierna: vpt) houdt in de zorg zoals besproken in paragraaf 6.2.1, met uitzondering van de algemeen medische zorg. Een vpt wordt verleend op aanvraag van de verzekerde, tenzij de zorg niet op een verantwoorde of doelmatige wijze bij de verzekerde thuis kan worden verleend. Dit wordt bepaald door de Wlz-uitvoerder. Het gaat daarbij om een zorginhoudelijk overweging waarbij de Wlz-uitvoerder tot het oordeel komt dat de zorg niet op een verantwoorde wijze kan worden verleend op de door de verzekerde beoogde wijze. De zorg is bijvoorbeeld te complex of te intensief om thuis te kunnen uitvoeren, deze dient uitgevoerd te worden door bijvoorbeeld zorgverleners welke doorlopend beschikbaar zijn of waar bijzondere en kostbare voorzieningen aanwezig zijn (doelmatigheid). Echter, de Wlz-uitvoerder verleent toch een vpt, ook indien niet voldaan kan worden aan de doelmatigheid, als de zorg op een verantwoorde wijze kan worden verleend of de zorg niet langer dan ten hoogste dertien weken wordt verleend.¹⁶⁹

Ad 3. Modulair pakket thuis

*De Wlz-uitvoerder laat, op aanvraag van de verzekerde en onverminderd het vierde en achtste lid, zorg in natura leveren zonder dat de verzekerde in een instelling verblijft, door middel van een modulair pakket thuis, bestaande uit één of meer losse vormen van zorg als bedoeld in artikel 3.1.1.*¹⁷⁰

Binnen een modulair pakket thuis (hierna: mpt) gaat het om één of meerdere losse vormen van zorg, met uitzondering van de algemeen medische zorg en de voorziening met betrekking tot het verstrekken van eten en drinken. De verschillende vormen van zorg kunnen geleverd worden door verschillende zorgaanbieders. In een besluit tot het verlenen van een mpt wordt het recht op zorg van de verzekerde uitgedrukt in modules. De modules bestaat uit de losse zorgvormen zoals besproken in paragraaf 6.2.1. Door het opnemen van modules kan de verzekerde zien op welke losse zorgvormen hij recht heeft en in welke verhouding die staan.¹⁷¹

Een mpt wordt verleend na overleg tussen de verzekerde (of diens vertegenwoordiger) en Wlz-uitvoerder over de samenstelling van het mpt. Een mpt kan geweigerd worden op twee gronden, de eerste grond is dezelfde afwijzingsgrond zoals beschreven in het vpt. De tweede afwijzingsgrond houdt in dat de kosten van de zorg binnenshuis hoger zijn dan de kosten van de zorg wanneer deze verleend zou worden als diegene in een instelling zou verblijven. Ook in het geval van het mpt kan op grond van een aantal bepalingen de aanvraag toch toegewezen worden. Deze bepalingen zijn hetzelfde als bij het vpt. Daarnaast bestaat er een bepaling met betrekking tot het verhogen van de kosten. Deze heeft voornamelijk betrekking op minderjarigen en wordt dus niet verder toegelicht.¹⁷²

De totale kosten van het mpt zijn afgeleid van het pgb. Bij de bepaling van de totale kosten worden bepaalde kosten buiten beschouwing gelaten, namelijk: begeleiding groep (de dagbesteding) en behandeling (zoals besproken in paragraaf 6.2.1). In het geval van het zorgprofiel sector verpleging en verzorging wordt slechts de individuele behandeling als onderdeel van de module behandeling buiten beschouwing gelaten. Deze onderdelen worden buiten beschouwing gelaten omdat daarvoor geen vergoeding wordt geboden binnen het pgb en daarmee ook niet worden meegenomen bij de bepaling van

¹⁶⁹ Op grond van artikel 3.3.2 lid 2 en 3 Wet langdurige zorg en nader uitgelegd door Van den Ende in: *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht II* 2015, artikel 3.3.2 Wlz, aant. 3. Voor de afwijzingsgronden zie artikel 3.5.3 Besluit langdurige zorg jo artikel 5.3a Regeling langdurige zorg.

¹⁷⁰ Zoals opgenomen in artikel 3.3.2 lid 1 sub b Wet langdurige zorg.

¹⁷¹ Op grond van artikel 3.3.2 lid 2 Wet langdurige zorg jo artikel 3.5.1 Besluit langdurige zorg en nader uitgelegd door Beerepoot in: *Module Zorg en ziektekosten* 2015, artikel 3.5.1 Besluit langdurige zorg, aant. 1.4.

¹⁷² Zoals genoemd in artikel 3.3.2 lid 4 Wet langdurige zorg en nader uitgelegd door Van den Ende in: *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht II* 2015, artikel 3.3.2 Wlz, aant. 3. Voor nadere regels omtrent de afwijzingsgronden zie artikel 3.5.3 Besluit langdurige zorg jo artikel 5.3 jo 5.3a Regeling langdurige zorg.

de hoogte van het mpt. De hoogte van het pgb en daarmee de hoogte van het mpt wordt nader besproken.¹⁷³

6.2.4.2. Persoonsgebonden budget

Op aanvraag van een verzekerde verleent het zorgkantoor een persoonsgebonden budget waarmee de verzekerde zelf betalingen doet voor zorg, in plaats van zorg in natura te ontvangen.* Het pgb wordt verstrekt aan de verzekerde die voorkeur geeft aan de inschakeling van zorgaanbieders die niet door Wlz-uitvoerders gecontracteerd zijn. Bepaalde voorzieningen (zoals besproken in paragraaf 6.2.1.) zijn uitgesloten voor het pgb, de voorzieningen die ingekocht kunnen worden zijn: het schoonhouden van de woonruimte, persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging, vervoer of logeeropvang. Binnen het pgb wordt het budget vertrekt in de vorm van een trekkingsrecht. De Sociale verzekeringsbank voert de betalingen van het verstrekte persoonsgebonden budget uit.¹⁷⁴

Net zoals voor het vpt en het mpt zijn er afwijzingsgronden voor het verlenen van een pgb. Een deel van de afwijzingsgronden zorgen ervoor dat het pgb alleen wordt toegekend aan de verzekerde die in staat is om het pgb zelfstandig (of met behulp van een vertegenwoordiger) uit te kunnen voeren. Daarnaast zijn er bepalingen opgenomen inhoudende dat de verzekerde geen recht heeft indien hij op een bepaald zorgprofiel is aangewezen en er zijn bepalingen omtrent meerdere formaliteiten (niet aanleveren van het aanvraagformulier etc.).¹⁷⁵

De hoogte van het pgb wordt berekend door het in het indicatiebesluit opgenomen zorgprofiel (of zorgzwaartepakket indien het gaat om een overgangsrecht), met toepassing van een omrekentabel, om te rekenen naar een of meer klassen.¹⁷⁶ Als er sprake is van meerdere vormen van zorg, dan kan het pgb in principe niet hoger worden vastgesteld dan de som van de bedragen zoals hiervoor besproken.¹⁷⁷ Het uit het persoonsgebonden budget te betalen bruto loon of de te betalen vergoeding aan een zorgaanbieder bedraagt ten hoogste € 20,- per uur of per dagdeel. Dit bedrag bedraagt bruto € 63,- per uur of € 58,- per dagdeel of een bedrag vastgesteld door de zorgautoriteit indien het gaat om een onderneming of persoon die ingeschreven staat waarvan de activiteiten geheel of gedeeltelijk bestaan uit het verlenen van zorg.¹⁷⁸

* Ter verduidelijking met betrekking tot ZorgAccent: ZorgAccent heeft in principe niets te maken met het wel of niet ontvangen van een persoonsgebonden budget. Zij hebben daar geen invloed op. Een cliënt is vrij in zijn keuze met betrekking tot het bepalen of hij een pgb of een andere vorm van financiering zou willen ontvangen. ZorgAccent heeft verpleegkundigen (niveau 5) in dienst die eventueel kunnen helpen bij het aanvragen van een PGB.¹⁷⁹

¹⁷³ Op grond van artikel 3.5.2 Besluit langdurige zorg jo artikel 5.1 lid 1 en lid 2 Regeling langdurige zorg en nader uitgelegd door Paulus in: *Module Zorg en ziektekosten 2017*, artikel 5.1 Regeling langdurige zorg, aant. 1.4.

¹⁷⁴ Op grond van artikel 3.3.3 lid 1 jo lid 7 Wet langdurige zorg. Trekkingsrecht houdt in dat de verzekerde een tegoed aan zorg krijgt dat beheerd wordt door de SVB, waaruit op aangeven van de verzekerde worden de zorgverleners betaald. Uitleg door Van den Ende in: *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht II 2015*, artikel 3.3.3 Wlz, aant. 1.

¹⁷⁵ Voor meer uitleg zie artikel 3.3.3 lid 4 en lid 5 Wet langdurige zorg jo artikel 3.6.2 Besluit langdurige zorg jo artikel 5.5 en artikel 5.6 Regeling langdurige zorg.

¹⁷⁶ Op grond van artikel 3.6.3 Besluit langdurige zorg jo artikel 5.13 lid 2 Regeling langdurige zorg. Zie voor alle tarieven en de omrekentabel bijlage vier: omrekentabel en tarieven persoonsgebonden budget Wet langdurige zorg.

¹⁷⁷ Op grond van artikel 5.14 Regeling langdurige zorg. Voor uitzonderingen zie artikel 2.2 jo artikel 5.3 lid 2 of lid 5 Regeling langdurige zorg.

¹⁷⁸ Voor nadere uitleg zie artikel 3.6.5 Besluit langdurige zorg jo artikel 5.22 Regeling langdurige zorg.

¹⁷⁹ Interview met mevr. A. Kusters (medewerkster WijkServiceCentrum, d.d. 11 april 2017).

6.2.4.3. Modulair pakket thuis in combinatie met een persoonsgebonden budget

Een modulair pakket thuis kan in combinatie met een persoonsgebonden budget worden verleend. De hoogte van een mpt tezamen met een pgb is ten hoogste gelijk aan het pgb dat iemand zou hebben gekregen als hij alleen een pgb had aangevraagd. Het modulair pakket thuis en het persoonsgebonden budget mogen gecombineerd worden en binnen beide leveringsvormen kan geschoven worden tussen de geïndiceerde vormen van zorg. Hierbij mogen de totale kosten niet hoger worden dan het pgb (het bedrag dat men zou krijgen indien alleen voor een pgb gekozen zou worden).¹⁸⁰

6.3. Toepassing van de voorzieningen op het zorg- en dienst aanbod van Wonen met een Plus De Koppel

De voorzieningen uit de Wet langdurige zorg kunnen worden toegepast op meerdere onderdelen van het zorg- en dienst aanbod binnen Wonen met een Plus De Koppel, dit is uitgewerkt in tabel 6.2.

Tabel 6.2.

Voorziening Wet langdurige zorg	Zorg- en dienst aanbod Wonen met een Plus De Koppel
Verblijf in een instelling	Wijkverpleging: De wijkverpleging kan onder deze voorziening vallen wanneer deze zorg thuis geleverd wordt. Huishouding: Binnen de voorziening ‘verblijf in een instelling’ valt ook het schoonhouden van de woonruimte. De huishouding voert deze zorg uit. Per 1-4-2017 valt alle huishouding van cliënten met een Wlz-indicatie onder de Wlz. Voorheen was het mpt exclusief huishoudelijke hulp, deze is nu per 1 april 2017 tevens opgenomen in de Wlz.¹⁸¹ Maaltijdvoorziening: Binnen de voorziening ‘verblijf in een instelling’ valt ook het verstrekken van eten en drinken. De maaltijdvoorziening voert deze zorg uit.
Persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging	Wijkverpleging: De persoonlijke verzorging en verpleging vallen onder de wijkverpleging. De wijkverpleging kan verpleegkundige handelingen uitvoeren zoals beschreven in de voorzieningen. Daarnaast verzorgt de wijkverpleging binnen Wonen met een Plus De Koppel de persoonlijke verzorging. Dagbesteding: De begeleiding valt onder de dagbesteding. De dagbesteding voorziet in recreatieve of sociaal-culturele activiteiten waaraan mensen een bepaalde mate van structuur overhouden en die

¹⁸⁰ Op grond van artikel 5.2 Regeling langdurige zorg en nader uitgelegd door Paulus in: *Module Zorg en ziektekosten* 2017, artikel 5.2 Regeling langdurige zorg, aant. 1.4.

¹⁸¹ Interview met mevr. A. Kusters (medewerkster WijkServiceCentrum, d.d. 11 april 2017).

	bijdragen aan een verhoging van de kwaliteit van leven.
Behandeling	Deze zorg valt niet binnen het zorg- en dienst-aanbod van Wonen met een Plus De Koppel.
Door of namens een instelling	Deze zorg valt niet binnen het zorg- en dienst-aanbod van Wonen met een Plus De Koppel.
Mobiliteitshulpmiddelen	Deze zorg valt niet binnen het zorg- en dienst-aanbod van Wonen met een Plus De Koppel.
Vervoer	Vervoer: Hieronder valt het vervoer van en naar de dagbesteding van de mensen met een wlz-indicatie.
Logeeropvang	Respijtzorg: Deze zorg valt onder de respijtzorg. Hierbij gaat het om mensen met een wlz-indicatie die thuis verblijven. Respijtzorg heeft net zoals deze voorziening ten doel om de mantelzorger te ontlasten.

Overgangsrecht

Naar aanleiding van de hervorming van de langdurige zorg zijn er verschillende overgangsrechten opgesteld. Eén van deze rechten is ook van toepassing op een aantal huurders binnen Wonen met een Plus. Deze huurders zijn de bewoners die zijn gebleven vanuit het toenmalige verzorgingstehuis De Koppel. In de tijd dat het verzorgingstehuis omgezet werd naar Wonen met een Plus, kregen de bewoners de keuze om te blijven wonen binnen het nieuwe systeem of om te gaan verhuizen naar een ander verzorgingstehuis.

Voor de bewoners die zijn gebleven geldt het overgangsrecht dat de verblijfsindicatie uit de AWBZ als blijvend wordt erkend. Dit houdt in dat verzekerden die reeds een verblijfsindicatie op grond van de AWBZ hadden, deze daardoor worden ontzien en er geen sprake is van een herindicatie. Dit geldt voor verzekerden met een indicatie voor een hoog zorgzwaartepakket en een laag zorgzwaartepakket. Hierbij gaat het om de verzekerden die naar aanleiding van de nieuwe Wlz ook zorg vanuit deze wet zouden krijgen.¹⁸² Kortgezegd: de bewoners die voorheen woonden in het verzorgingstehuis De Koppel, zijn op dit moment huurders binnen Wonen met een Plus De Koppel. Op grond van de Wlz krijgen zij de benodigde zorg, zoals wijkverpleging etc.

6.4. Eventuele mogelijkheden met betrekking tot het zorg- en dienstaanbod

Binnen de Wet langdurige zorg zijn er verschillende voorzieningen binnen het zorg- en dienstaanbod in ontwikkeling. Binnen de Wlz betreffen dat de dagbesteding en de maaltijdvoorziening. Deze ontwikkelingen en mogelijkheden zijn al in eerdere hoofdstukken besproken.

