



Evaluatie
Hervorming Langdurige Zorg

Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking

Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg



Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking

Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking

Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg

Redactie:
Mariska Kromhout
Nora Kornalijnslijper
Mirjam de Klerk

Sociaal en Cultureel Planbureau
Den Haag, juni 2018

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is een interdepartementaal, wetenschappelijk instituut, dat – gevraagd en ongevraagd – sociaal-wetenschappelijk onderzoek verricht. Het scp rapporteert aan de regering, de Eerste en Tweede Kamer, de ministeries en maatschappelijke en overheidsorganisaties. Het scp valt formeel onder de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het scp is opgericht bij Koninklijk Besluit op 30 maart 1973. Het Koninklijk Besluit is per 1 april 2012 vervangen door de ‘Regeling van de minister-president, Minister van Algemene Zaken, houdende de vaststelling van de Aanwijzingen voor de Planbureaus’.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2018
scp-publicatie 2018-17
Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag
Figuren: Mantext, Moerkapelle
Vertaling samenvatting: AVB-vertalingen, Amstelveen
Omslagontwerp: Textcetera, Den Haag
Foto omslag: Robin Utrecht | Hollandse Hoogte

ISBN 978 90 377 0875 2
NUR 740

Copyright

U mag citeren uit scp-rapporten, mits u de bron vermeldt.

U mag scp-bestanden op een server plaatsen mits:

- 1 het digitale bestand (rapport) intact blijft;
- 2 u de bron vermeldt;
- 3 u de meest actuele versie van het bestand beschikbaar stelt, bijvoorbeeld na verwerking van een erratum.

Data

scp-databestanden, gebruikt in onze rapporten, zijn in principe beschikbaar voor gebruik door derden via [DANS www.dans.knaw.nl](http://dans.knaw.nl).

Contact

Sociaal en Cultureel Planbureau
Postbus 16164
2500 BD Den Haag
www.scp.nl
info@scp.nl

Via onze website kunt u zich kosteloos abonneren op een elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

Inhoud

Voorwoord	11	
Samenvatting, conclusies en beschouwing	13	
1	Achtergrond en evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg	51
	<i>Mariska Kromhout</i>	
1.1	Inleiding	51
1.2	Achtergrond van de Hervorming Langdurige Zorg	51
1.3	Evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg	53
1.4	Leeswijzer	58
	Noten	59
	Literatuur	60
2	Aantal mensen met een beperking en hun gebruik van zorg en ondersteuning	62
	<i>Mirjam de Klerk en Peteke Feijten</i>	
2.1	Inleiding	62
2.2	Zelfstandig wonende mensen met een beperking	62
2.3	Mensen met een beperking in een instelling	65
2.4	Kenmerken van zorggebruikers	67
	Noten	68
	Literatuur	68
3	Bedoelingen van de Hervorming Langdurige Zorg: het algemene kader	70
	<i>Mariska Kromhout</i>	
3.1	Aanleiding en doelen	70
3.2	Wetgeving en bestuurlijk kader	74
3.3	Verwachtingen richting actoren	76
3.4	Onderliggende aannamen	78
3.5	Ontwikkelingen na 1 januari 2015	79
	Noten	80
	Literatuur	80
4	Bedoelingen van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015	82
	<i>Lia van der Ham</i>	
4.1	Aanleiding en doelen	82
4.2	Wetgeving en het bestuurlijk kader	83
4.3	Verwachtingen richting actoren	89

4.4	Onderliggende aannamen	92
4.5	Ontwikkelingen na 1 januari 2015	93
	Noten	94
	Literatuur	95
5	Bedoelingen van de wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet <i>Lia van der Ham</i>	96
5.1	Aanleiding en doelen	96
5.2	Wetgeving en bestuurlijk kader	97
5.3	Verwachtingen richting actoren	99
5.4	Onderliggende aannamen	100
5.5	Ontwikkelingen na 1 januari 2015	101
	Noten	101
	Literatuur	102
6	Bedoelingen van de Wet langdurige zorg <i>Nora Kornalijnslijper</i>	103
6.1	Aanleiding en doelen	103
6.2	Wetgeving en bestuurlijk kader	104
6.3	Verwachtingen richting actoren	109
6.4	Onderliggende aannamen	111
6.5	Ontwikkelingen na 1 januari 2015	112
	Noten	114
	Literatuur	115
7	Toegang tot maatschappelijke ondersteuning en wijkverpleging <i>Anna Maria Marangos, Maaïke den Draak, Lia van der Ham, Nora Kornalijnslijper en Peteke Feijten</i>	117
7.1	Inleiding	117
7.2	Bekendheid en (niet-)bereik	119
7.3	Routes naar ondersteuning, wijkverpleging en eerstelijnsverblijf	124
7.4	Cliëntondersteuning	127
7.5	Het gemeentelijk onderzoek in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015	129
7.6	De indicatiestelling voor wijkverpleging	136
7.7	Samenvatting en conclusies	139
	Noten	141
	Literatuur	142
8	Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg <i>Nora Kornalijnslijper en Mirjam de Klerk</i>	146
8.1	Inleiding	146

8.2	Hoe is de toegang geregeld?	147
8.3	Bekendheid met de Wet langdurige zorg	152
8.4	Aanvraag- en indicatieprocedure: ervaringen van cliënten en ciz-medewerkers	155
8.5	Zorg kiezen en de rol van het zorgkantoor	160
8.6	Bereik en niet-bereik van de Wet langdurige zorg	163
8.7	Aanwijzingen voor niet-gebruik	164
8.8	Samenvatting en conclusies	166
	Noten	167
	Literatuur	168
9	Informele hulp geven <i>Mirjam de Klerk en Alice de Boer</i>	171
9.1	Inleiding	171
9.2	Bereidheid en mogelijkheden om informele hulp te geven	173
9.3	Omvang informele hulp	176
9.4	Kenmerken van informele helpers en geboden hulp	179
9.5	Gevolgen van het geven van informele hulp	181
9.6	Afstemming en samenwerking	184
9.7	Aanbod en gebruik van ondersteuning	186
9.8	Samenvatting en conclusies	191
	Noten	193
	Literatuur	194
10	Aanbod en gebruik van formele zorg en ondersteuning bij zelfstandig wonenden <i>Peteke Feijten, Lia van der Ham en Maaike den Draak</i>	201
10.1	Inleiding	201
10.2	Zorggebruik bij zelfstandig wonenden met een beperking	203
10.3	Aanbod van formele zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonenden	204
10.4	Gebruik van het aanbod	207
10.5	Aard van de geboden zorg en ondersteuning aan zelfstandig wonenden	212
10.6	Ervaringen van cliënten met ondersteuning en de kwaliteit daarvan	215
10.7	Samenwerking en afstemming in zorgverlening in gemeenten	220
10.8	Samenvatting en conclusies	223
	Noten	226
	Literatuur	227

11	Doelbereik voor zelfstandig wonende gebruikers van zorg en ondersteuning <i>Peteke Feijten, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Mariska Kromhout en Anja Steenbekkers</i>	232
11.1	Inleiding	232
11.2	Redzaamheid en eigen regie	233
11.3	Maatschappelijke participatie	237
11.4	Eenzaamheid	240
11.5	Zelfstandig wonen	242
11.6	Kwaliteit van leven	244
11.7	Beleidsparticipatie in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015	247
11.8	Samenvatting en conclusies	249
	Noten	252
	Literatuur	254
12	Maatschappelijke opvang en beschermd wonen <i>Inger Plaisier</i>	259
12.1	Inleiding	259
12.2	Doel en doelgroep maatschappelijke opvang en beschermd wonen	260
12.3	Cliënten van de maatschappelijke opvang en beschermd wonen en hun behoeften	261
12.4	Aanbod maatschappelijke opvang en beschermd wonen	264
12.5	Cliëntervaringen met maatschappelijke opvang en beschermd wonen	267
12.6	Samenvatting en conclusies	270
	Noten	271
	Literatuur	272
13	Zorg en ondersteuning in instellingen <i>Nora Kornalijslijper, Mirjam de Klerk en Inger Plaisier</i>	276
13.1	Inleiding	276
13.2	Organisatie en geboden zorg	277
13.3	Zorgplan en zorgplanbespreking	280
13.4	Onafhankelijke cliëntondersteuning	284
13.5	Het betrekken van mantelzorgers	286
13.6	Het betrekken van vrijwilligers	289
13.7	Kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven	293
13.8	Samenvatting en conclusies	296
	Noten	297
	Literatuur	298

14	Op het grensvlak van de wetten <i>Lia van der Ham en Maaike den Draak</i>	300
14.1	Inleiding	300
14.2	Afstemming van de Wmo 2015, Zvw en Wlz	302
14.3	Afstemming met (andere) ondersteuning vanuit het sociaal domein	310
14.4	Samenvatting en conclusies	318
	Noten	321
	Literatuur	321
15	Uitgaven en gebruik formele langdurige zorg en ondersteuning <i>Ab van der Torre</i>	326
15.1	Inleiding	326
15.2	Ontwikkeling van de uitgaven voor langdurige zorg en ondersteuning	332
15.3	Ontwikkeling van het gebruik van langdurige zorg en ondersteuning	348
15.4	Internationale vergelijking	350
15.5	Samenvatting en conclusies	352
	Noten	354
	Literatuur	354
	Summary, conclusions and discussion	356
	Bijlagen (te vinden op www.scp.nl bij dit rapport)	
A	Toegang tot zorg en ondersteuning: rollen, ervaringen en meningen van huisartsen	
B	Tabellen bij hoofdstuk 15	
	Lijst van afkortingen	393
	Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	395

Voorwoord

De organisatie en financiering van langdurige zorg en ondersteuning zijn per 1 januari 2015 ingrijpend veranderd. Mensen met een beperking kunnen nu hulp krijgen vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet. Symbool staan onder meer de gesprekken ‘aan de keukentafel’ om te bespreken welke professionele zorg en ondersteuning nodig zijn en wat mensen zelf in hun eigen sociaal netwerk kunnen regelen aan informele hulp. De zorg is meer lokaal georganiseerd en met een andere rolverdeling tussen zorgprofessionals, mantelzorgers, zorginstellingen, zorgverzekeraars en overheden. Met als doel meer redzaamheid en participatie in de samenleving voor mensen die daar hulp bij nodig hebben. Voor mensen die zijn aangewezen op zorg in een instelling wordt gestreefd naar meer eigen regie over hun dagelijks leven, binnen de mogelijkheden die zij hebben.

Dergelijke grote veranderingen brengen altijd kansen, maar ook onzekerheden met zich mee. Niet iedereen is of kan redzaam zijn en niet voor iedereen is langer thuis wonen de ultieme oplossing. Het gaat dus enerzijds over goede kwaliteit van toegankelijke zorg en ondersteuning, maar anderzijds ook om de vraag of de kwaliteit van leven daarmee wordt bevorderd. Of mensen (weer) mee kunnen doen in de samenleving. Het ‘maatwerk’ dat daarvoor nodig is klinkt veelbelovend als het tot meer regie over je zorg en leven leidt, maar leidt tot onzekerheid als hulpverlening wegvalt waar mensen op konden rekenen.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) heeft deze Hervorming Langdurige Zorg daarom geëvalueerd, op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Daarin hebben we de ervaringen met de veranderingen in kaart gebracht, met de nadruk op ervaringen van zorgvragers, mantelzorgers en professionals. In dit evaluatierapport baseren we ons op eerder verschenen deelonderzoeken over onder meer de gemeentelijke Wmo-ondersteuning, de wijkverpleging, de praktijk in Wlz-instellingen en de betekenis van informele hulp. Uiteraard werd daarnaast secundaire literatuur bestudeerd om de veranderingen en ervaringen zo goed mogelijk in beeld te krijgen.

De deelonderzoeken in het kader van deze landelijke evaluatie zijn uitgevoerd door het SCP zelf en door het NIVEL, BMC, KPMG, Vilans, Tranzo, Movisie en Stimulansz. Op deze plaats wil ik alle respondenten die aan de deelonderzoeken hebben meegedaan van harte bedanken voor hun deelname.

De evaluatie is begeleid door een externe commissie van deskundigen, onder leiding van prof. dr. Louise Gunning-Schepers. De leden waren prof. dr. Caroline Baan, prof. dr. Werner Brouwer, Angélique van Dam, prof. dr. Petri Embregts, Irma Harmelink MBA-H, drs. Ineke Smidt en drs. Rieta van Staalduine. Ik dank hen hartelijk voor hun constructieve bijdrage aan de totstandkoming van dit rapport.

De langdurige zorg en ondersteuning raakt veel, vaak kwetsbare mensen. Het SCP hoopt met deze onafhankelijke en wetenschappelijk onderbouwde evaluatie een bijdrage te leveren aan weloverwogen overheidsbeleid op dit belangrijke terrein.