De mogelijkheden binnen de dagbesteding zijn besproken in het hoofdstuk rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, zie paragraaf 4.4.1. voor nadere uitleg. De mogelijkheden binnen de maaltijdvoorziening zijn tevens besproken in het hoofdstuk rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, zie voor nadere uitleg paragraaf 4.4.3.

¹⁸² Op grond van artikel 11.1.1 lid 1 jo 2 Wet langdurige zorg en nader uitgelegd door Van den Ende in: *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht II* 2015, artikel 11.1.1 Wlz, aant. 1 en 2.

HOOFDSTUK 7: CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In hoofdstuk zeven worden de conclusies, aanbevelingen en beroepsproduct besproken. In de eerste paragraaf worden de onderzoeksvragen en de probleemstelling beantwoordt. Daarna wordt in paragraaf 7.2. de aanbevelingen en het beroepsproduct besproken.

7.1. Conclusies

In deze paragraaf worden de conclusies besproken op de verschillende onderzoeksvragen en de probleemstelling. Achtereenvolgens wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvragen één, twee, drie en vier. Tot slot wordt antwoord gegeven op de probleemstelling.

7.1.1. Wat is het zorg- en dienstaanbod en wat zou dit eventueel kunnen zijn binnen Wonen met een Plus en door wie wordt het aanbod geleverd?

Uit de resultaten, zoals uitgewerkt in hoofdstuk drie, is gebleken dat het zorg- en dienstaanbod binnen Wonen met een Plus De Koppel het volgende aanbod betreft: wijkverpleging, eerstelijns verblijf, respijtzorg en logeerverblijf, dagbesteding en welzijnsactiviteiten, huishouding, maaltijdvoorziening, vervoer, thuisbegeleiding, fysiotherapie, kapper, behandeling, RIBW, thuisbegeleiding, logeerkamers voor familie en de buurtkamer en vergaderruimtes. Daarnaast is uit het onderzoek in hoofdstuk 4.3, 5.3, en 6.3. gebleken dat er verschillende mogelijkheden zijn met betrekking tot het Zorg- en Dienstaanbod binnen Wonen met een Plus De Koppel. Deze mogelijkheden betreffen niet zozeer het ontwikkelen van een nieuw zorg- en dienstaanbod, maar het betreffen herontwikkelingen binnen het huidige zorg- en dienstaanbod. Zie tabel 7.1 voor een korte uitleg over het zorg- en dienst aanbod, door wie dit aanbod geleverd wordt en de eventuele mogelijkheden die er zijn.

Tabel 7.1

Zorg- en dienst-aanbod	Omschrijving	Geleverd door	Mogelijkheden
Wijkverpleging	Verzorgen en verplegen van cliënten binnen De Koppel.	Wijkteams die onderdeel zijn van ZorgAccent.	
Eerstelijns Verblijf	Een kortdurend medisch verblijf, waarbij het doel terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie is.	Gespecialiseerd team dat onderdeel is van ZorgAccent.	ELV beter laten doorstromen, doormiddel van indiceren aan de voordeur. Hierbij kan bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van 'de Rode Vlaggen App' of iets soortgelijks om vroeg signalering te stimuleren.
Respijtzorg/ logeerverblijf	Verblijf met als doel de mantelzorger te ontlasten.	Wijkverpleging van ZorgAccent, zoals hierboven beschreven.	
Dagbesteding en welzijnsactiviteiten	Dagbesteding creëren voor cliënten doormiddel van recreatieve of sociaal-culturele activiteiten. En welzijnsactiviteiten organiseren voor huurders en derden.	Team dagbesteding en welzijnsactiviteiten dat onderdeel is van de twee wijkteams van ZorgAccent binnen De Koppel.	Dagbesteding op een nieuwe/ andere manier opzetten. Bijvoorbeeld: Zinnvolle dagbesteding creëren die cliënten naar eigen wens kunnen invullen, daarbij betaalt de cliënt een gedeelte zelf (wat boven de vergoeding uitkomt).

Huishouding	Huishoudelijke hulp	ZorgAccent Hulp	Huishoudelijke
Maaltijdvoorziening	Voorzien in de maaltijd van cliënten.	Het Streekfornuus	Maaltijdvoorziening laten oppakken door de huishoudelijke hulp in plaats van door de wijkverpleging.
Vervoer	Vervoer van en naar de dagbesteding.	ZorgAccent	Vervoer op een andere manier aanbieden, doordat per 1-1-2018 het vervoer anders geregeld wordt. Bijvoorbeeld: Particuliere vervoersdiensten. Hierbij worden tussen ouders met een vervoersvraag en vrijwilligers (buurtgenoten) bemiddeld.
Fysiotherapie	Fysiotherapie	Fysiotherapie De Koppel	
Kapper	Kapper	Zelfstandige kapper	
Behandeling	Behandeling door een huisarts.	Vaste (zelfstandige) huisarts en de eigen huisarts van de cliënt	
RIBW	Begeleiding van mensen met een (ernstige) psychische/psychiatrische beperking.	RIBW Groep Overijssel	
Logeerkamers voor familie	Tegen betaling gebruik maken van logeerkamers door familieleden van de cliënt.	ZorgAccent	
Thuisbegeleiding	Thuisbegeleiding helpt bij het nemen of houden van eigen regie en de eigen kracht te vinden en te gebruiken.	ZorgAccent	
Buurtkamer en vergaderruimtes	Gebruik maken van de buurtkamer door huurders, familie en wijkbewoners. Vergaderruimtes gebruiken voor vergaderingen en besprekingen etc.	ZorgAccent	

7.1.2. Welke zorg en diensten vallen binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en op welke wijze worden deze bekostigd en welke voorwaarden zijn eraan verbonden?

Uit de resultaten van het onderzoek is, in hoofdstuk 4.2.1, gebleken dat verschillende zorg en diensten binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 vallen. Daarbij is per voorziening aangegeven wanneer er sprake is van deze voorziening. Het betreft: wijkverpleging, maaltijdvoorziening en thuisbegeleiding binnen de voorziening ondersteuning zelfstandig leven (niveau 1 en 2). Daarnaast valt de dagbesteding binnen de voorziening ondersteuning maatschappelijke deelname (niveau 1 en 2). Respijtzorg valt onder de voorziening ondersteuning mantelzorg door kortdurend verblijf, huishouding valt onder de voorziening huishoudelijke ondersteuning en tot slot valt het vervoer onder de voorziening ondersteuning mobiliteit.

Uit het onderzoek is, in hoofdstuk 4.2.2. en 4.2.3, gebleken aan welke voorwaarden de ondersteuningsvrager en de aanbieder moeten voldoen. Binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning heeft een ondersteuningsvrager recht op een voorziening indien hij behoort tot de doelgroep van de Wmo 2015 en eigen kracht, gebruikte hulp, hulp van andere personen uit het sociale netwerk, algemeen gebruikelijke voorzieningen, algemene voorzieningen of andere voorzieningen geen adequate oplossing bieden voor de ondervonden problemen of beperkingen. Qua voorwaarden voor aanbieders dient een aanbieder allereerst ervoor te zorgen dat de kwaliteit van de voorziening goed is. Er zijn eisen gesteld aan het resultaat van de dienstverlening, aan de organisatie en aan de beroepskracht. Ook moet een aanbieder regelingen vaststellen voor de afhandeling van klachten en voor de medezeggenschap over voorgenomen besluiten die voor gebruikers van belang zijn.

Tot slot is uit de resultaten, in hoofdstuk 4.2.4, gebleken welke financieringsvormen mogelijk zijn binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Binnen de Wmo 2015 zijn drie mogelijkheden. De ondersteuningsvrager is daarbij, in principe, vrij in zijn keuze. Allereerst bestaat de voorziening in natura. Hierbij wordt de voorziening ingekocht door de gemeente en daarbij zorgt de gemeente ervoor dat de voorziening aan de ondersteuningsvrager geleverd wordt. Daarnaast kan er sprake zijn van een financiële tegemoetkoming. Daarbij is er sprake van een forfaitaire tegemoetkoming. Tot slot kan er sprake zijn van een persoonsgebonden budget, hierbij krijgt de ondersteuningsvrager een budget toegerekend waarmee hij zelf de benodigde zorg kan inkopen. Er zijn een aantal voorwaarden verbonden aan het ontvangen van een persoonsgebonden budget.

7.1.3. Welke zorg en diensten vallen binnen de Zorgverzekeringswet en op welke wijze worden deze bekostigd en welke voorwaarden zijn eraan verbonden?

Uit de resultaten van het onderzoek is, in hoofdstuk 5.2.1, gebleken dat verschillende zorg en diensten binnen de Zorgverzekeringswet vallen. Het betreft behandeling en fysiotherapie binnen de geneeskundige zorg. Daarnaast valt de wijkverpleging onder voorziening ‘verpleging en verzorging’. En tot slot valt het eerstelijns verblijf onder het verblijf in verband met geneeskundige hulp, binnen de ELV is er sprake van huishouding en maaltijdvoorziening deze vallen dus tevens onder deze voorziening.

Daarnaast is duidelijk te zien, in hoofdstuk 5.2.2. en 5.2.3, aan welke voorwaarden de verzekerde en de aanbieder moeten voldoen. Binnen de Zorgverzekeringswet heeft een verzekerde recht op een voorziening indien zich een risico voordoet waartegen de zorgverzekeraar een zorgplicht heeft. De vraag of de verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst wordt op basis van zorginhoudelijke criteria beoordeeld. Ook bestaat de voorwaarde omtrent voorliggende voorzieningen, indien er vormen van zorg of overige diensten uit een andere wet (Wlz, Jeugdwet, Wmo 2015) gefinancierd kunnen worden dan vallen deze vormen van zorg niet onder de Zorgverzekeringswet. Voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn voorwaarden opgenomen ter bescherming van het algemeen belang, dit betreft het (in bepaalde gevallen) verplicht afsluiten van contracten en overeenkomsten. En daarnaast zijn er voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars voorwaarden opgenomen omtrent het bepalen van tarieven.

Tot slot is uit de resultaten, in hoofdstuk 5.2.4, gebleken welke financieringsvormen mogelijk zijn binnen de Zorgverzekeringswet. Allereerst bestaan het naturamodel en het restitutiemodel. Binnen het naturamodel heeft de verzekerde recht op de zorg waaraan hij behoefte heeft, daarbij wordt de zorg rechtstreeks betaald aan de zorgaanbieder zonder tussenkomst van de verzekerde. Binnen het restitutiemodel krijgt de verzekerde een bedrag vergoedt, waarmee de kosten die hij heeft gemaakt voor zorg, overige diensten of activiteiten (gedeeltelijk) gedekt worden. Daarnaast bestaat het Zvw-pgb. Dit houdt een gemaximeerde vergoeding in voor de kosten die de verzekerde maakt voor het betrekken van zorg of een andere dienst. Dit persoonsgebonden budget bestaat voor de verzekerde die behoefte heeft aan verpleging en verzorging, maar die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg. Aan het ontvangen van een Zvw-pgb zijn een aantal voorwaarden verbonden.

7.1.4. Welke zorg en diensten vallen binnen de Wet langdurige zorg en op welke wijze worden deze bekostigd en welke voorwaarden zijn eraan verbonden?

Uit het onderzoek blijkt, in hoofdstuk 6.2.1, dat verschillende zorg en diensten binnen de Zorgverzekeringswet vallen. Het betreft de wijkverpleging binnen het verblijf in een instelling en binnen de persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging. Daarnaast vallen de huishouding en de maaltijdvoorziening ook binnen het verblijf in een instelling. De dagbesteding valt ook binnen de voorziening persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging. Tot slot valt het vervoer binnen de voorziening vervoer en valt de respijtzorg onder de logeeropvang. Ook is uit het onderzoek gebleken dat binnen huidige Wet langdurige zorg er nog sprake is van het overgangsrecht voor cliënten met een verblijfsindicatie uit de AWBZ, deze indicatie blijft erkend.

Daarnaast is uit de resultaten, in hoofdstuk 6.2.2. en 6.2.3, gebleken aan welke voorwaarden de verzekerde en de aanbieder moeten voldoen. Binnen de Wet langdurige zorg heeft een verzekerde recht op een voorziening indien de zorg behoefte voortkomt uit een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuigelijke handicap. Daarnaast dient de verzekerde behoefte te hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid en de zorgbehoefte dient blijvend te zijn. Tot slot heeft het CIZ, naar aanleiding van een aanvraag, het recht op zorg in een indicatiebesluit vastgelegd. Voor zorgaanbieders zijn voorwaarden opgenomen met betrekking tot het sluiten van contracten tussen hen en verzekeraars (in het geval van zorg in natura). Ook zijn er voorwaarden opgenomen met betrekking tot het maken van afspraken tussen hen en verzekerden en het opstellen van een zorgplan.

Tot slot is duidelijk te zien, in hoofdstuk 6.2.4, welke financieringsvormen mogelijk zijn binnen de Wet langdurige zorg. Binnen de Wlz kan er sprake zijn van ‘zorg in natura’, hierbinnen bestaan er drie mogelijkheden: zorg met verblijf in een instelling, volledig pakket thuis en modulair pakket thuis. Binnen het vpt en het mpt gaat het om het leveren van zorg in natura, zonder dat de verzekerde in een instelling verblijft. Bij het vpt wordt deze zorg geleverd door of onder verantwoordelijkheid van één zorgaanbieder, bij het mpt betreft het één of meerdere losse vormen van zorg. Daarnaast bestaat het persoonsgebonden budget waarmee de verzekerde zelf betalingen doet voor zorg, in plaats van zorg in natura te ontvangen. Aan het ontvangen van een persoonsgebonden budget zijn een aantal voorwaarden verbonden. Tot slot bestaat het modulair pakket thuis in combinatie met een persoonsgebonden budget.

7.1.5. Conclusie op de probleemstelling

“Welk zorg- en dienstenaanbod is er en zou er eventueel ontwikkeld kunnen worden voor ouderen binnen Wonen met een Plus in De Koppel te Almelo? En vanuit welke relevante wet- en regelgeving kunnen deze worden bekostigd en aan welke voorwaarden moet in dat geval worden voldaan?”

Uit het onderzoek is gebleken welk zorg- en dienstenaanbod er is binnen Wonen met een Plus De Koppel en welk aanbod eventueel ontwikkeld zou kunnen worden. Daarnaast blijkt uit het onderzoek van-

uit welke relevante wet- en regelgeving dit aanbod bekostigd kan worden én aan welke voorwaarden in dat geval moet worden voldaan. Al deze uitkomsten, met uitzondering van de voorwaarden, zijn samengevoegd in tabel 7.2 en geven overzichtelijk antwoord op de probleemstelling.

Tabel 7.2			
Zorg- en dienst-aanbod	Mogelijkheden	Relevante wet- en regelgeving	Bekostiging
Wijkverpleging		Wmo 2015: ondersteuning zelfstandig leven (niveau 1 en 2) Zvw: verpleging en verzorging Wlz: - verblijf in een instelling - persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging - overgangsrecht AWBZ	Wmo 2015: zorg in natura, pgb Zvw: naturamodel, restitutiemodel, Zvw-pgb Wlz: zorg in natura (zorg met verblijf in een instelling, vpt, mpt), pgb
Eerstelijns verblijf	ELV beter laten doorstromen doormiddel van indiceren aan de voordeur.	Zvw: verblijf i.v.m. geneeskundige hulp	Zvw: naturamodel, restitutiemodel
Respijtzorg (en logeerverblijf)		Wmo 2015: ondersteuning mantelzorger door kortdurend verblijf Wlz: logeeropvang	Wmo 2015: zorg in natura, pgb Wlz: zorg in natura (zorg met verblijf in een instelling, vpt, mpt), pgb
Dagbesteding (en welzijnsactiviteiten)	Dagbesteding op een nieuwe/ andere manier opzetten.	Wmo 2015: ondersteuning maatschappelijke deelname (niveau 1 en 2) Wlz: persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging	Wmo 2015: zorg in natura, pgb Wlz: zorg in natura (zorg met verblijf in een instelling, vpt, mpt), pgb
Huishouding		Wmo 2015: huishoudelijke ondersteuning Zvw: verblijf i.v.m. geneeskundige hulp Wlz: verblijf in een instelling	Wmo 2015: zorg in natura, pgb Zvw: naturamodel, restitutiemodel Wlz: zorg in natura (zorg met verblijf in een instelling, vpt, mpt), pgb
Maaltijdvoorziening	Maaltijdvoorziening laten oppakken door de huishoudelijke hulp i.p.v. door de wijkverpleging.	Wmo 2015: ondersteuning zelfstandig leven (niveau 1 en 2) Zvw: verblijf i.v.m. geneeskundige hulp Wlz: verblijf in een instelling	Wmo 2015: zorg in natura, pgb Zvw: naturamodel, restitutiemodel Wlz: zorg in natura (zorg met verblijf in een instelling en vpt)

Vervoer	Vervoer op een andere manier aanbieden, doordat per 1-1-2018 het vervoer anders geregeld wordt.	Wmo 2015: ondersteuning mobiliteit Wlz: vervoer	Wmo 2015: zorg in natura, financiële tegemoetkoming, pgb Wlz: zorg in natura (zorg met verblijf in een instelling, vpt, mpt), pgb
Thuisbegeleiding		Wmo 2015: ondersteuning zelfstandig leven (niveau 1 en 2).	Wmo 2015: zorg in natura, pgb
Fysiotherapie		Zvw: geneeskundige zorg	Zvw: naturamodel, restitutiemodel
Kapper			
Behandeling		Zvw: geneeskundige zorg	Zvw: naturamodel, restitutiemodel
RIBW			
Logeerkamers voor familie			
Buurtkamer en vergaderruimtes			

De voorwaarden gelden in het algemeen voor alle voorzieningen die geboden worden in de verschillende wet- en regelgeving. Voor de leesbaarheid is ervoor gekozen om deze niet in de tabel op te nemen. De voorwaarden zijn hieronder nader uitgewerkt per wet- en regelgeving.

Wmo 2015: De ondersteuningsvrager dient te behoren tot de doelgroep en eigen kracht, gebruikte hulp, hulp van andere personen uit het sociale netwerk, algemeen gebruikelijke voorzieningen, algemene voorzieningen of andere voorzieningen bieden geen adequate oplossing. Aanbieders dienen goede kwaliteitsvoorzieningen te leveren en zij dienen tevens regelingen vast te stellen ten aanzien van klachten en voor de medezeggenschap over voorgenomen besluiten.

Zorgverzekeringswet: Bij de verzekerde dient het risico zich voor te doen waartegen de zorgverzekeraar een zorgplicht heeft. Dit wordt beoordeeld op basis van zorginhoudelijke criteria. En er is geen sprake van voorliggende voorzieningen. Voorwaarden voor aanbieders hebben betrekking op het beschermen van het algemeen belang, dit betreft in bepaalde gevallen het verplicht afsluiten van contracten en overeenkomsten. Daarnaast zijn er voorwaarden omtrent het bepalen van tarieven.

Wet langdurige zorg: Er zijn vier voorwaarden voor de verzekerde, namelijk: de zorg behoefte dient voort te komen uit bepaalde aandoening, beperking of handicap, behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, zorgbehoefte is blijvend en CIZ heeft recht op zorg in een indicatiebesluit vastgelegd. Voor aanbieders zijn er voorwaarden opgenomen met betrekking tot het sluiten van contracten tussen hen en verzekeraars. Daarnaast zijn er voorwaarden met betrekking tot het maken van afspraken tussen hen en verzekerden en het opstellen van een zorgplan.

7.2. Aanbevelingen en beroepsproduct

In deze paragraaf worden de aanbevelingen en het beroepsproduct besproken. Naar aanleiding van het onderzoek zijn een aantal aanbevelingen naar voren gekomen, deze zullen besproken worden in de eerstvolgende paragraaf. Daarna zal aansluitend in paragraaf 7.2.2. het beroepsproduct besproken worden.

7.2.1. Aanbevelingen

In deze scriptie zijn een aantal mogelijkheden opgenomen met betrekking tot het zorg- en dienst aanbod binnen Wonen met een Plus De Koppel. Deze mogelijkheden gelden in principe niet enkel voor Wonen met een Plus De Koppel, maar kunnen bewerkstelligd worden binnen het gehele zorg- en

dienstaanbod van ZorgAccent. Er zal nader onderzoek gepleegd dienen te worden naar deze omschreven mogelijkheden. Verschillende onderzoeken zullen moeten uitwijzen in hoeverre deze mogelijkheden haalbaar zijn en in hoeverre ZorgAccent bereid is deze veranderingen te ondergaan.

Daarnaast wordt er een aanbeveling gedaan tot nader onderzoek van de uitkomsten van deze scriptie. Hoe kunnen deze uitkomsten vertaald worden naar ZorgAccent? Er zal bijvoorbeeld onderzoek verricht kunnen worden naar het aantal cliënten dat gebruik maakt van de beschreven voorzieningen, wat betekenen deze uitkomsten voor alle medewerkers binnen Wonen met een Plus De Koppel etc. Tot slot vraagt de veranderende wet- en regelgeving rondom het zorgaanbod om continu onderzoek. Men zal telkens moeten bekijken wat deze veranderingen met zich meebrengen en wat deze veranderingen betekenen voor het zorg- en dienstaanbod binnen Wonen met een Plus De Koppel en daarnaast ook binnen het zorg- en dienstaanbod van ZorgAccent in het algemeen.

7.2.2. Beroepsproduct

Naar aanleiding van het onderzoek is een beroepsproduct ontwikkeld. Deze is opgenomen in bijlage één. Dit beroepsproduct dient als hulpmiddel voor de medewerkers binnen Wonen met een Plus De Koppel. Op deze manier is alle informatie rondom het zorg- en dienstaanbod op een efficiënte en eenvoudige wijze vindbaar, zodat zij geholpen zijn binnen het complexe stelsel van de verschillende wettelijke kaders.

BRONNENLIJST

Baarda, De Goede & Teunissen 2005

B. Baarda, M.P.M. de Goede & J. Teunissen (2005). *Basisboek Kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese

Beerepoot 2012

C.C. Beerepoot (2012). *Module Zorg en ziektekosten*. Deventer: Kluwer (boek en online)

Beerepoot 2015

C.C. Beerepoot (2015). *Module Zorg en ziektekosten*. Deventer: Kluwer (boek en online)

Beerepoot 2016

C.C. Beerepoot (2016). *Module Zorg en ziektekosten*. Deventer: Kluwer (boek en online)

BTSG 2017

BTSG 2017. *Wet langdurige zorg*. Geraadpleegd op 18 april 2017, van <https://www.btsg.nl/infobulletin/wetten/wet-LZ.html>

Hervorming langdurige zorg 2015

Hervorming langdurige zorg (2015). *Hervorming langdurige zorg*. Geraadpleegd op 7 december 2015, van http://hervorminglangdurigezorg.nl/hervorming_en_ondersteuning/langdurige-zorg/

Hervorming langdurige zorg 2015

Hervorming langdurige zorg (2015). *Zorgverzekeringswet (Zvw)*. Geraadpleegd op 2 maart 2017, van http://hervorminglangdurigezorg.nl/hervorming_en_ondersteuning/langdurige-zorg/zvw/

Leidraad voor juridische auteurs 2016

Bastiaans e.a. (2016). *Leidraad voor juridische auteurs*. Deventer: Wolters Kluwer

Meersma 2012

K.D. Meersma (2012). *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht II*. Deventer: Kluwer

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2016

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016). *Hervorming langdurige zorg*. Geraadpleegd op 25 april 2017, van file:///C:/Users/Gebruiker1/Downloads/Hervorming+langdurige+zorg_05-2016%20(1).pdf

Nederlandse Zorgautoriteit 2017

Nederlandse Zorgautoriteit (2017). *Beleidsregel BR/REG-17119*. Geraadpleegd op 7 februari 2017, van https://www.nza.nl/1048076/1048090/BR_REG_17119__Eerstelijnsverblijf.pdf

Nederlandse Zorgautoriteit 2017

Nederlandse Zorgautoriteit (2017). *Zorgverzekeringswet (Zvw)*. Geraadpleegd op 2 maart 2017, van <https://www.nza.nl/regelgeving/wetgeving/zorgverzekeringswet/>

OZJT/ Samen 14, 2015

OZJT/ Samen 14 (2015). *Samen op weg. Twentse visie op vervoer onder gemeentelijke verantwoordelijkheid*. Z. pl.: OZJT/ Samen 14

OZJT/ Samen 14, 2017

OZJT/ Samen 14 (2017). *Werkafspraken maatwerkvoorzieningen 2017*. Z. pl.: OZJT/ Samen 14

Paulus 2017

J.J.P. Paulus (2017). *Module Zorg en ziektekosten*. Deventer: Kluwer (boek en online)

Rijksoverheid 2017

Rijksoverheid (2017). *Hervorming langdurige zorg*. Geraadpleegd op 16 februari 2017, van http://hervorminglangdurigezorg.nl/hervorming_en_ondersteuning/langdurige-zorg/

Rijksoverheid 2014

Rijksoverheid (2014). *Transitieplan Wet langdurige zorg*. Geraadpleegd op 15 maart 2017, van file:///C:/Users/Gebruiker1/Downloads/transitieplan-wet-langdurige-zorg.pdf

Rijksoverheid 2013

Rijksoverheid (2013). *Troonrede 2013*. Geraadpleegd op 7 december 2016, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2013/09/17/troonrede-2013>

Rijksoverheid 2017

Rijksoverheid (2017). *Wet langdurige zorg (Wlz)*. Geraadpleegd op 15 maart 2017, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/inhoud/wet-langdurige-zorg-wlz>

Van den Ende 2015

T.A.M. van den Ende (2015). *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht II*. Deventer: Kluwer (boek en online)

Van Houten & Verweij 2015

M. van Houten & S. Verweij (2015). *Vernieuwing in de dagbesteding: 45 projecten*. Z. pl.: Movisie (boek en online)

Van Lingen 2016.

M. van Lingen (2016). *Vroeg signalering 'achter de voordeur' helpt erger voorkomen*. Geraadpleegd op 22 april 2017, van http://www.de-eerstelijns.nl/wp-content/uploads/2016/02/DEL-nr2_2016_Rode-vlaggen-app_LR.pdf

Van der Mersch 2015

M.F. van der Mersch (2015). *Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht II*. Deventer: Kluwer (boek en online)

Van Schaaijk 2011

G.A.F.M. van Schaaijk (2011). *Praktijkgericht juridisch onderzoek*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers

Wassenaar & van de Maat 2013

H. Wassenaar & J.W. van de Maat (2013). *Methodebeschrijving Particuliere Vervoersdiensten*. Z. pl.: Movisie

Wijne 2016

R.P. Wijne (2016). *GS Bijzondere overeenkomsten*. Deventer: Kluwer (boek en online)

IJzermans & Van Schaaijk 2007

M.G. IJzermans & G.A.F.M. van Schaaijk (2007). *Oefening baart kunst. Onderzoeken, argumenteren en presenteren voor juristen*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers

ZorgAccent 2016

ZorgAccent (2016). *Van huishoudelijke hulp naar thuisondersteuning*. Geraadpleegd op 22 april 2017, van <https://www.zorgaccent.nl/van-huishoudelijke-hulp-naar-thuisondersteuning>

ZorgAccent 2017

ZorgAccent (2017). *Leidraad Eerstelijns verblijf 2017*. Z. pl.: ZorgAccent

ZorgAccent 2017

ZorgAccent (2017). *Thuisbegeleiding*. Geraadpleegd op 26 april 2017, van <https://www.zorgaccent.nl/thuisbegeleiding>

ZorgWijzer.nl 2016

ZorgWijzer.nl (2016). *Marktwerving in de zorg of terug naar het ziekenfonds?* Geraadpleegd op 2 maart 2017, van <http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/marktwerving-zorg-of-terug-naar-ziekenfonds>

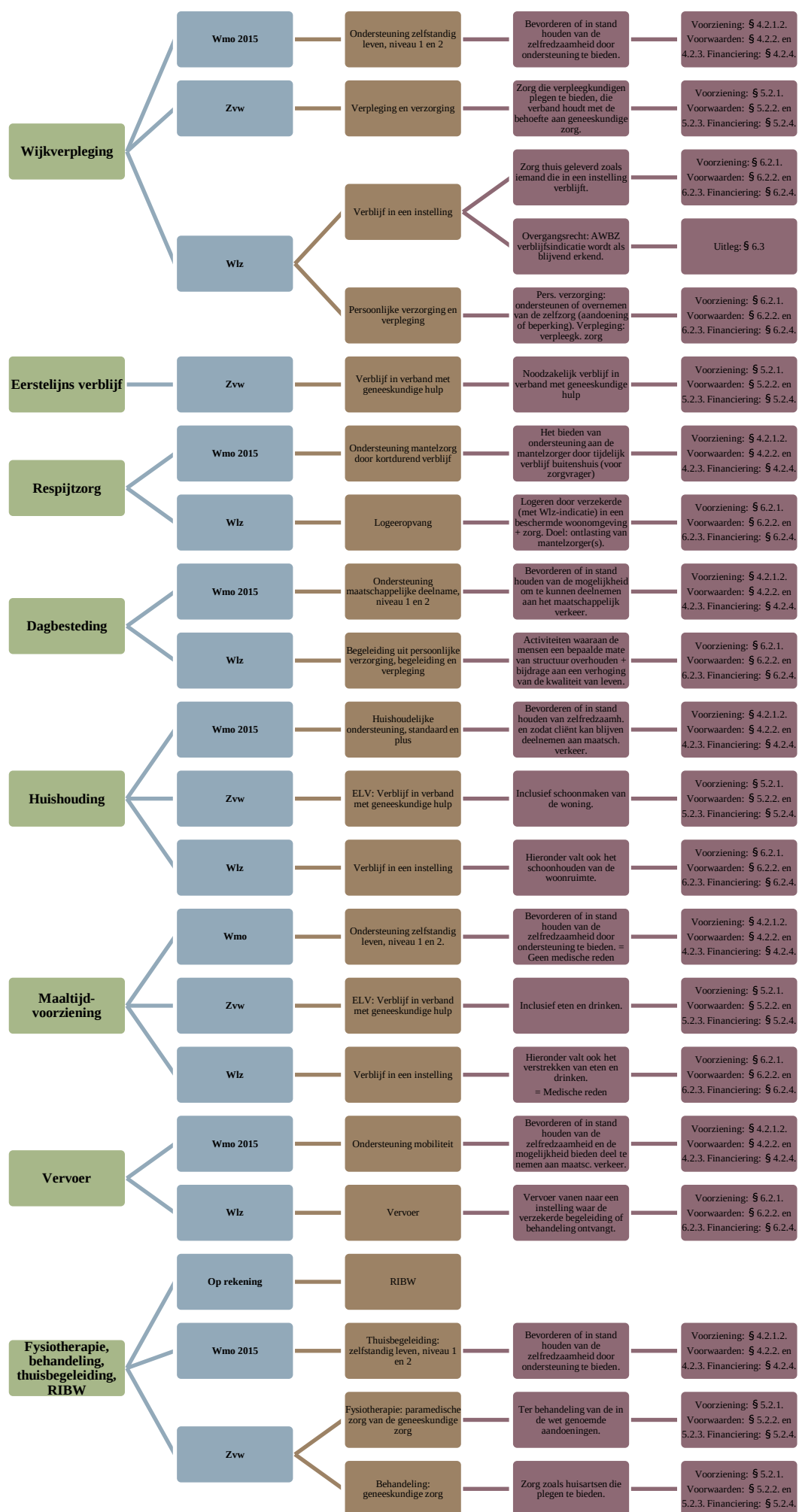
BIJLAGEN

Bijlage 1. Beroepsproduct

Op de volgende pagina is het overzicht van het zorg- en dienstaanbod opgenomen. Een grotere versie hiervan is tevens afzonderlijk ter beschikking gesteld. Binnen dit overzicht hebben de kolommen de volgende betekenis:

1. Zorg- en dienstaanbod binnen Wonen met een Plus De Koppel;
2. Relevante wet- en regelgeving;
3. Voorziening zoals genoemd in de wet;
4. Korte uitleg over de voorziening (waar moet de cliënt aan voldoen);
5. Verwijzing naar de scriptie voor: voorzieningen, voorwaarden en financiering.

De verwijzing ‘voorzieningen’ verwijst naar de uitleg met betrekking tot de genoemde voorziening. De verwijzing ‘voorwaarden’ verwijst naar de algemene voorwaarden vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, Zorgverzekeringswet of Wet langdurige zorg waaraan men moet voldoen om in aanmerking te komen. De verwijzing ‘financiering’ verwijst naar de verschillende financieringsvormen die mogelijk zijn (bijvoorbeeld: persoonsgebonden budget, zorg in natura, volledig pakket thuis etc.).



Bijlage 2. De op het individu toegesneden voorzieningen van de gemeente Almelo

De op het individu toegesneden voorzieningen binnen de gemeente Almelo met daarbij uitleg betreffende de drie niveaus en het standaard en pluspakket, zoals opgenomen in beleidsregel 2.1-1 Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp gemeente Almelo.

Voorziening	Doel	Beoogd resultaat
Ondersteuning zelfstandig leven 1,2 en 3 <i>(oude Awbz-functies begeleiding individueel en persoonlijke verzorging)</i>	Bevorderen of in stand houden van de zelfredzaamheid door ondersteuning te bieden bij praktische vaardigheden (zoals boodschappen doen en koken, omgaan met geld, zichzelf te verzorgen), sociale vaardigheden en aanbrengen van dagstructuur.	Ondersteuningsvrager is onder andere in staat op korte termijn dan wel langere termijn om: • Gezond te leven (voeding en beweging); • Zichzelf te verzorgen; • De financiële situatie gezond te houden; • Op een passende manier voor zichzelf op te komen; • Zinvol invulling te geven aan de dag;
Ondersteuning maatschappelijke deelname 1, 2 en 3 <i>(oude Awbz-functie begeleiding groep)</i>	Bevorderen of in stand houden van de mogelijkheid om te kunnen deelnemen aan het maatschappelijk verkeer door ondersteuning te bieden bij zinvolle invulling van de dag en het aangaan van sociale contacten of om mantelzorgers te ontlasten.	Ondersteuningsvrager wordt in staat gesteld om: • Mensen te ontmoeten; • Deel te nemen aan activiteiten ter ontspanning (recreatief); • Deel te nemen aan activiteiten die de zelfredzaamheid kunnen vergroten; • Deel te nemen aan arbeidsmatige activiteiten. Mantelzorger wordt ontlast waardoor ondersteuningsvrager langer thuis of zelfstandig kan blijven wonen.
Ondersteuning Mantelzorg door kortdurend verblijf <i>(Oude Awbz-functie kortdurend verblijf)</i>	Bieden ondersteuning aan mantelzorger door tijdelijk verblijf (inclusief dagbesteding) buitenshuis, van degene die van zorg afhankelijk is, mogelijk te maken.	Mantelzorger wordt ontlast waardoor ondersteuningsvrager langer thuis of zelfstandig kan blijven wonen.
Huishoudelijke ondersteuning Standaard en plus <i>(oude Wmo voorziening hulp bij het huishouden)</i>	Bevorderen of in stand houden van de zelfredzaamheid en mogelijkheid om te kunnen deelnemen aan het maatschappelijk verkeer door ondersteuning te bieden bij het uitvoeren van huishoudelijke taken.	Ondersteuningsvrager is in staat om langer zelfstandig te blijven wonen in een huishouden dat op orde is en daardoor ook in staat om deel te nemen aan het maatschappelijk verkeer. Ondersteuning omvat zo nodig de volgende activiteiten of aandachtsgebieden: • Zwaar huishoudelijk werk; • Licht huishoudelijk werk; • Het doen van de was;

		• Strijken; • Boodschappen te doen; • Maaltijden te bereiden; • Overname regie over het huishouden.
Ondersteuning zelfstandig wonen <i>(oude Wmo Woonvoorzieningen)</i>	Bevorderen of in stand houden van de zelfredzaamheid door ondersteuning te bieden bij het veilig thuis kunnen blijven wonen. <i>of</i> Bevorderen of in stand houden van de mogelijkheid om sociale contacten te kunnen blijven onderhouden met ouder(s) of kind(eren) door het bezoekbaar maken van een woning.	Ondersteuningsvrager kan langer zelfstandig blijven wonen door het realiseren van aanpassingen in de woning of door te verhuizen naar een andere meer geschikte woning. Ouders (of kinderen) kunnen kind of ouder met beperkingen thuis ontvangen waardoor de degene me beperkingen deze sociale contacten kan blijven onderhouden.
Ondersteuning mobiliteit <i>(oude Wmo vervoersvoorziening en rolstoelen)</i>	Bevorderen of in stand houden zelfredzaamheid en mogelijkheid om te kunnen deelnemen aan het maatschappelijk verkeer door ondersteuning te bieden bij vervoer of verplaatsingen	Ondersteuningsvrager wordt in staat gesteld om: • Sociale contacten aan te gaan en te onderhouden; • Zo zelfstandig mogelijk voort te bewegen.

Drie niveaus ondersteuning zelfstandig leven en maatschappelijke deelname

Ondersteuning zelfstandig leven en ondersteuning maatschappelijke deelname kennen elk drie niveaus, weergegeven met de cijfers 1, 2 en 3. Het cijfer 1 betekent licht, 2 is middel en 3 is zwaar.

Bij niveau 1 is er geen sprake van een noodzaak tot het overnemen van taken. De ondersteuningsvrager kan zelf om hulp vragen. De ondersteuning is gericht op stimuleren en toezicht waardoor de ondersteuningsvrager in staat is om zijn of haar sociale leven zelfstandig vorm te geven.

Bij niveau 2 is de ondersteuning meer een helpen bij. Ondersteuning wordt geboden bij het oplossen van problemen, het zelfstandig nemen van beslissingen, het regelen van dagelijkse bezigheden en de dagelijkse routine (gebrek aan dag- en nachtritme). De communicatie gaat niet altijd vanzelf omdat niet altijd begrepen wordt wat anderen zeggen of omdat de ondersteuningsvrager moeite heeft zich uit te drukken. Het niet inzetten van ondersteuning kan leiden tot verwaarlozing of een opname.

Bij niveau 3 is de ondersteuning meer gericht op het overnemen van taken door een professional. Het uitvoeren van eenvoudige taken en communiceren gaan moeizaam. De ondersteuningsvrager kan niet zelfstandig problemen oplossen of besluiten nemen. Voor de dagstructuur en het voeren van de regie is de ondersteuningsvrager afhankelijk van de hulp van anderen.

Huishoudelijke ondersteuning standaard en plus

Het resultaat van de ondersteuning is dat de betrokkene beschikt over een “huishouden op orde”. Dit betekent dat men gebruik moet kunnen maken van een schone woonkamer, dagelijks in gebruik zijnde ruimtes, de keuken, sanitaire ruimtes en gang/trap. De genoemde ruimtes dienen met enige regelmaat schoongemaakt te worden en, indien noodzakelijk, kan de was worden verzorgd. Een schoon huis wil niet zeggen dat alle vertrekken wekelijks schoongemaakt moeten worden. Het betekent dat het huis niet vervuult en periodiek schoon gemaakt wordt om zo een algemeen aanvaard basisniveau van schoon te realiseren.

De volgende taken kunnen worden aangemerkt als aandachtsgebieden om een “huishouden op orde” te realiseren:

- Licht huishoudelijk werk: hieronder verstaan wij o.a. kamers opruimen, stof afnemen op ooghoogte, bedden opmaken, afwassen.
- Zwaar huishoudelijk werk: hieronder verstaan wij o.a. stofzuigen, dweilen, schoonmaken van sanitair en keuken, bedden verschonen, hoog en laag stof afnemen
- Het doen van de (strijk)was (alleen als een voorliggende voorziening ontoereikend is)
- Boodschappen (alleen als een voorliggende voorziening ontoereikend is)
- Maaltijdbereiding (alleen als een voorliggende voorziening ontoereikend is)
- Overname van de regie over het huishouden

Huishoudelijke ondersteuning kent twee varianten. Het standaardpakket huishoudelijke ondersteuning en het pluspakket. Het standaardpakket omvat de ondersteuning om te komen tot een huishouden dat op orde is. Het pluspakket huishoudelijke ondersteuning kan aanvullend op het onderdeel ‘huishoudelijke ondersteuning’ worden ingezet. Dit pluspakket kan worden ingezet als verzorging van minderjarige kinderen aan de orde is en/of als sprake is van regieproblematiek ten aanzien van het huishouden. Het pluspakket wordt in principe niet verstrekt in combinatie met de voorziening ondersteuning zelfstandig leven.

Bijlage 3. Zorgprofielen Wet langdurige zorg

De zorgprofielen en nadere uitleg zorgprofiel sector verpleging en verzorging, zoals opgenomen in bijlage A van de Regeling langdurige zorg. Deze bijlage hoort bij artikel 2.1 Regeling langdurige zorg.

ZORGPROFIELEN ANDERE SECTOREN	
Sector Verstandelijk Gehandicapt (VG)	
VG Wonen met begeleiding en verzorging	3 VG
VG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging	4 VG
VG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	5 VG*
VG Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering	6 VG
VG (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering	7 VG*
VG Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging	8 VG*
Sector Licht Verstandelijk Gehandicapt (LVG)	
LVG Wonen met enige behandeling en begeleiding (18 tot 23 jaar)	1 LVG
LVG Wonen met behandeling en begeleiding (18 tot 23 jaar)	2 LVG
LVG Wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep (18 tot 23 jaar)	3 LVG
LVG Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding (18 tot 23 jaar)	4 LVG*
LVG Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding (18 tot 23 jaar).	5 LVG*
LVG Behandeling in een SGLVG behandelcentrum	1 SGLVG*
Sector Lichamelijk Gehandicapt (LG)	
LG Wonen met begeleiding en enige verzorging	2 LG
LG Wonen met begeleiding en verzorging	4 LG
LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging	5 LG*
LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	6 LG
LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging	7 LG*
Sector Zintuiglijk Gehandicapt, auditief en communicatief (ZGaud)	
ZGaud Wonen met intensieve begeleiding en verzorging	2 ZGaud
ZGaud Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	3 ZGaud*
ZGaud Wonen met intensieve begeleiding en enige verzorging	4 ZGaud
Sector Zintuiglijk Gehandicapt, visueel (ZGvis)	
ZGvis Wonen met begeleiding en enige verzorging	2 ZGvis
ZGvis Wonen met intensieve begeleiding en verzorging	3 ZGvis
ZGvis Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	4 ZGvis
ZGvis Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging	5 ZG vis*
Sector GGZ, B-groep (GGZ-B)	
GGZ-B Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding	3b GGZ
GGZ-B Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en verzorging	4b GGZ
GGZ-B Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering	5b GGZ
GGZ-B Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging	6b GGZ
GGZ-B Beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding	7b GGZ

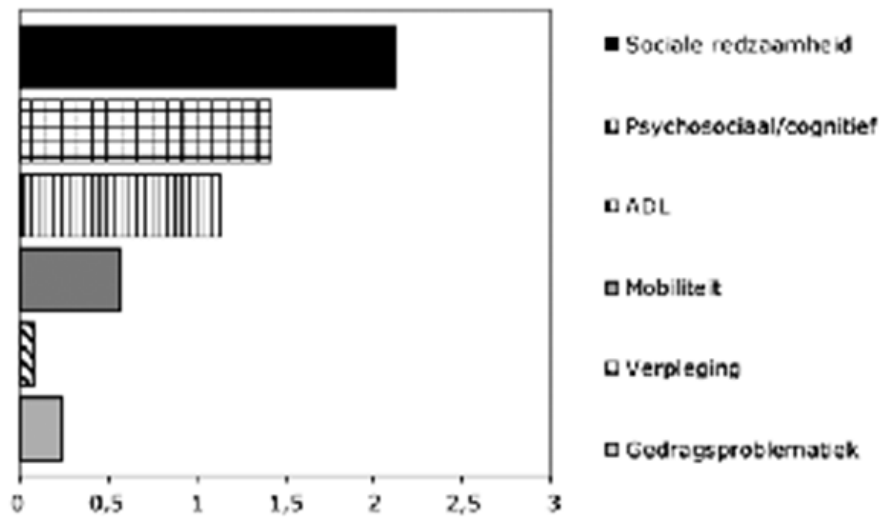
ZORGPROFIELEN SECTOR VERPLEGING EN VERZORGING

Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging

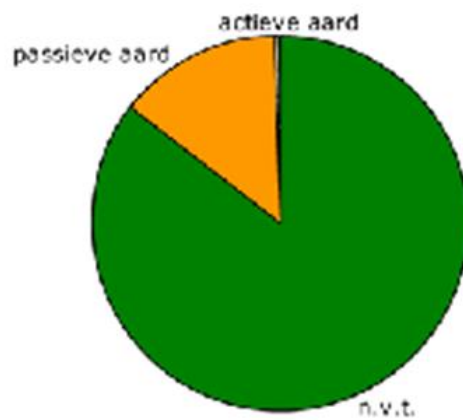
Het zorgprofiel:

- De cliënten hebben intensieve begeleiding gecombineerd met uitgebreide verzorging nodig. De reden hiervoor kan verschillend zijn.
- De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* betreffende veel aspecten hulp nodig, zoals bij de communicatie, het nemen van besluiten en het uitvoeren van taken. Ze kunnen niet of nauwelijks zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijk leven.
- De cliënten hebben ten aanzien van alle *psychosociale/cognitieve functies* behoefte aan hulp, toezicht of sturing, omdat de cliënten veel beperkingen hebben met betrekking tot met name denken en geheugen, oriëntatie en concentratie.
- Ten aanzien van de verschillende aspecten van *ADL* hebben de cliënten veelal toezicht en stimulatie nodig, omdat de cliënt beperkingen heeft waardoor er ondersteuning nodig is bij kleine verzorgingstaken, wassen en kleden.
- De cliënten hebben ten aanzien van *mobiliteit* veelal toezicht of stimulatie nodig. Binnenshuis kan de cliënt zich beperkt zelfstandig bewegen. Betreffende het verplaatsen buitenshuis is in het algemeen hulp of overname van zorg nodig.
- Cliënten kunnen een kwetsbare gezondheid hebben vanwege een chronische ziekte die voortdurende *verpleegkundige aandacht* vereist.
- Bij deze cliënten kan sprake zijn van enige *gedragsproblematiek* waarbij af en toe hulp, toezicht of sturing nodig is. Bij deze cliënten kan ook *psychiatrische problematiek* voorkomen, vooral passief van aard.
- De *aard van het begeleidingsdoel* heeft vaak betrekking op begeleiding bij achteruitgang, maar kan ook stabilisatie zijn.
- De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag.
- Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert langzaam tot snel.
- De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een psychogeriatrische of somatische ziekte/aandoening.