Prof. dr. Kim Putters
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

Samenvatting, conclusies en beschouwing

S.1 Inleiding

Ongeveer een derde deel van de zelfstandig wonende volwassenen in Nederland heeft een beperking (peiljaar 2015). Ruim een derde van de 16-plussers geeft mantelzorg of doet vrijwilligerswerk in de zorg of ondersteuning. De Hervorming Langdurige Zorg (hierna: HLZ) met ingang van 1 januari 2015, waarvan dit rapport een tussenevaluatie geeft, raakt dan ook een groot deel van de bevolking. Uit opinieonderzoek blijkt dat de langdurige zorg veel mensen bezighoudt.¹

Bestuurders en beleidsmakers maken zich ongerust over de snelle stijging van de overheidsuitgaven aan de langdurige zorg en over de kwaliteit van de zorg en ondersteuning. Dit was al geruime tijd voor de HLZ het geval. Eerst leidde dit tot de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning met ingang van 1 januari 2007. Maatregelen om de kostenstijging een halt toe te roepen door de toegang tot intramurale zorg te beperken, dateren van de jaren 2013 en daarna. Met ingang van 1 januari 2015 werd de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) afgeschaft en trad een nieuw stelsel van wetten in werking. In dit evaluatieonderzoek kijken we naar de voorlopige resultaten van deze hervorming. De gevolgen van eerder getroffen maatregelen werken daarin door.

S.2 De evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ)

Door de HLZ zijn de maatschappelijke ondersteuning en de langdurige zorg sinds 1 januari 2015 anders georganiseerd dan voorheen. Het betreft zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met lichamelijke, zintuiglijke, verstandelijke en/of psychische beperkingen of met psychosociale problemen. De HLZ omvat de ondersteuning op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), wijkverpleging op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en langdurige zorg onder de Wet langdurige zorg (Wlz).² Voorbeelden zijn dagbesteding, hulp bij het huishouden, verpleging en verzorging thuis, en verblijf in een verpleeghuis of daklozenopvang. Hoewel delen van de Jeugdwet soms ook tot de HLZ worden gerekend, blijft die in deze evaluatie buiten beschouwing.

De HLZ heeft de volgende doelen op het niveau van het stelsel:

- betere kwaliteit van ondersteuning en zorg;³
- grotere betrokkenheid in de samenleving (meer voor elkaar zorgen);
- financiële houdbaarheid van de langdurige zorg en ondersteuning.

Daarnaast zijn er doelen voor mensen met behoefte aan zorg of ondersteuning:

- meer participatie / meer gelijke deelname aan de maatschappij;
- meer eigen regie;
- meer zelfredzaamheid / meer zelfstandigheid;

- langer / zo lang mogelijk zelfstandig wonen;
- minder eenzaamheid;
- meer kwaliteit van leven.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) gevraagd het hervormde stelsel van langdurige zorg te evalueren, met inbegrip van de wettelijk verplichte evaluaties van de Wmo 2015 en de Wlz. Deze evaluatie betreft de ontwikkelingen in de periode 2015 tot en met 2017: de eerste jaren na de stelselwijziging.

De evaluatie van de HLZ heeft twee centrale vragen:

- A In hoeverre worden de doelen van de Hervorming Langdurige Zorg en de betreffende wetten en maatregelen behaald, voor (potentiële) gebruikers en voor het wettelijk systeem?
- B In hoeverre houdt het doelbereik van de Hervorming Langdurige Zorg verband met de uitvoering van de betreffende wetten en maatregelen en met de vrijwillige inzet van burgers? Welke andere factoren spelen een rol? Zijn er (on)gewenste neveneffecten?

Omdat deze evaluatie de eerste jaren na invoering van het nieuwe stelsel beslaat, is het nog te vroeg om hierop een definitief antwoord te geven. Onze conclusie richt zich daarom op de vraag of we beweging zien in de richting die de wetgever voor ogen had.

De centrale vragen zijn verder uitgewerkt in onderzoeksvragen over de doelen en over de uitvoeringspraktijk (zie § S.3 en § S.4). Om deze te beantwoorden, heeft het SCP diverse deelonderzoeken uitgevoerd en laten uitvoeren door derden: het NIVEL, BMC, KPMG, Vilans, Tranzo, Movisie en Stimulansz. Daarin zijn diverse methoden toegepast, namelijk literatuuronderzoek, kwantitatief vragenlijstonderzoek (digitaal en schriftelijk), gestructureerde face-to-face-interviews (kwantitatief), semigestructureerde face-to-face-interviews (kwalitatief), focusgroepen (face to face en digitaal), analyse van jurisprudentie en analyse van registratiegegevens. Daarbij is een scala aan respondenten aan het woord gekomen:

- (potentiële) cliënten van de gemeente (Wmo 2015), de wijkverpleging (Zvw) en instellingen in de verpleging en verzorging (v&v), gehandicaptenzorg (GHZ) en geestelijke gezondheidszorg (ggz) (Wlz);
- mantelzorgers en vrijwilligers;
- betrokkenen bij burgerinitiatieven;
- (andere) informele en formele vertegenwoordigers van (potentiële) cliënten bij inspraak in het gemeentelijk Wmo-beleid;
- onafhankelijke cliëntondersteuners en ondersteuners van mantelzorgers en vrijwilligers;
- professionals in de zorg en ondersteuning: (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden, huisartsen, praktijkondersteuners van huisartsen;

- managers van instellingen in de verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg;
- bestuurders en medewerkers van gemeenten (wethouders, beleidsambtenaren, Wmo-consulenten en gespreksvoerders die het gemeentelijk onderzoek doen na een melding op grond van de Wmo 2015);
- medewerkers van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ), van zorgkantoren en van zorgverzekeraars.

De empirische gegevens betreffen de periode eind 2015 tot najaar 2017, met de nadruk op 2016 en 2017. De informatie over de toegang tot en resultaten van de maatschappelijke ondersteuning die gemeenten bieden aan mensen die zich bij hen melden voor ondersteuning vanuit de Wmo 2015 gaat over de situatie eind 2015 respectievelijk de eerste helft van 2016. Deze Wmo-melders en hun mantelzorgers werden bevraagd in de periode maart tot oktober 2016, de gespreksvoerders van gemeenten van mei tot december 2016.

De dataverzameling over onafhankelijke cliëntondersteuning en de toegang tot zorg vanuit de Wlz kreeg zijn beslag in de maanden juni en juli 2016, respectievelijk april tot november 2016. De gegevens over de praktijk in Wlz-instellingen zijn verzameld in de loop van 2016. Het onderzoek onder professionals in en gebruikers van de wijkverpleging (cliënten en mantelzorgers) vond eind 2016 en begin 2017 plaats. De lokale uitvoering van en de beleidsparticipatie in de Wmo 2015 zijn eind 2016 en begin 2017, respectievelijk tussen februari en oktober 2017 onderzocht. In de tweede helft van 2017 is onderzoek gedaan onder praktijkondersteuners van huisartsen (POH's) en onder huisartsen zelf. Het onderzoek naar de jurisprudentie liep door tot begin 2018.

Over de meeste deelonderzoeken zijn losse deelrapporten verschenen (zie hoofdstuk 1 voor een overzicht). Deze bevatten een nadere uitwerking van de onderzoeksvragen en een uitgebreide methodologische verantwoording (zie voor alle publicaties www.scp.nl).

Dit evaluatieonderzoek is begeleid door een externe begeleidingscommissie waaraan zowel mensen uit de praktijk als uit de wetenschap hebben deelgenomen.⁴ Een eerdere versie van dit hoofdstuk 'Samenvatting, conclusies en beschouwing' is ook besproken met een aanvullende groep deskundigen uit het veld.⁵

Reikwijdte

In deze evaluatie geven we een tussenstand van een praktijk die volop in ontwikkeling is en waarvoor de wetgever geen meetbare ijkpunten heeft gegeven. Idealiter wordt bij een evaluatie een vergelijking gemaakt tussen de oude en de nieuwe situatie (voor- en nameting), en worden mensen vergeleken die wel en niet een bepaalde wijziging hebben meegemaakt (experimentele groep en controlegroep). Van een controlegroep is bij landelijke wetgeving echter geen sprake. Ook zijn er in dit geval weinig nulmetingen. Om toch enigszins te kunnen vergelijken, hebben we soms mensen gevraagd naar hun situatie

voor en na 1 januari 2015. In veel gevallen hebben we de vergelijking tussen de situatie voor en na 1 januari 2015 moeten loslaten.

Centraal in deze evaluatie staan de ervaringen van (potentiële) cliënten, mantelzorgers en professionals die direct betrokken zijn bij de toegang tot en de uitvoeringspraktijk in de langdurige zorg en ondersteuning. Toch komen niet alle betrokkenen aan bod. Zo biedt dit onderzoek geen beeld van mensen die wel behoefte hebben – naar eigen zeggen of volgens zorgverleners – aan (intramurale) zorg of ondersteuning, maar die om uiteenlopende redenen niet krijgen. Deze mensen zijn moeilijk te traceren. Daarnaast missen we mensen die vanwege de aard en/of ernst van hun beperkingen niet kunnen meedoen aan onderzoek. Ook waren er te weinig cliënten met een migratieachtergrond in de deelonderzoeken om uitspraken over deze groep te kunnen doen. Vanwege het ontbreken van landelijke registraties kon niet altijd worden vastgesteld of een deelonderzoek representatief is.

Als gevolg van de nadruk die we op het perspectief van zorgvragers, cliënten, mantelzorgers en professionals leggen, blijft een aantal aspecten in dit evaluatieonderzoek grotendeels buiten beschouwing. Dit betreft onder meer de wijze waarop de langdurige zorg en ondersteuning worden bekostigd (de omvang van budgetten en de wijze waarop de bekostiging is georganiseerd), inkoopprocessen, arbeidsmarkteffecten, administratieve lasten en het functioneren van het persoonsgebonden budget.

In dit samenvattende en concluderende hoofdstuk beperken we ons tot de hoofdlijnen van ons onderzoek. Voor meer onderbouwing van onze bevindingen verwijzen we naar de hoofdtekst van dit rapport en de deelrapporten. Hierna gaan we eerst in op de uitvoeringspraktijk en daarna op de mate waarin de doelen in de eerste jaren van de HLZ zijn bereikt.

5.3 De uitvoeringspraktijk van de HLZ

In deze paragraaf gaan we eerst in op de toegang tot formele langdurige zorg en ondersteuning (§ 5.3.1) en daarna op de ervaringen met formele en informele hulp (§ 5.3.2). In beide delen behandelen we achtereenvolgens de maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015), de wijkverpleging vanuit de Zvw en de zorg vanuit de Wlz. In paragraaf 5.3.1.3 komt de jurisprudentie over de toegang tot de Wmo 2015 aan bod.

5.3.1 Toegang tot zorg en ondersteuning

Kunnen en komen mensen met een behoefte aan ondersteuning terecht bij hun gemeente?⁶ En kunnen en komen mensen die verpleging en verzorging nodig hebben terecht bij de wijkverpleging? Hoe gaan deze met de hulpvraag om en hoe ervaren alle betrokkenen dit?

5.3.1.1 Toegang tot maatschappelijke ondersteuning en wijkverpleging

Sociale (wijk)teams in ruime meerderheid gemeenten

Gemeenten krijgen in de Wmo 2015 de opdracht om de toegang tot de maatschappelijke ondersteuning integraal in te richten. Veel gemeenten hebben daaraan gehoor gegeven door sociale (wijk)teams op te zetten (acht op de tien gemeenten). Het meest voorkomende type is het brede, integrale team waarbij mensen met alle ondersteuningsvragen terecht kunnen. Deze teams, die bestaan uit leden met verschillende expertises, bieden eerstelijns ondersteuning en informatie en advies, en toegang tot maatwerkvoorzieningen zoals hulp bij het huishouden, een rolstoel of individuele begeleiding. Bij complexe hulpvragen raadplegen zij specialisten, of verwijzen mensen door naar tweedelijnszorg. In sommige gemeenten maken ook wijkverpleegkundigen deel uit van een sociaal (wijk)team.

Wmo 2015 en wijkverpleging zijn redelijk tot goed bekend

Van de mensen met een lichamelijke beperking zijn zeven op de tien op de hoogte van het bestaan van het Wmo-loket of sociaal (wijk)team, van naasten van mensen met een verstandelijke beperking zijn dat er zes op de tien en van de mensen met aanhoudende en ernstige psychische problematiek vier op de tien.

De bekendheid met de wijkverpleging is groter: negen van de tien mensen met een chronische ziekte of beperking weten van het bestaan ervan. Zorgelijk is het feit dat lageropgeleiden er minder bekend mee zijn dan anderen, terwijl zij er wel het vaakst behoefte aan hebben.