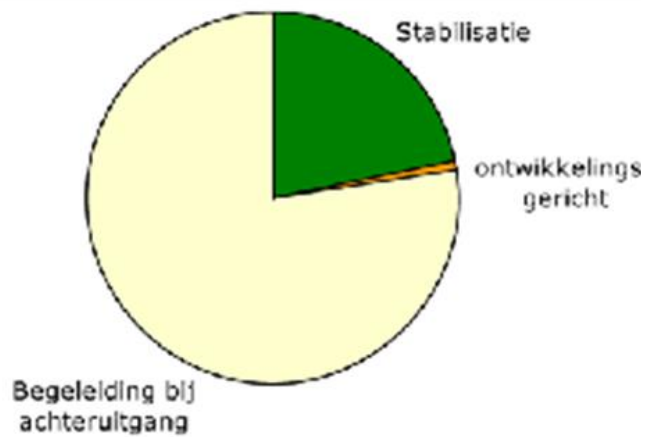
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel

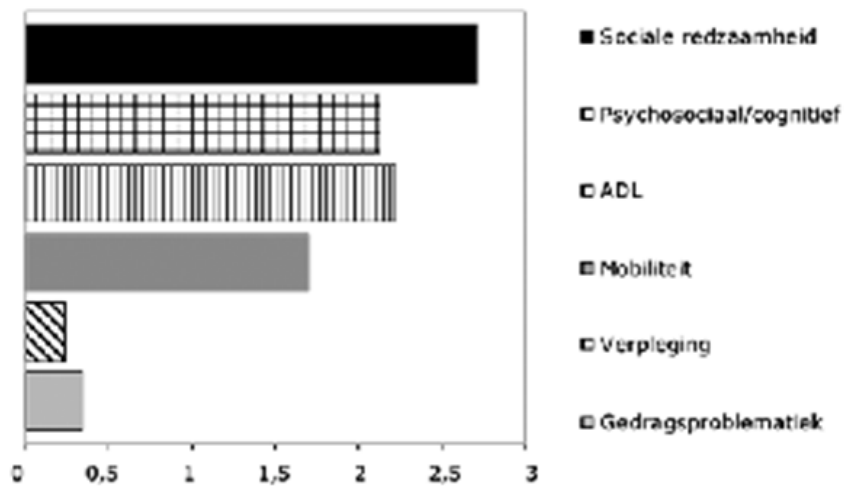


Beschermd wonen met intensieve dementiezorg

Het zorgprofiel:

- De cliënten hebben vanwege ernstige dementiële problematiek behoefte aan intensieve begeleiding en intensieve verzorging. De cliënten zijn (bijna) geheel zorgafhankelijk.
- De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* op alle aspecten in ieder geval hulp en vaak overname van zorg nodig. Er is bij deze cliënten sprake van vergaand verlies van zelfregie. Er kan sprake zijn van zwerfgedrag. De cliënten hebben geen greep meer op hun eigen doen en laten.
- Ze hebben ten aanzien van de verschillende *psychosociale/cognitieve functies* continu hulp, toezicht en sturing nodig, omdat de cliënten veel beperkingen hebben met betrekking tot oriëntatie, concentratie en geheugen en denken. Er is sprake van volledige desoriëntatie naar tijd, plaats en persoon.
- Ten aanzien van *ADL* is betreffende alle aspecten hulp of overname van zorg nodig, waaronder eten en drinken, kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huid, de toiletgang, het wassen en het kleden.
- Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de cliënten vaak hulp of overname van zorg nodig. Binnenshuis kan de cliënt zich zeer beperkt zelfstandig bewegen, buitenshuis kan dat helemaal niet.
- Als gevolg van de kwetsbare gezondheid is *verpleegkundige aandacht* noodzakelijk (o.a. voorkomen van decubitus en infecties).
- De cliënten kunnen soms *gedragsproblematiek* vertonen. Dit betreft dan met name dwangmatig gedrag, ongecontroleerd/ontremd gedrag of reactief gedrag met betrekking tot interactie.
- Bij een deel van de cliënten komt *psychiatrische problematiek* voor, vooral passief van aard.
- De *aard van het begeleidingsdoel* heeft meestal betrekking op begeleiding bij achteruitgang.
- De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag.
- Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert langzaam tot snel.
- De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een psychogeriatrische ziekte/aandoening.

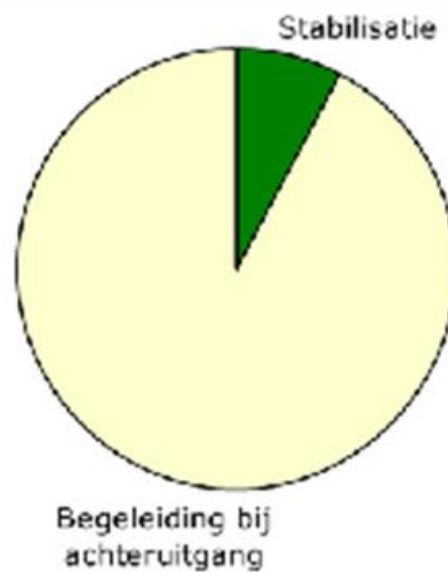
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel

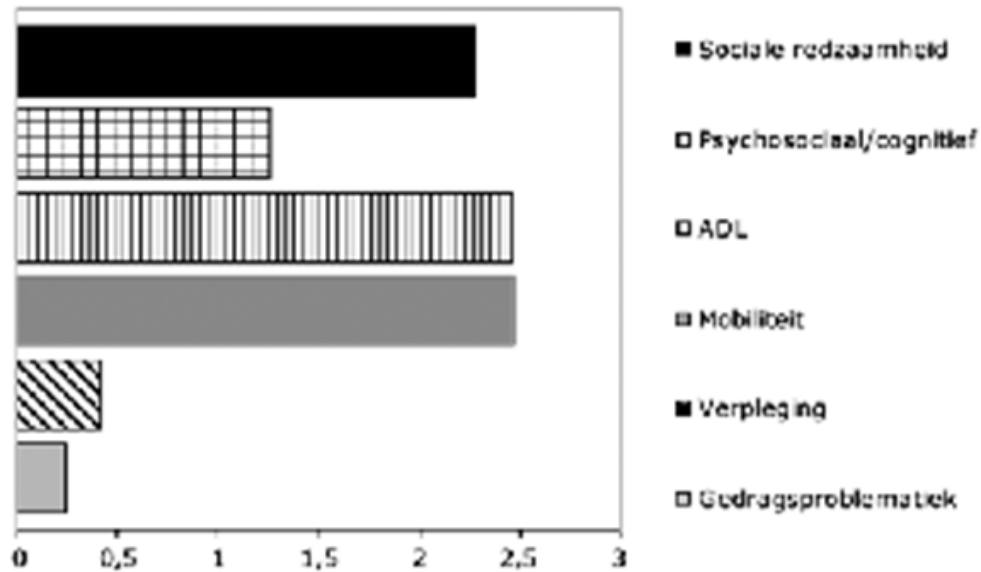


Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging

Het zorgprofiel:

- De cliënten hebben vanwege ernstige somatische beperkingen op veel momenten van de dag behoefte aan begeleiding, intensieve verzorging en verpleging, in een beschermende woonomgeving.
- De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* een begeleidingsbehoefte betreffende het begrijpen wat anderen zeggen, het begrijpelijk maken naar anderen. Soms is hierbij toezicht en stimulatie nodig. Betreffende de overige aspecten van sociale redzaamheid is in het algemeen hulp bij of overname van zorg nodig, hieronder vallen initiëren en uitvoeren van eenvoudige en complexe taken. De cliënt is niet zijn zelfregie kwijt.
- De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies*, betreffende concentratie, motivatie en psychosociaal welbevinden, vaak of continu hulp, toezicht of sturing nodig, vanwege een combinatie van fysieke en psychische moeilijkheden (zoals snel vermoeid, minder controle over armen en benen, vertraagd denkvermogen).
- De cliënten hebben ten aanzien van de verschillende aspecten van *ADL* in het algemeen overname van zorg nodig. Betreffende eten en drinken kan toezicht en stimulatie in sommige situaties voldoende zijn (de cliënt is meestal goed in staat om zelf te bepalen welke hulp nodig is en hoe hij die hulp wil krijgen).
- De cliënten hebben zowel binnenshuis- als buitenshuis op het gebied van *mobiliteit* overname van zorg nodig (vaak met behulp van een rolstoel).
- De cliënt heeft continu behoefte aan *verpleegkundige aandacht* (o.a. wondverzorging, pijnbestrijding).
- Van *gedragsproblematiek* is bij deze cliënten in het algemeen geen sprake.
- Bij deze cliënten kan ook *psychiatrische problematiek* voorkomen, vooral passief van aard (bijvoorbeeld depressiviteit).
- De *aard van het begeleidingsdoel* heeft meestal betrekking op begeleiding bij achteruitgang maar kan ook gericht zijn op stabilisatie.
- De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag.
- Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert vaak snel.
- De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een somatische ziekte/aandoening.

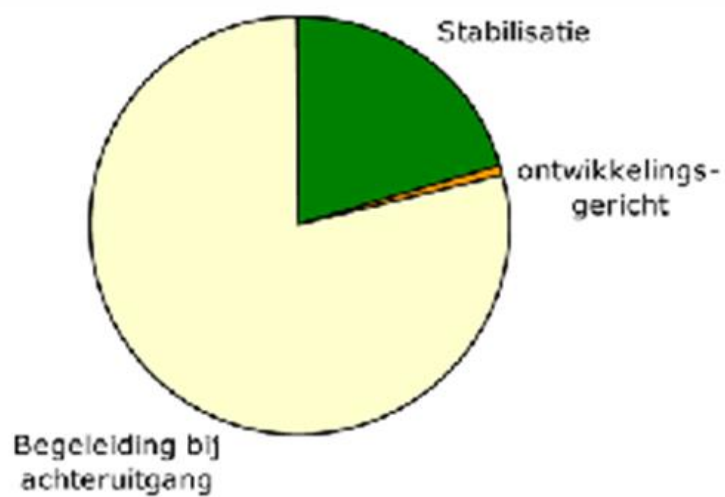
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel

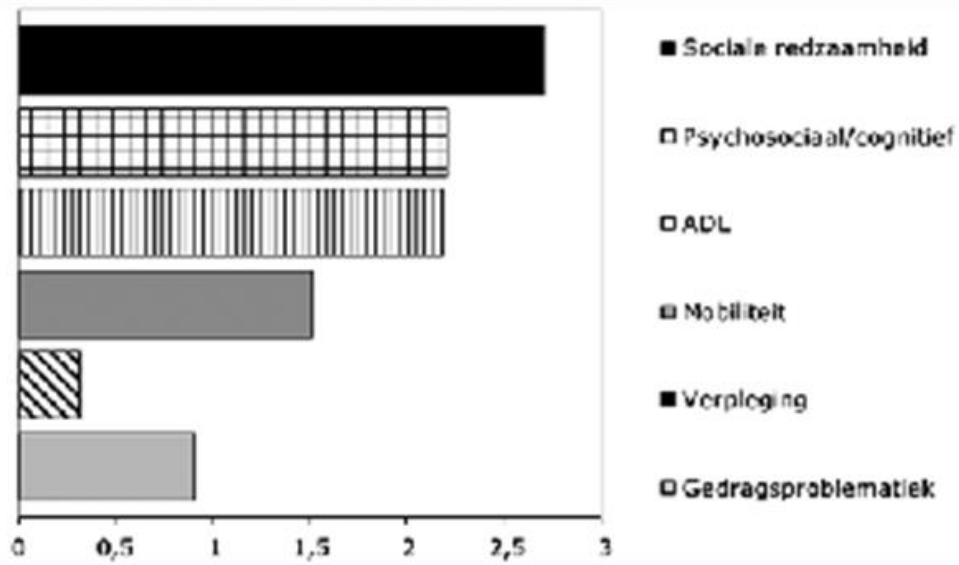


Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding

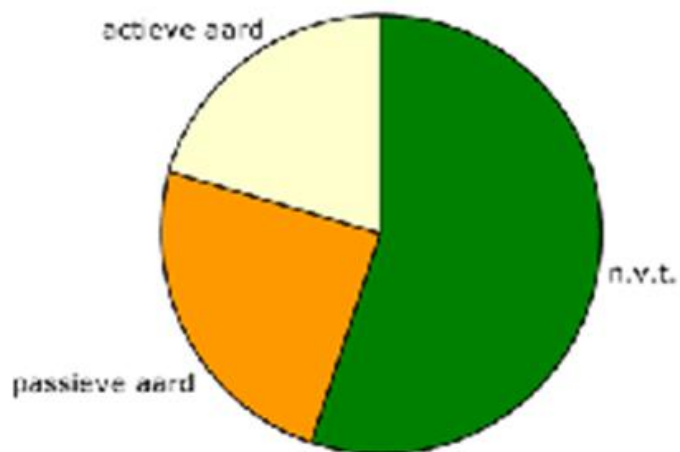
Het zorgprofiel:

- De cliënten hebben op grond van een chronische ziekte specifieke begeleiding nodig in combinatie met zeer intensieve verzorging en verpleging in een beschermende woonomgeving.
- De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* volledige begeleiding nodig, overname van taken is noodzakelijk. Met name bestaat er sterke behoefte aan het bieden van dag structurering. Ze kunnen niet of nauwelijks zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijk leven, communiceren, zelfstandig besluiten nemen, complexe taken initiëren en regie voeren over hun eigen leven. Deze cliënten hebben behoefte aan een vaste structuur en hulp bij het organiseren van de dag.
- De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* continu hulp, toezicht of sturing en begeleiding nodig, omdat er onder andere sprake is van beperkingen op het gebied van oriëntatie, geheugen en denken, concentratie en motivatie. Daarnaast kan extra begeleiding nodig zijn om familieleden te leren omgaan met de veranderde persoon.
- De cliënten hebben ten aanzien van de verschillende aspecten van *ADL* veel hulp nodig. Met name bij kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huid en bij het wassen kan ook behoefte zijn aan overname van zorg.
- De cliënten hebben ten aanzien van *mobiliteit* binnenshuis veelal hulp nodig. Ten aanzien van mobiliteit buitenshuis is overname van zorg nodig (er is altijd een begeleider nodig).
- *Verpleging* is nodig om de chronische ziekte in de gaten te houden en eventueel passende maatregelen te nemen.
- Er is bij deze cliënten vaak sprake van *gedragsproblematiek*, waardoor in die situaties vaak of continu hulp, toezicht of sturing nodig is. De aard van de gedragsproblematiek is divers, maar reactief gedrag met betrekking tot interactie en verbaal agressief gedrag komen in veel situaties voor. Een deel van de cliënten vertoont *psychiatrische problematiek*, zowel passief als actief van aard.
- De *aard van het begeleidingsdoel* heeft meestal betrekking op begeleiding bij geleidelijke achteruitgang.
- De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag. Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert vaak langzaam.
- De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een somatische ziekte/aandoening of een psychogeriatrische ziekte/aandoening.

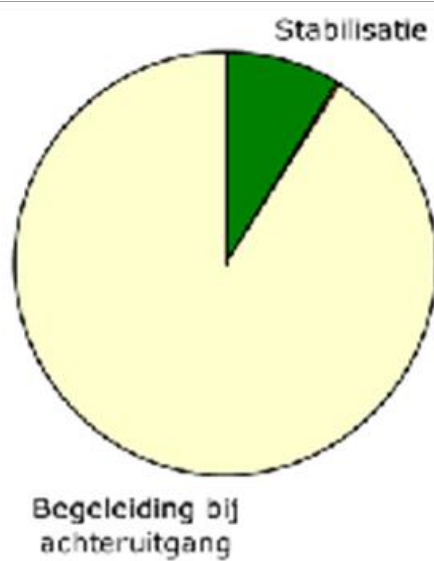
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel

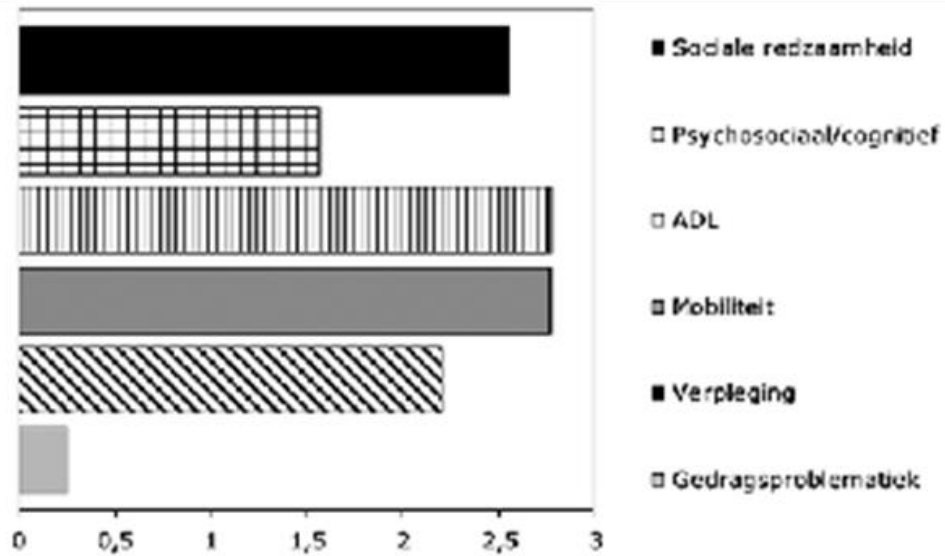


Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/ verpleging

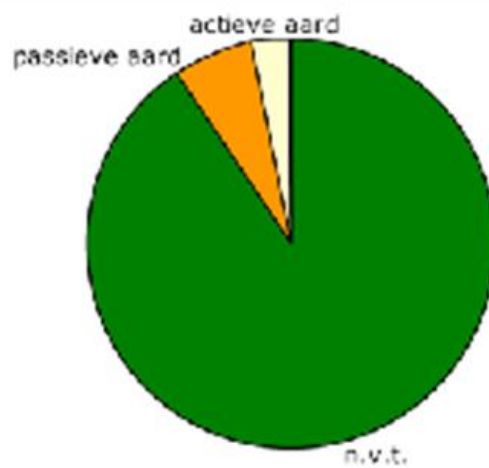
Het zorgpakket:

- De cliënten hebben op grond van een ernstige somatische aandoening/ziekte behoefte aan specifieke en zeer intensieve verzorging en verpleging in combinatie met begeleiding in een beschermende woonomgeving.
- De cliënten hebben ten aanzien van hun *sociale redzaamheid* volledige begeleiding nodig, overname van taken is noodzakelijk. Deze begeleiding komt voort uit beperkingen die de ziekte met zich meebrengt en meestal niet uit het ontbreken van zelfregie. Met name bestaat er sterke behoefte aan het bieden van dag structurering. Ze kunnen niet of nauwelijks zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijk leven, complexe taken initiëren en regie voeren over hun eigen leven.
- De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* overname nodig als gevolg van beperkingen op het gebied van concentratie en motivatie. Mede vanwege veranderingen in karakter en persoonlijkheid kunnen ook de partner en/of kinderen behoefte hebben aan begeleiding.
- De cliënten hebben ten aanzien van alle aspecten van *ADL* ten gevolge van hun specifieke aandoeningen/ziektes minimaal hulp dan wel overname van zorg nodig.
- De cliënten hebben ten aanzien van *mobiliteit*, zowel binnenshuis als buitenshuis, behoefte aan hulp of overname.
- De cliënten hebben ten gevolge van de specifieke aandoeningen/ziektes continu behoefte aan veel (gespecialiseerde) *verpleegkundige aandacht* (voorkomen van decubitus, infecties, longontsteking).
- Van *gedragsproblematiek* is bij deze cliënten in het algemeen geen sprake. Bij deze cliënten is meestal geen sprake van *psychiatrische problematiek*.
- De *aard van het begeleidingsdoel* heeft meestal betrekking op begeleiding bij achteruitgang van de zorgsituatie.
- De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag.
- Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert vaak langzaam.
- De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een somatische ziekte/aandoening.

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel

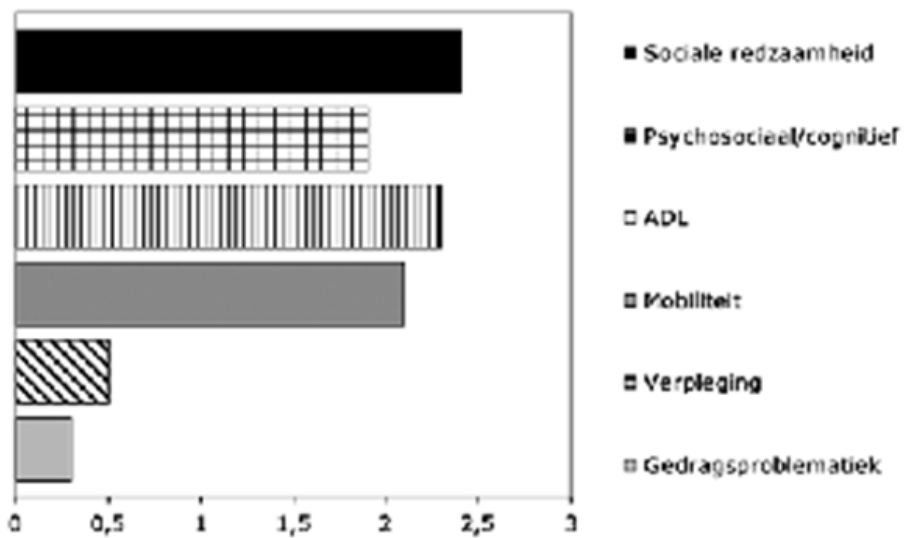


Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging

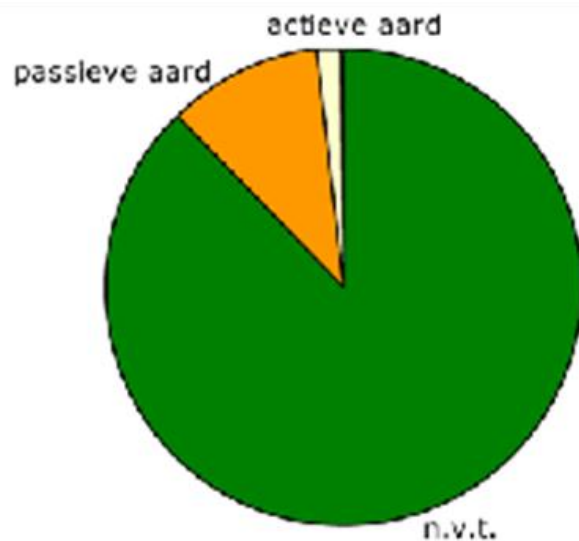
Het zorgprofiel:

- Bij cliënten heeft medisch-specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden waarbij doorgaans sprake is geweest van een opname. Voorafgaand aan de interventie ontvingen (vrijwel) alle cliënten uit deze groep reeds behandeling in combinatie met verblijf. In aansluiting op de interventie is behoefte aan herstelgerichte behandeling die aanvullende integrale en multidisciplinaire aanpak vereist. De medisch-specialistische diagnostiek/interventie is afgerond. Naast de aandoening waarvoor de cliënt (aanvullende) behandeling ontvangt heeft de cliënt ook andere problemen in de zin van kwetsbaarheid en comorbiditeit (zoals problemen met de bloedsomloop, psychogeriatrische aandoeningen, het bewegingsapparaat en/of metabole stoornissen), hetgeen leidt tot instabiliteit, complicaties en verminderde leer- en trainbaarheid. Herstel tot het niveau van functioneren van vóór de acute aandoening wordt nagestreefd.
- Aanvullend op de herstelgerichte behandeling kan functionele diagnostiek noodzakelijk zijn. Deze aanvullende functionele diagnostiek is vooral gericht op het beperkingenniveau van de cliënt, het onderzoeken welke behandeldoelen haalbaar zijn en het onderzoeken van behandel mogelijkheden (verbeteren van het functioneren van de verzekerde voor zover mogelijk, voorkomen van verergering van beperkingen en het zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid).
- De cliënten hebben ten aanzien van *sociale redzaamheid* op alle aspecten in ieder geval hulp en vaak overname van zorg nodig. Er is bij deze cliënten sprake van vergaand verlies van zelfregie. Er kan sprake zijn van zwerfgedrag. De cliënten hebben geen grip meer op hun eigen doen en laten.
- Cliënten hebben ten aanzien van de verschillende *psychosociale/cognitieve functies* continu hulp, toezicht en sturing nodig, omdat de cliënten veel beperkingen hebben met betrekking tot oriëntatie, concentratie, geheugen en denken. Er is vaak sprake van desoriëntatie naar tijd, plaats en persoon.
- Ten aanzien van *ADL* hebben cliënten op alle aspecten hulp of overname van zorg nodig, waaronder eten en drinken, kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huid, de toiletgang, het wassen en kleden.
- Ten aanzien van *mobiliteit* hebben de cliënten vaak hulp of overname van zorg nodig. Gedurende de verblijfsperiode vermindert de mobiliteitsproblematiek substantieel.
- In het kader van herstel is *verpleegkundige aandacht* nodig.
- Meestal is geen sprake van *psychiatrische problematiek*.
- De cliënten kunnen soms gedragsproblematiek vertonen. Dit betreft met name dwangmatig gedrag, ongecontroleerd/ontremd gedrag of reactief gedrag met betrekking tot interactie.
- De aard van het *begeleidingsdoel* is veelal gericht op stabilisatie, soms op ontwikkeling of begeleiding bij achteruitgang.
- Het *beperkingenbeeld* van de cliënt verandert langzaam.
- De cliënten hebben een tijdelijke behoefte (2-6 maanden) aan extra behandeling en zorg, op meerdere momenten per dag.
- Bij deze cliëntgroep is sprake van een multidisciplinaire inzet van behandelaars, waarbij specialistische deskundigheid op het gebied van ouderengeneeskunde noodzakelijk is.
- De *dominante grondslag* is meestal een somatische of psychogeriatrische ziekte/ aandoening.