Weg naar ondersteuning voor sommigen moeilijk vindbaar

Het is niet bekend hoeveel mensen zorg of ondersteuning nodig hebben – naar eigen zeggen of volgens zorgverleners –, maar deze niet gebruiken. Desgevraagd gaf 3% van de zelfstandig wonende volwassen Nederlanders in 2015 aan behoefte te hebben aan zorg en ondersteuning (hulp bij het huishouden, verzorging, verpleging of begeleiding) en deze niet te krijgen. Dit aandeel verschilt niet met dat van 2014. Bij mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking is dit 9%. Zij hebben vooral behoefte aan hulp bij het huishouden. Een behoefte hebben wil niet zeggen dat mensen dan ook daadwerkelijk om ondersteuning hebben gevraagd of ernaar hebben gezocht. Er kunnen allerlei redenen zijn om geen ondersteuning aan te vragen. Ook weten we dat mensen met een lage opleiding, een laag inkomen of met ernstige eenzaamheid relatief weinig gemeentelijke ondersteuning gebruiken. Daarnaast hebben mensen met een aandoening of beperking zoals dementie, een verstandelijke beperking of ernstige psychische problemen vaak regieproblemen en geen of beperkt inzicht in hun ziekte. Dit bemoeilijkt het formuleren en adresseren van een hulpvraag. Volgens verpleegkundigen en verzorgenden is de wijkverpleging over het algemeen goed toegankelijk, maar is goede toegang voor mensen met een migratieachtergrond en mensen met psychische problematiek niet vanzelfsprekend.

Van de mensen die zich bij de gemeente hebben gemeld voor Wmo-ondersteuning, gaf begin 2016 een kwart aan dat ze hiermee veel moeite hadden. De weg niet kunnen vinden, het systeem te ingewikkeld vinden, niet in aanmerking denken te komen, de eigen bijdragen als hoog inschatten en de aanvraagprocedure te lang vinden duren, zijn belangrijke redenen om geen ondersteuning te gebruiken.

Niet alleen cliënten vinden het lastig om de juiste routes naar ondersteuning en zorg te vinden, ook professionals zijn die mening toegedaan. Zo zeggen huisartsen, praktijkondersteuners van huisartsen en onafhankelijk cliëntondersteuners dat het hun vaak veel tijd kost om de juiste instanties en de juiste personen te vinden. Ook voor eerstelijnsverblijf (ELV) melden huisartsen en praktijkondersteuners dat ze vaak lang moeten rondbellen om een beschikbaar bed te vinden.

Er kan ook sprake zijn van niet-gebruik van formele ondersteuning of zorg omdat een aanvraag hiervoor (gedeeltelijk) is afgewezen. 1,5 op de tien geregistreerde Wmo-melders in ons onderzoek kregen begin 2016 geen maatwerkvoorziening (hun aanvraag werd afgewezen of ze dienden geen aanvraag in). Slechts een op de vijftwintig Wmo-melders werd verwezen naar algemene voorzieningen (zie verder § S.3.2.1). Met betrekking tot maatschappelijke opvang en beschermd wonen lijkt er, afgaand op signalen uit verschillende rapporten, vooral in de nachtopvang een capaciteitsprobleem te bestaan. De toegang tot deze vorm van opvang is nog niet voldoende gewaarborgd. Ook zijn er signalen dat de uitstroom uit verblijfsplekken stopt door financiële problemen van cliënten en (vooral in grote steden) een tekort aan goedkope huurwoningen.

Kortom, de toegang tot ondersteuning en zorg thuis is niet voor alle mensen met een hulpvraag goed vindbaar, soms ook niet voor professionals.

Meldingen voor de Wmo 2015 vaak centraal en voor wijkverpleging decentraal

Vrijwel alle meldingen voor Wmo-ondersteuning komen binnen via een centraal Wmololet of klantcontactcentrum. Sociale (wijk)teams worden door de geënuquêteerde gemeenten met een of meer van deze teams als belangrijk aanspreekpunt voor melders gezien, ook al worden de meldingen zelf daar meestal niet gedaan. In ongeveer vier op de tien van de ondervraagde gemeenten gaan leden van deze wijkteams proactief op zoek naar mensen met (multi)problematiek. Dit duidt erop dat deze vorm van outreachend werken, anders dan verwacht, nog geen gemeengoed is geworden. Ook komen sociale (wijk)teams nog onvoldoende toe aan preventief werken en vroegsignalering.

Veel gemeenten zijn bezig hun dienstverlening (verder) te digitaliseren, maar slechts een klein deel van de melders in dit onderzoek deed zijn melding digitaal. Dit kan erop duiden dat digitaal contact niet goed aansluit bij de Wmo-doelgroep. Het meest gebruikte medium bij het eerste contact is de telefoon. Het gemeentelijk onderzoek naar de ondersteuningsbehoefte vindt meestal plaats tijdens een huisbezoek.

Mensen die wijkverpleging nodig hebben (of hun mantelzorgers) nemen vaak zelf contact op met de zorgaanbieder. Ook komt het contact tot stand via zorgaanbieders zoals huis-

artsen of via het ziekenhuis. Het sociale (wijk)team of de gemeente speelt hierin een minder grote rol.

Onafhankelijke cliëntondersteuning weinig bekend en weinig gebruikt

Onafhankelijke cliëntondersteuning, zoals informatie en advies voor cliënten, is een recht en wordt in de praktijk geboden door een derde partij die geen belangen heeft bij de financierder (gemeente of het zorgkantoor) of bij de zorgaanbieder. Gemeenten zijn dan ook verplicht om mensen die zorg of ondersteuning nodig hebben kosteloos onafhankelijke cliëntondersteuning te bieden. Veel mensen (acht op de tien Wmo-melders en ongeveer twee derde van de naasten van iemand met een verstandelijke beperking) zijn echter niet op de hoogte van deze mogelijkheid. Ongeveer een op de tien Wmo-melders gebruikte deze vorm van ondersteuning. Zij waarderen deze ondersteuning positief. Wel zijn er signalen dat cliëntondersteuners niet altijd onafhankelijk zijn (bv. als ze ook deel uitmaken van een sociaal wijkteam).