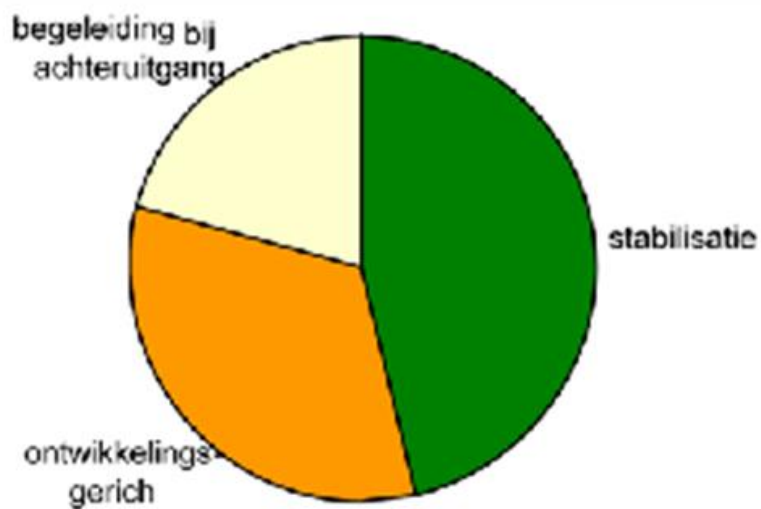
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel

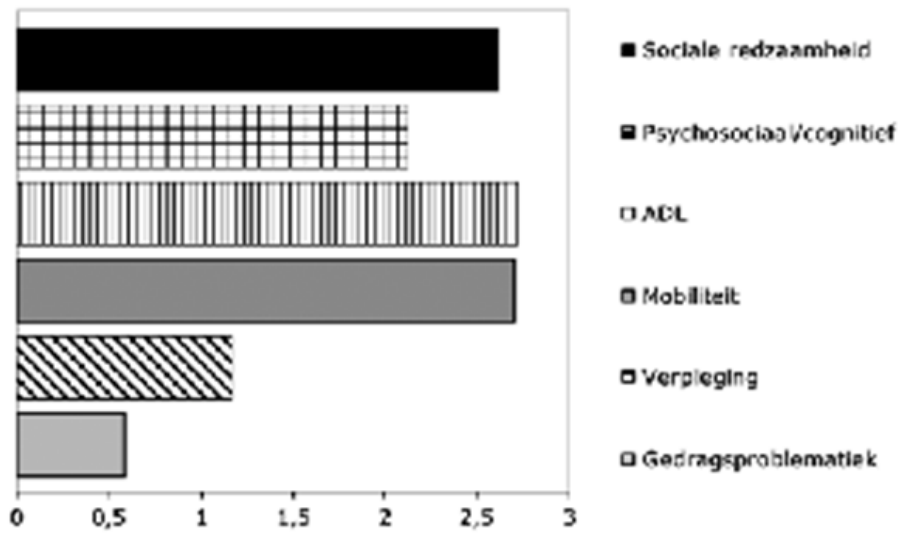


Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg

Het zorgprofiel:

- De cliënten verblijven kortdurend (doorgaans niet langer dan drie maanden) in verband met een naderend overlijden.
- In verband met de terminale fase van het leven is er sprake van een intensieve zorgbehoefte ten aanzien van *psychosociale/cognitieve functies*, de *sociale redzaamheid*, de *mobiliteit* en de *ADL*. In het algemeen is sprake van noodzaak tot overname van zorg op al deze aspecten.
- De mate waarin de cliënt beperkingen ondervindt op het gebied van psychosociaal welbevinden kan sterk verschillen. De begeleiding is gericht op zowel de cliënt als zijn naasten (verwerking).
- Bij deze cliënten is in veel gevallen (gespecialiseerde) *verpleegkundige aandacht* aan de orde.
- Er is bij deze cliënten meestal geen sprake van *gedragsproblematiek*.
- De *aard van het begeleidingsdoel* is begeleiding in de terminale fase van het leven.
- Bij deze cliënten kan sprake zijn van *psychiatrische problematiek*, zowel passief als actief van aard.
- Het *beperkingenbeeld* van deze cliënten verandert eigenlijk niet tijdens de verblijfsperiode, er blijft sprake van zeer veel stoornissen.
- De cliënten hebben een structurele zorgbehoefte, op zowel geplande als op niet geplande tijden.
- De *dominante grondslagen* voor dit cliëntprofiel kunnen vaak zowel een somatische ziekte/aandoening als een psychogeriatrische ziekte/aandoening zijn.

Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Bijlage 4. Omrekentabel en tarieven persoonsgebonden budget Wet langdurige zorg

De bedragen zoals opgenomen in artikel 5.13 lid 1 Regeling langdurige zorg en de omrekentabel zoals opgenomen in bijlage C van de Regeling langdurige zorg. Met betrekking tot de omrekentabel is alleen de sector Verpleging en Verzorging opgenomen, voor de overige sectoren verwijs ik naar de Regeling langdurige zorg.

Omrekentabel

Klassen voor vormen van zorg (persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding individueel, begeleiding groep), per zorgprofiel telkens met of zonder begeleiding groep. Met inbegrip van klassen voor vormen van zorg per zorgzwaartepakket op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten voor verzekerden die krachtens overgangsrecht toegang hebben verkregen tot zorg krachtens de Wet langdurige zorg. Tot ieder zorgprofiel behoort tevens schoonhouden van de woonruimte, klasse 1.

Zorgprofiel	ZZP AWBZ	Persoonlijke verzorging	Verpleging	Begeleiding Individueel	Begeleiding Groep
Sector Verpleging en Verzorging					
	1VV	1	1	2	
	2VV	3	2	1	
	3VV	4	1	2	
Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	4VV	4	2	3	
Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	5VV	4	3	4	
Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	6VV	4	3	4	
Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding	7VV	4	3	6	
Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging en verpleging	8VV	5	3	7	
Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging	9bVV	5	2	4	
Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	10VV	7	5	4	

Tarieven per klasse

Zorgprofielen						
	Persoonlijke verzorging	Verpleging	Begeleiding individueel	Begeleiding groep	Begeleiding groep, inclusief vervoer	Schoonhouden van de woonruimte
Klasse 0		€ 1.303				
Klasse 1	€ 1.523	€ 3.913	€ 2.022	€ 2.493	€ 2.793	€ 3.417
Klasse 2	€ 4.571	€ 7.826	€ 6.065	€ 4.988	€ 5.584	
Klasse 3	€ 8.366	€ 14.349	€ 11.101	€ 7.482	€ 8.379	
Klasse 4	€ 12.936	€ 22.176	€ 17.166	€ 9.977	€ 11.169	
Klasse 5	€ 17.481	€ 30.004	€ 23.193	€ 12.470	€ 13.965	
Klasse 6	€ 22.052		€ 29.259	€ 14.964	€ 16.457	
Klasse 7	€ 27.374		€ 36.316	€ 17.459	€ 18.952	
Klasse 8			€ 45.395	€ 19.952	€ 21.447	
Klasse 9				€ 22.447	€ 23.941	

Bijlage 5. Zoekplan

Wat ga ik zoeken?	Bronnen	Zoektermen	Tijd
Wet- en regelgeving	Kluwer Navigator Overheid.nl Wetten.nl	- Wmo 2015 - Zvw - Wlz - wet maatschappelijke ondersteuning 2015 - zorgverzekeringswet - wet langdurige zorg - zorg	2015
Tekst en commentaar	Kluwer Navigator		
Vaktijdschriften	Kluwer Navigator Saxion Bibliotheek	- implementatie, verloop, gevolgen, invoering van - zorg - hervorming langdurige zorg - langdurige zorg - ouderenzorg - gezondheidzorg	2013
Artikelen	Saxion Bibliotheek Kluwer Navigator		
Literatuur	Saxion Bibliotheek		

Bijlage 6. Topiclijst

TOPICLIJST

ZORG- EN DIENSTAANBOD WONEN MET EEN PLUS DE KOPPEL IN HET ALGEMEEN

- Komt de inhoud van mijn overzicht, naar uw mening, overeen met wat er daadwerkelijk binnen ZorgAccent gebeurt?
- Ziet u andere mogelijkheden onder welke wet- en regelgeving het zorg- en dienstaaanbod kan vallen?
- Ziet u andere mogelijkheden met betrekking tot het zorg- en dienstaaanbod?
- Hoe uit, naar uw mening, zich het verschil in de praktijk tussen de verschillende wet- en regelgevingen op één aanbod (bijvoorbeeld de wijkverpleging vanuit de Wmo 2015, Zvw en Wlz)?

ELV

- Wat houdt de ELV precies in?
- Hoe is de ELV geregeld?
- Valt de ELV onder de categorie ‘instelling’?
- Hoe verhoudt de ELV zich tot de Wlz (door of namens een instelling)? Omdat het binnen de ELV een kortdurende opname betreft?

VERVOER

- Welke ontwikkelingen spelen zich af binnen het vervoer?
- Welke veranderingen verwacht u? En hoe komt dit eruit te zien?
- Ziet u andere mogelijkheden met betrekking tot het vervoer?

DAGBESTEDING

- Welke ontwikkelingen spelen zich af binnen de dagbesteding?
- Voorziet u problemen? En ziet u mogelijkheden om deze problemen op te lossen?
- Ziet u mogelijkheden om de dagbesteding anders in te richten?

PGB

- Kunt u mij meer uitleg geven over het persoonsgebonden budget vanuit de Wmo, Zvw en Wlz?
- Kunt u mij een voorbeeld geven wanneer iemand binnen de Wmo 2015 wel of geen pgb toegewezen kan krijgen?
- Kunt u mij een voorbeeld geven wanneer iemand binnen de Zvw wel of geen pgb toegewezen kan krijgen?
- Kunt u mij een voorbeeld geven wanneer iemand binnen de Wlz wel of geen pgb toegewezen kan krijgen?

FINANCIERING/ VOORWAARDEN

- Hoe financiert ZorgAccent het zorg- en dienstaanbod in vergelijking met de uitkomsten van mijn onderzoek?
- Naar aanleiding van mijn onderzoek denkt u dan dat er veranderingen nodig zijn binnen de financiering van het zorg- en dienstaanbod?
- Hoe is het gesteld met de voorwaarden in vergelijking met de uitkomsten van mijn onderzoek?
- Welke mogelijkheden ziet u met betrekking tot het financieren van het zorg- en dienstaanbod?
- Wat zou u graag anders willen zien met betrekking tot het zorg- en dienstaanbod?

WETGEVING

- Als een cliënt beschikt over een Wlz-indicatie en men heeft deze zorg niet meer nodig, kan deze indicatie dan worden afgenomen?

Bijlage 7. Uitwerking van de interviews en het werkoverleg

Uitwerking interview één

Geïnterviewde : Mevrouw J. van Helmond
Functie : Coach
Datum : Vrijdag 7 april 2017
Tijdstip : 10.00 uur
Locatie : Woonzorgcentrum De Parallel te Nijverdal

Komt de inhoud van mijn overzicht overeen met wat er daadwerkelijk binnen ZorgAccent gebeurd?

Mevrouw van Helmond heeft voornamelijk gekeken naar de dagbesteding en het vervoer. Bij de dagbesteding wordt gemist: “op rekening”. Voor het geval mensen de dagbesteding zelf betalen.

Ziet u andere mogelijkheden met betrekking tot het zorg- en dienstaanbod?

Mevrouw van Helmond houdt zich veel bezig met ontwikkelingen op het gebied van de dagbesteding en het vervoer, mede omdat deze veel ontwikkelingen doormaken. Binnen de dagbesteding en vervoer ziet zij eventuele mogelijkheden:

Dagbesteding

Mevrouw van Helmond houdt zich erg bezig met de ontwikkeling van de dagbesteding. Op de dagbesteding wordt erg bezuinigd, niveau 3 bestaat niet meer en de tarieven worden steeds lager. De tarieven van de aanbesteding zijn zo erg uitgekleed, dat het de vraag is of kwaliteit leveren nog mogelijk is. “We krijgen een appel, maar bieden de hele cocktail”, aldus mevrouw van Helmond. ZorgAccent wil kwaliteit blijven leveren en daarom zijn zij in verbindingsoverleggen bezig met verschillende plannen om de dagbesteding op een nieuwe manier op te zetten. Hoe kan een dergelijk ‘nieuwe’ dagbesteding eruit komen te zijn? Mevrouw van Helmond heeft verschillende ideeën, deze ideeën worden op dit moment onderzocht op mogelijkheden en haalbaarheid:

- Groep studenten ontwikkelen
- Woongroep → mensen laten aansluiten
- Personeel is al aanwezig
- Maatwerk willen leveren terwijl dat niet kan: “appel aanbieden”, de rest zelf bij betalen door de gebruiker

Vervoer

Vanaf 1-1-2018 wordt het vervoer anders geregeld. In het huidige systeem verzorgt de zorgaanbieder het vervoer, zij hebben hiertoe een inspanningsverplichting. Vanaf 2018 gaan gemeenten het vervoer zelf regelen, de verschillende vervoersbedrijven die voor de gemeenten gaan rijden zijn inmiddels aanbesteed. Dit betekent dat iedereen in dezelfde taxi terecht kan komen (bijvoorbeeld ouderen, jongeren die onderweg zijn naar speciaal onderwijs etc.). Voor sommige mensen is dit écht niet haalbaar, voor deze mensen zijn mevrouw van Helmond met collega's aan het bekijken of ze een andere vorm van vervoer kunnen aanbieden. Mevrouw van Helmond is verschillende vormen aan het bekijken, hierbij wordt bekeken of het mogelijk is én of het een haalbaar plan is.

In de Wmo-beleidsregels van de gemeente Almelo zijn tarieven opgenomen uit 2015. Kloppen deze nog of zijn deze reeds veranderd?

De tarieven van de gemeente Almelo zijn reeds veranderd, mevrouw van Helmond zend mij de juiste tarieven per e-mail toe.

Als een cliënt beschikt over een Wlz-indicatie en men heeft deze zorg niet meer nodig, kan deze indicatie dan worden ‘opgezegd’? Zou u ook wat meer kunnen vertellen over het verschil tussen de Wmo/Zvw en de Wlz?

Wanneer men zorg verkrijgt vanuit de Zvw/ Wmo dan kan men zoveel hulp krijgen als men nodig heeft (ten hoogte van de indicatie). Hieraan zit geen ‘plafond’. Daarnaast betalen cliënten en eigen bijdrage, dit wordt berekend aan de hand van het inkomen. Krijgt men zorg vanuit de Wlz (met een Wlz-indicatie), dan zit hier wel een ‘plafond’ aan. Cliënten betalen daarnaast een vele hogere eigen bijdrage dan bij de Zvw/Wmo. In veel gevallen moet er goed gekeken worden of cliënten in de Wlz niet minder zorg krijgen dan vanuit de Wmo/ Zvw en daarnaast ook nog eens een hogere eigen bijdrage moeten gaan betalen.

In veel gemeenten wordt een strenge eis gehanteerd rondom het nodig hebben van toezicht. Veel gemeenten verwijzen cliënten naar de Wlz wanneer zij toezicht nodig hebben. Zij zeggen: “vraag een Wlz-indicatie aan wanneer u toezicht nodig heeft”. Op deze manier komen er veel cliënten ongewild in de Wlz. En wil men uit de Wlz komen? Dan moet men daar heel erg veel moeite voor doen.

Mevrouw van Helmond zegt: “Heeft een klant zorg nodig? Dan moeten wij hem daar niet mee lastig vallen! Het draait nu vaak om de financiering, maar dat moet niet altijd op de voorgrond zijn. We moeten kijken naar wat de klant nodig heeft, dat is belangrijk! En daarna moet er natuurlijk ook gekeken worden naar de financiering.”

Uitwerking interview twee

Geïnterviewde : Mevrouw G. Fransen
Functie : Cliëntadviseur
Datum : Maandag 10 april 2017
Tijdstip : 14.00 uur
Locatie : Verpleeghuis Krönnenzomer te Hellendoorn

In wat voor opzicht heeft u veel met maken met Wonen met een Plus De Koppel?

Wonen met een Plus is ontstaan naar aanleiding van leegstand binnen het gebouw De Koppel. Daarop is dit nieuwe woonconcept ontwikkeld. Gerry Fransen zit in een projectteam rondom Wonen met een Plus. Dit wordt geleid door Johan de Jong, welke een onderzoek heeft gedaan naar Wonen met een Plus. Hij heeft alles in kaart gebracht en het projectteam gaat met een vernieuwde visie het project Wonen met een Plus herzien. Dit project wordt gedaan in opdracht van het MT, alle analyses die worden uitgevoerd worden opgestuurd naar het MT. De uitkomsten van deze scriptie kunnen eventueel nog gebruikt worden binnen het project.

Wat houdt de ELV precies in?

De ELV houdt in: het eerstelijnsverblijf.

Het eerstelijnsverblijf is een leveringsvorm van de overheid. Het is een vrij nieuw product en deze valt sinds 2017 volledig onder de Zvw. In 2015 en 2016 werd de ELV bekostigd door een subsidieregeling. Om recht te hebben op deze subsidie, moest er een aanvraag gedaan worden bij het CIZ.