Cliënten zijn meestal tevreden over toegangsgesprekken; soms wordt kennis van bepaalde beperkingen gemist

De meeste cliënten (zowel Wmo-melders als cliënten van wijkverpleging) zijn tevreden over het gesprek in het kader van het gemeentelijk onderzoek respectievelijk de indicatie door de wijkverpleegkundige. Ook professionals (Wmo-gespreksvoerders en wijkverpleegkundigen) zijn hierover tevreden. Toch zegt ongeveer een kwart van de gespreksvoerders dat hun kennis van melders met een psychische aandoening, met psychogeriatrische problemen (waaronder dementie) en melders met multiprobleemsituaties, zoals daklozen en ernstig verslaafden, onvoldoende is. Ongeveer een kwart van de Wmo-melders is ontevreden over de deskundigheid van degenen met wie het gesprek plaatsvond. Ook vinden gespreksvoerders het soms moeilijk om 'de vraag achter de vraag' helder te krijgen en om bij het zoeken naar een oplossing rekening te houden met (potentiële) mantelzorgers en met de financiële situatie van melders. Over het algemeen voldoet het gemeentelijk onderzoek naar aanleiding van een Wmo-melding aan de procedurele eisen die de wetgever daaraan heeft gesteld.

Wijkverpleegkundigen zijn van mening dat zij doelgerichter kunnen indiceren dan medewerkers van het ciz voorheen deden, ook omdat zij vaker bij cliënten thuis komen.

5.3.1.2 Toegang tot Wlz-zorg

Kunnen en komen mensen met een blijvende, zware zorgbehoefte terecht bij het ciz en het zorgkantoor? Hoe gaan deze met de zorgvraag om en hoe ervaren alle betrokkenen dit?

Het deel dat onbedoeld niet bij de Wlz terecht komt, is onbekend

In 2017 heeft het ciz 111.035 Wlz-aanvragen ontvangen. Veel mensen weten het ciz dus te vinden. In hoeverre er mensen zijn die blijvend 24 uurszorg in de nabijheid dan wel per-

manent toezicht nodig hebben, maar niet bij het ciz terecht komen om zorg aan te vragen, is onbekend. Gegevens zijn alleen beschikbaar over degenen die zich wel melden. Er zijn wel signalen van bijvoorbeeld huisartsen, hun praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen alsook van medewerkers van spoedeisende hulp-afdelingen van ziekenhuizen dat de zorgvraag van thuiswonende cliënten voor een deel van de groep veel complexer is geworden en meer tijd kost. Het is niet bekend in welke omvang en ernst dit voorkomt en of een deel van deze mensen misschien een beroep op de Wlz zou kunnen doen. Een aanzienlijk deel van degenen op de Wlz-wachlijst, onder wie veel ‘niet-actief wachtenden’ en hun mantelzorgers, zegt dat het thuis eigenlijk niet meer gaat. Dit is een inschatting die mensen zelf maken. Enkele motieven die aanvragers van Wlz-zorg noemen voor hun aanvraag zijn: ‘behoefte aan meer professionele zorg’, ‘partner is al heel zwaar belast en kan niet meer zorg geven’ en ‘verslechtering van de gezondheid’. Of er in al deze gevallen sprake is van een (te) laat beroep op Wlz-zorg is niet te zeggen.

Groepen die niet of moeilijk toegang krijgen tot de Wlz

Ongeveer 13% van de aanvragers van Wlz-zorg – indieners van een eerste aanvraag – over wie een besluit is genomen, heeft in de periode 2015 tot en met januari 2017 een afwijzing gekregen. Onder hen bevinden zich vier groepen die volgens toegangsmedewerkers van het ciz niet of moeilijk toegang tot de Wlz krijgen, omdat ze niet aan de toegangscriteria voldoen, terwijl ze soms ook niet thuis kunnen blijven wonen: kwetsbare ouderen met beperkingen die cognitief geen beperkingen hebben, kinderen, jongeren met een (licht) verstandelijke beperking, volwassenen die intensieve zorg behoeven maar wel in staat zijn zelf zorg te regisseren, en mensen met psychische aandoeningen. Het is niet bekend in hoeverre zij zich (toch) voldoende kunnen redden, eventueel met informele of particuliere hulp, ondersteuning vanuit de gemeente en/of zorg van de wijkverpleging. Uit een studie naar de toegang tot de Wlz blijkt dat een aantal groepen vaker wordt afgewezen dan andere. Het gaat dan onder meer om kinderen, mensen met een licht verstandelijke beperking en mensen met een lichamelijke beperking die cognitief goed functioneren. Het percentage dat een afwijzing krijgt, varieert naar leeftijdsgroep. Degenen met een negatieve indicatie zijn naar eigen zeggen vaker door hun gemeente – die ook niet altijd weet wanneer iemand in aanmerking komt voor Wlz-zorg – geadviseerd om een indicatie aan te vragen en missen vaker informatie over de criteria voor Wlz-zorg dan degenen met een positieve indicatie. Ook vinden ze het aanvragen vaker heel moeilijk.

Informatie over de Wlz is voor veel cliënten niet begrijpelijk of vindbaar

De onderzochte aanvragers van Wlz-zorg beoordelen de duidelijkheid, vindbaarheid en volledigheid van de beschikbare informatie verschillend. Ongeveer een derde deel is positief, een groot deel is neutraal en een vierde tot een vijfde deel vindt de informatie moeilijk te vinden, onduidelijk en/of onvolledig. Het merendeel krijgt informatie over de Wlz en hoe een aanvraag te doen van zorgverleners of van partner/familie/vrienden. Andere bronnen zoals het ciz en internet/krant/radio/televisie worden door een klein deel genoemd.

Volgens de professionals in de toegang (medewerkers van ciz en zorgkantoren) missen aanvragers informatie, zoals over de financiële gevolgen van een keuze, het bestaan van onafhankelijke cliëntondersteuning en de inhoud van een indicatie (zorgprofiel). Ze wijzen erop dat veel informatie alleen online beschikbaar is en daardoor voor sommige groepen, die geen of weinig toegang tot internet hebben (zoals ouderen en mensen met een (licht) verstandelijke beperking) moeilijk of niet te vinden is. Zij constateren dat de toegang tot de langdurig intensieve zorg complex is, niet alleen voor potentiële gebruikers, maar ook voor andere stakeholders zoals gemeenten en zorgverzekeraars. In de praktijk blijken cliënten hulp te krijgen bij het indienen van een aanvraag bij het ciz van bijvoorbeeld een transferverpleegkundige in het ziekenhuis, een zorgaanbieder of een wijkverpleegkundige. Onbekend is in welke omvang dat gebeurt. Huisartsen spelen vaak geen rol bij het indienen van een aanvraag. Wel worden ze af en toe door het ciz om advies of informatie gevraagd met betrekking tot de indicatiestelling.

Zorgvragers zijn overwegend tevreden over het persoonlijk contact met het ciz en zorgkantoor; professionals hebben gemengde ervaringen met de toegangsprocedure

Het merendeel van de aanvragers van een Wlz-indicatie was (heel) tevreden over de tijd die ciz-medewerkers voor hen uittrokken om hun aanvraag te bespreken. Hetzelfde geldt voor de manier waarop het gesprek door het ciz werd gevoerd. De meeste zorgvragers zijn niet bekend met de mogelijkheid van onafhankelijke cliëntondersteuning. Slechts een klein deel van de zorgvragers (circa 10%) zegt door een cliëntondersteuner geadviseerd of geïnformeerd te zijn over het aanvragen van langdurige zorg.

Het merendeel van de onderzochte zorgvragers wist al tijdens het aanvraagproces dat ze zorg in natura wilden en ook van welke zorginstelling ze die wilden ontvangen. De klantadviseur van het zorgkantoor heeft alleen contact met mensen die nog niet weten hoe ze hun zorgindicatie willen invullen (4% van de zorgvragers), met mensen die de zorg geheel of gedeeltelijk thuis willen ontvangen (ruim een op drie zorgvragers) en met mensen die een pgb willen (deze groep overlapt deels met de vorige). Over het algemeen is ruim de helft van degenen die contact hebben gehad met het zorgkantoor daarover tevreden. ciz-medewerkers menen over het algemeen dat de beleidsregels voldoende houvast bieden bij het nemen van indicatiebesluiten. Toch vindt bijna de helft dat de beleidsregels soms (44%) of vaak (4%) onvoldoende houvast bieden. Dat is het geval bij ouderen die weinig cognitieve beperkingen hebben (wel fysieke), voor kinderen, jongeren en jongvolwassenen en voor mensen met zowel psychiatrische problematiek als verstandelijke beperkingen. ciz-medewerkers denken verschillend over hoe duidelijk de afbakening van de wettelijke domeinen is. De meesten (bijna zes op de tien) vonden de afbakening 'soms helder'.

Mensen met psychische problematiek zijn nog onzeker over de opnamegrondslag in de Wlz

Bij het ingaan van de Wlz is besloten om psychiatrische problematiek niet als grondslag voor toelating tot de Wlz-zorg op te nemen. Mensen die geestelijke gezondheidszorg (ggz)

nodig hebben, hebben die vanaf 2015 onder de Zvw gekregen. Op 1 januari 2018 zou een besluit worden genomen over toelating van deze groep cliënten tot de Wlz, maar dit besluit is opgeschort. Mensen die momenteel wel ggz-zorg ontvangen en onder de Wlz vallen, zijn toegelaten omdat ze op 31 december 2014 drie jaar of langer vanwege behandeling in een ggz-instelling verbleven. Sindsdien zijn alleen mensen tot de Wlz toegelaten als ze ook een andere aandoening of beperking hebben, zoals een verstandelijke beperking of dementie.

5.3.1.3 Juridische ontwikkelingen

Wat zijn de juridische ontwikkelingen rond besluiten van de gemeenten op aanvragen voor maatwerkvoorzieningen?

Relatief weinig klachten en bezwaarschriften

Hoewel een kwart van de Wmo-melders in 2016 ontevreden was met de uitkomst die uit het gemeentelijk onderzoek kwam, is het aantal klachten en bezwaarschriften dat werd ingediend relatief klein; de meeste mensen weten niet goed waar men hiervoor terecht kan. Van Wmo-melders die op een aanvraag een afwijzing kregen, diende in 2016 een op de tien een bezwaarschrift in. Op basis van wat beleidscoördinatoren van gemeenten noemden, ging het in 2016 om 1,2 bezwaarschriften per 100 afgegeven beschikkingen (gebaseerd op gegevens van 130 gemeenten). Dat is ongeveer hetzelfde aandeel als in de Wmo-evaluatie 2010-2012. Over 2015 was er wel een piek te zien in het aantal bezwaarschriften: 2,2 per 100 beschikkingen. Dit verschil komt waarschijnlijk doordat 2015 een overgangsjaar was met versoberde herindicaties voor bijvoorbeeld hulp bij het huishouden.

Richtinggevende jurisprudentie Wmo 2015

In de periode 2015 tot heden zijn er enkele honderden uitspraken gedaan over de Wmo van 2007 en een honderdtal over de Wmo 2015. De meest richtinggevende uitspraken van de Centrale Raad van Beroep (CRvB) gaan over mantelzorg en over hulp bij het huishouden.

Bij mantelzorg komt uit de uitspraken dat mantelzorg vrijwillig is en dus niet afgedwongen kan worden. Omdat mantelzorg per definitie 'om niet' is, kan in een situatie dat een potentiële mantelzorger weigert zonder vergoeding uit een persoonsgebonden budget (pgb) de hulp te verlenen niet worden gesproken van mantelzorg. De gemeente heeft dan niet meer de mogelijkheid om het pgb stop te zetten vanwege de aanwezigheid van mantelzorg. Van ontvangers van een pgb kan worden verwacht dat met inzet van het pgb bepaalde resultaten worden bereikt.

Over gebruikelijke hulp is geoordeeld dat gemeenten goed moeten onderbouwen welke hulp van huisgenoten ze 'gebruikelijk' vinden.

Over hulp bij het huishouden is een reeks uitspraken gedaan waaruit het volgende kan worden geconcludeerd:

- Noch in de tekst van de Wmo 2015, noch in de parlementaire behandeling is enige aanwijzing te vinden dat hulp bij het huishouden niet meer onder de reikwijdte van de Wmo 2015 zou vallen.
- Hulp bij het huishouden mag in de vorm van een algemene voorziening worden verstrekt, mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Zo moeten de kosten daarvan in de gemeentelijke verordening staan, moet de gemeente contracten hebben met de aanbieders van algemene voorzieningen, moet de gemeente onderzoeken of de algemene voorziening tot het gewenste resultaat leidt en of de algemene voorziening voor de betrokkene financieel passend is.
- Nieuwe normen om het aantal uren hulp te bepalen zijn toegestaan, maar moeten met objectief onderzoek onderbouwd zijn. Bovendien moet duidelijk zijn dat met de uit de normen voortvloeiende tijd het te bereiken resultaat voor de cliënten kan worden behaald.
- Het toekennen van ondersteuning in resultaatgebieden (bv. een schoon en leefbaar huis), door gemeenten ook wel resultaatgericht indiceren genoemd, moet gebaseerd zijn op een duidelijke en objectief vastgestelde maatstaf.