Het eerstelijnsverblijf is een kortdurend medisch noodzakelijk verblijf van minimaal 24 uur tot maximaal 18 weken. Hierbij is het doel de terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie. Binnen de ELV zijn er drie degradaties:

- Laag complex
- Hoog complex
- Palliatieve terminale zorg

Bij de laag complexe zorg blijft de huisarts medisch verantwoordelijk. Bij de hoog complexe zorg is de specialist ouderengeneeskunde, in overleg met de huisarts, verantwoordelijk. Bij de palliatieve terminale zorg blijft de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde medisch verantwoordelijk.

De ELV is erg in ontwikkeling, wat speelt er op dit moment allemaal?

Op dit moment is een pilot aan de gang om de zorg binnen de ELV te verbeteren. Hierbij gaat het om de samenwerking tussen verschillende zorgorganisaties en de huisartsenpost. Er is een centraal meldpunt (crisiszorg) opgestart, waarbij het voor de huisartsenpost ook mogelijk is geworden om 's avonds een aanmelding te kunnen doen voor de ELV (tussen 17.00 – 22.00 uur). Elke partij die deelneemt aan deze pilot kan de bedden inzien van de andere partijen, op dit moment gebeurt dat door aan het eind van de dag de beddenstatus rond te mailen. Bij het centraal meldpunt zijn aangesloten: TriviumMeulenbeltZorg, Ziekenhuis Groep Twente, Carintreggeland en ZorgAccent.

Naar aanleiding van mijn onderzoek heb ik geconcludeerd dat de ELV onder de Zorgverzekeringswet valt en dan onder de geneeskundige zorg: geriatrische revalidatie. Klopt dit?

Het klopt dat de ELV onder de Zorgverzekeringswet valt. Het gaat hierbij alleen niet om geriatrische revalidatie. Binnen de geriatrische revalidatie moet er sprake zijn van een diagnose-behandelcombinatie (afgekort: dbc), dit is een totale ziekenhuisbehandeling. De geriatrische revalidatie en de ELV lijken in bepaalde opzichten wel veel op elkaar.

Naar aanleiding van mijn onderzoek vraag ik mij af op de ELV onder de categorie 'instelling' valt, zodat deze ook vanuit de Wlz bekostigd kan worden. Valt de ELV onder de categorie 'instelling'?

Nee, binnen de ELV is er geen sprake van opname in een instelling. De ELV kan per 1 januari 2017 alleen via de Zorgverzekeringswet bekostigd worden. Het betreft een kortdurend verblijf.

Zoals we net hebben besproken is de ELV erg in ontwikkeling? Hoe gaat het met de ELV?

In bepaalde gevallen moet de ELV omgezet worden naar een Wlz-indicatie, omdat het niet mogelijk is dat diegene terugkeert naar de oorspronkelijke situatie. Het aanvragen en toegewezen krijgen van een Wlz-indicatie kost een aantal weken tijd. In de tussentijd blijft de cliënt op het eerstelijnsverblijf. Daarmee loopt de ELV vol en is er niet genoeg ruimte voor nieuwe cliënten. Naar de mening van mevrouw Fransen zou er meer overgang moeten komen tussen de Wmo/ Zvw en de Wlz, dit geldt niet alleen voor de ELV. Er zou gekeken moeten worden naar de zorgvraag: wat is er nodig? En daar op verdergaan. Op dit moment is er al veel meer verbindingen met gemeenten etc. Dit gaat steeds beter.

Ziet u mogelijkheden om de ELV anders in te richten?

Mevrouw Fransen ziet een mogelijkheid om de ELV beter door te kunnen laten stromen. Hierbij gaat het om het indiceren aan de voordeur. Op deze manier kunnen mensen al veel eerder in beeld komen en kan veel eerder hulp geschakeld worden. Op dit moment ontstaat er een nood in ziekenhuizen en ook bij oude mensen thuis, mocht men al veel eerder geïndiceerd worden dan kan dit voorkomen worden. Nu vind die indicatie plaats via een specialist of de huisarts.

Als u mijn overzicht bekijkt, komt deze dan overeen met wat er daadwerkelijk binnen ZorgAccent gebeurt?

Eerstelijnsverblijf:

Deze wordt niet bekostigd vanuit de Wlz (zie hierboven).

Maaltijdvoorzieningen:

Is er sprake van een medische reden? → Zorgverzekeringswet

Is er geen sprake van een medische reden? → Wet maatschappelijke ondersteuning

Thuisbegeleiding:

Deze wordt gefinancierd vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning

Huishoudelijke hulp:

Per 1-1-2017: alle cliënten met een Wlz-indicatie vallen onder de Wlz. Dit gaat om +/- 60 cliënten.

Hebt u verder nog opmerkingen?

Vanuit de projectgroep is mevrouw Fransen nu wel erg benieuwd hoe de uitkomsten van het onderzoek vertaald kunnen worden naar ZorgAccent. Door bijvoorbeeld nader onderzoek te verrichten naar:

- Hoe veel cliënten maken gebruik van de beschreven voorzieningen?
- Van welke voorzieningen maken de cliënten gebruik?
- Wat betekent dat voor alle medewerkers binnen Wonen met een Plus?
- Etc.

Uitwerking interview drie

Geïnterviewde : Mevrouw A. Kusters
Functie : Medewerker WijkServiceCentrum
Datum : Dinsdag 11 april 2017
Tijdstip : 09.00 uur
Locatie : Hoofdkantoor ZorgAccent te Almelo

Komt de inhoud van mijn overzicht overeen met wat er daadwerkelijk binnen ZorgAccent gebeurt?

Wijkverpleging

Klopt, alleen met “ondersteuning zelfstandig leven niveau 3” zijn geen afspraken meer gemaakt met de gemeente. Niveau drie valt dus weg. Daarnaast wordt zelfstandig leven meestal geleverd door de thuisbegeleiding.

Eerstelijnsverblijf

Het eerstelijnsverblijf valt niet onder de Wlz, dit is al besproken met mevrouw Fransen. De ELV valt onder de Zorgverzekeringswet, dit is inclusief eten, drinken, schoonmaken van de woning etc.

Respijtzorg

Geen op- of aanmerkingen

Dagbesteding

Klopt, alleen niveau drie van de ondersteuning maatschappelijke deelname is weggefallen.

Huishouding

Het klopt dat de huishouding vanuit de Wet maatschappelijke zorg en de Wet langdurige zorg geleverd worden. Alleen per 1 april 2017 valt alle huishouding van cliënten met een Wlz-indicatie (die ook huishouding ontvangen vanuit de Wmo) onder de Wlz. Als men na 1-1-2017 een Wlz-indicatie ontvangt, dan ontvangt met de huishoudelijke hulp direct vanuit de Wlz.

Voor 1 januari 2017:

- VPT: inclusief huishouding
- MPT: inclusief huishouding
- MPT/PGB (PGB inclusief huishouding)
- PGB (inclusief huishouding)

Na 1 april 2017:

- Alle Wlz-indicaties → inclusief huishoudelijke hulp

Maaltijdvoorziening

In de gemeente Almelo wordt de maaltijdvoorziening niet als een ‘apart’ product aangeboden vanuit de Wmo. Het valt binnen: zelfstandig leven niveau 1. Daar zijn verder geen problemen mee, de cliënt krijgt het toegewezen vanuit de gemeente. Dit komt bijna niet voor.

Vervoer

De zorg komt inderdaad uit de Wmo en Wlz. Bij vervoer vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning is er sprake van 'normaal' vervoer en rolstoelvervoer. Deze laatste vindt plaats met een speciale rolstoelbus en daarvoor wordt een hoger tarief gerekend. Bij het vervoer vanuit de Wlz dient van tevoren worden aangegeven of de voorziening vervoer wel of niet nodig is.

Fysiotherapie, behandeling, thuisbegeleiding en RIBW

Thuisbegeleiding valt onder de Wet maatschappelijke ondersteuning → ondersteuning zelfstandig leven niveau 1 en 2.

Cliënten van de RIBW kunnen op basis van een contract zorg inkopen bij ZorgAccent. Het beschikbare budget van de cliënt 'ligt' bij het RIBW, ZorgAccent declareert op zijn beurt de zorg op rekening bij de RIBW.

Hebt u nog andere opmerkingen met betrekking tot mijn scriptie?

Binnen de Wlz is er ook nog sprake van overbruggingszorg. Past het zorgprofiel nu niet binnen het budget? Dan kunnen wij (ZorgAccent) bij het zorgkantoor een adviesformulier + rekenmodule aanleveren, op deze manier vraagt ZorgAccent zorg aan wat niet binnen de indicatie past. Een zorginhoudelijke adviseur van het zorgkantoor gaat deze aanvraag beoordelen. Wanneer hier goedkeuring voor komt dan krijgt ZorgAccent een toewijzing voor product of producten (bijvoorbeeld persoonlijke verzorging). Dit wordt afgegeven in klassen. Het kan zijn dat ZorgAccent een klasse toegewezen krijgt die niet past binnen het budget van de ZZZ. Zij declareren dan aan de hand van de registratie en dus niet op basis van een toegewezen klasse.

Naast de rekenmodule van het zorgkantoor heeft ZorgAccent zijn eigen rekenmodule voor het vpt. Hiermee kan bijvoorbeeld bekeken worden of het budget past binnen de zorg wat de cliënt nodig heeft.

Ziet u andere mogelijkheden met betrekking tot het zorg- en dienst aanbod?

Op bepaalde punten ziet het WijkServiceCentrum ontwikkelingen ontstaan op het gebied van de maaltijdvoorziening. Qua maaltijdvoorziening zal er in de toekomst gekeken worden naar de huishoudelijke hulp. In hoeverre is het mogelijk dat de huishoudelijke hulp de maaltijdvoorziening kan oppakken? Op dit moment is er bij één cliënt sprake van maaltijdvoorziening door de huishoudelijke hulp. Dit betreft een casus waarbij de huishoudelijke hulp aansluitend op de huishouding, hulp geeft bij het eten. In dit geval heeft de cliënt een Wlz-indicatie en wordt hier het product huishouding uitgehaald. Er is een vraag gekomen vanuit de wijkverpleging of de huishoudelijke hulp dit kon oppakken, dit is door hen opgepakt. In de toekomst zal hier nader naar worden gekeken, er wordt dan gekeken naar mogelijkheden van de huishoudelijke hulp vanuit de Wmo en vanuit de Wlz.

Kunt u mij meer uitleg geven over het persoonsgebonden budget vanuit de Wmo, Zvw en Wlz? Welke cliënten ontvangen een bijvoorbeeld een pgb en welke niet?

ZorgAccent heeft in principe niets te maken met het wel of niet ontvangen van een pgb. ZorgAccent heeft daar geen invloed op. Een cliënt kan zelf bepalen of hij een pgb of een andere vorm van financiering zou willen ontvangen. ZorgAccent heeft verpleegkundigen (niveau 5) in dienst die eventueel kunnen helpen bij het aanvragen van een PGB.

- Binnen de Wmo kan de cliënt zelf bepalen of hij een pgb of een andere vorm van financiering (zorg in natura) wil ontvangen. Hieraan zijn wel allerlei regels gekoppeld.*
- Binnen de Zvw moet de cliënt zich melden bij de zorgverzekeraar. Wil hij een pgb ontvangen dan zal hij bijvoorbeeld een formulier moeten invullen. Voorbeeld: bij Menzis zal de cliënt een formulier moeten invullen en een zorgplan moeten aanleveren. De wijkverpleegkundige kan hierbij helpen en kan het nodige assessment afnemen. De kosten hiervoor worden vergoed door de zorgverzekeraar. De tijd die de verpleegkundige hieraan besteedt, kan gedeclareerd worden door ZorgAccent.
- Binnen de Wlz kan de cliënt (met een Wlz-indicatie) zelf een pgb aanvragen bij het zorgkantoor, ook hierbij moet hij voldoen aan allerlei eisen.

* Een pgb binnen de Wmo komt bijna niet voor.

Als een cliënt eenmaal beschikt over een Wlz-indicatie, kan deze indicatie dan nog weggenomen worden?

Binnen zes weken na het besluit tot een Wlz-indicatie kan men bezwaar indienen tegen het besluit. Tevens kan je de afgegeven indicatie weigeren door hierop bezwaar te maken. Dit bezwaar dient men op te sturen naar het CIZ. CIZ is hierin beslissend, er is niet zonder reden een WLZ-aanvraag gedaan. Wanneer de cliënt akkoord gaat met de afgegeven indicatie, dan kan deze nooit meer terugvallen in een andere financiering. De indicatie kan wel afgesloten worden, wanneer hier bijvoorbeeld geen gebruik van wordt gemaakt, of zorg niet meer nodig is. De indicatie blijft wel geldig. Binnen de Wlz betaalt men een eigen bijdrage, deze wordt bepaald door het CAK.

Uitwerking werkoverleg

Werkoverleg : Wijkteam de Brouwerij
Functie : Wijkverpleegkundigen
Datum : Maandag 24 april 2017
Tijdstip : 12.30 uur
Locatie : Wonen met een Plus De Koppel te Almelo

Binnen het werkoverleg is kort aandacht besteedt aan het beroepsproduct, alle medewerkers van het wijkteam hadden vooraf het concept ontvangen en bekeken. Het overzicht wat het wijkteam heeft ontvangen is al aangepast naar aanleiding van de interviews die zijn gehouden.

Is het overzicht duidelijk? En zijn er op- of aanmerking rondom de inhoud van het overzicht?

Medewerkers van het wijkteam geven aan dat zij het overzicht duidelijk vinden, het is goed leesbaar en overzichtelijk. Daarnaast geven zij aan dat de inhoud van het overzicht klopt, vanuit de praktijk staat alles op de juiste plek. Door sommige medewerkers wordt het VPT in het overzicht gemist, deze valt onder de financieringsvorm vanuit de Wlz. In de afwerking van het beroepsproduct kan bekeken worden of deze vormen ergens in het overzicht geplaatst kunnen worden, zonder dat dit ten koste gaat van de leesbaarheid.

Bijlage 8. Verklaring gebruikte hulpmiddelen, ABR&R 2016 – 2017

Hierbij verklaar ik, dat ik het voor u liggende werkstuk/project zelfstandig en zonder gebruik van andere dan de aangegeven hulpmiddelen geschreven heb. De uit andere bronnen direct of indirect overgenomen teksten zijn op enigerlei wijze in de door mij geschreven tekst expliciet met bronvermelding verantwoord. Het werkstuk werd tot nu toe nog niet in dezelfde of in vergelijkbare vorm aan een examiner of examencommissie voorgelegd. Ook is het werkstuk niet eerder in het openbaar verschenen.

Naam, achternaam: Marisca van den Noort

Plaats, datum:

Handtekening:

Dit formulier dient ter bevestiging dat student oorspronkelijk werk heeft geleverd, en correct met bronnen is omgegaan. Het dwingt de student om stil te staan bij het feit dat het niet vanzelfsprekend is dat door alle studenten onder alle omstandigheden aan deze voorwaarden wordt voldaan. Helaas constateren docenten nog regelmatig dat studenten bewust dan wel onbewust delen overnemen uit andermans werk zonder dit te vermelden.