In het kader van de Wlz en de Zvw worden ook oordelen gegeven door niet-rechterlijke instanties, zoals het Zorginstituut Nederland en de Geschillencommissie zorgverzekering. In aanvulling op de jurisprudentie over de Wmo 2015 hebben we ook naar deze oordelen gekeken. De belangrijkste resultaten van die analyse zijn opgenomen in de hoofdstukken 7 en 8 van dit rapport.

5.3.2 Ervaringen met formele en informele hulp

Welke hulp krijgen mensen met een hulpvraag en hoe ervaren alle betrokkenen deze hulp? Is er sprake van voldoende afstemming tussen alle betrokkenen? Sluit de beschikbare hulp aan op de behoeften van zowel cliënten als mantelzorgers?

5.3.2.1 Ervaringen met maatschappelijke ondersteuning

De meeste mensen die zich melden voor maatschappelijke ondersteuning ontvangen een maatwerkvoorziening

Het gemeentelijk aanbod is divers en bestaat uit algemene voorzieningen die men zonder gemeentelijk onderzoek kan gebruiken, en maatwerkvoorzieningen, die alleen na zo'n onderzoek kunnen worden verstrekt. Van degenen in onze studie die zich eind 2015 voor ondersteuning bij hun gemeente meldden, ontvingen ruim acht op de tien alleen een maatwerkvoorziening als uitkomst van het gemeentelijk onderzoek. Ongeveer een op de tien melders had als uitkomst de suggestie voor het zelf kopen van ondersteuning of het vragen van (meer) hulp aan familie, vrienden of vrijwilligers. Krap een tiende kreeg een combinatie van een maatwerkvoorziening en een dergelijke suggestie. Een verwijzing

naar algemene voorzieningen, of naar verpleging of verzorging, kwam aanzienlijk minder vaak voor (beide ongeveer een op de vijfentwintig).

Het aantal unieke gebruikers van Wmo-maatwerkvoorzieningen bedroeg in 2016 naar schatting ruim 1 miljoen mensen. In dat jaar waren er 700.000 gebruikers van woon- en vervoersvoorzieningen en hulpmiddelen, ruim 400.000 van huishoudelijke hulp en ongeveer 250.000 van begeleiding, dagbesteding en overige individuele en groepsgerichte ondersteuning, en ongeveer 35.000 van verblijf en opvang. Huishoudelijke hulp en hulpmiddelen en diensten worden vooral door ouderen gebruikt. Wmo-cliënten kunnen gebruikmaken van meerdere Wmo-maatwerkvoorzieningen en daarnaast (of alleen) van algemene Wmo-voorzieningen.

Of er een verschuiving plaatsvindt in het gebruik van zwaardere (individuele, specialistische) naar lichtere (algemene of collectieve) vormen van ondersteuning is moeilijk te zeggen. Een meerderheid van de geënquêteerde gemeentelijke beleidsmedewerkers signaleert dat meer lichtere voorzieningen worden gebruikt dan voor de HLZ. Het gebruik van zwaardere voorzieningen neemt echter niet op grote schaal af.

Het totaal aantal cliënten van de maatschappelijke opvang in 2016 wordt geschat op ten minste 60.000 cliënten en dat aantal lijkt de laatste jaren stabiel. Het is niet duidelijk hoeveel van hen een verblijfsplek hebben of alleen ambulante hulp krijgen. Het aantal cliënten van beschermd wonen neemt sinds 2013 in lichte mate af, maar het aandeel cliënten met een relatief zware indicatie is gegroeid.

Er is niet altijd coördinatie tussen zorgverleners onderling en soms zijn er afstemmingsproblemen

Van de Wmo-melders die meerdere hulp- of zorgverleners hebben (soms uit verschillende wetten), zegt ongeveer een op de twaalf aan dat er soms of regelmatig sprake was van afstemmingsproblemen tussen hulp-/zorgverleners. Meestal wordt de hulp wel gecoördineerd, maar in een derde van de gevallen niet. Als er wel coördinatie is, dan komt die meestal van de melder zelf of van zijn/haar mantelzorger, maar zelden van de gemeente. Dit beeld vindt weerklank in de inschatting die de gespreksvoerders maken.

Het belang van goede afstemming en het aanwijzen van een coördinator of regisseur wordt onderstreept door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). Dit is des te meer van belang bij zelfstandig wonende mensen met meervoudige, complexe zorgbehoeften die niet zelf de regie kunnen voeren.

Een derde van de cliënten van de maatschappelijke opvang is van mening dat de hulp niet goed op elkaar is afgestemd. Onbekend is of en in hoeverre cliënten van beschermd wonen voldoende afstemming ervaren in het aanbod aan ondersteuning op meerdere leefgebieden.

Twee op de drie melders zijn tevreden over de oplossing, mantelzorgers zijn kritischer

Twee derde van de mensen die zich met een ondersteuningsbehoefte bij hun gemeente melden en hierover een gesprek voeren, zijn tevreden over de oplossing die daaruit voortkomt. Zij zijn hierover (heel) tevreden omdat de ondersteuning hun probleem oplost, hen weer zelfstandiger maakt of hun mantelzorgers ontlast. Mantelzorgers zijn kritischer: de helft is (heel) tevreden over de oplossing voor de melder en twee op de tien (heel) ontevreden. Hun onvrede heeft vaak te maken met het aantal toegekende uren hulp voor hun naaste. Andere redenen voor onvrede zijn dat de gespreksvoerder niet goed heeft geluisterd of dat de oplossing onvoldoende maatwerk is.

In veel gevallen wordt niet geïnformeerd naar de belasting van de mantelzorger en wordt niet gesproken over zijn/haar eventuele ondersteuningsbehoefte. In bijna vier op de tien gesprekken komt de belasting van de mantelzorger niet aan bod en in vier à vijf op de tien gesprekken komt hun ondersteuningsbehoefte niet aan bod (bij de rest wel of men wist het niet meer). Een meerderheid van de Wmo-gespreksvoerders van de gemeente vindt dat het bij de meeste melders goed lukt om een passende oplossing te vinden. Gespreksvoerders zijn hierover vaker positief dan melders en mantelzorgers.

De meeste melders die naar aanleiding van hun melding een maatwerkvoorziening krijgen, zijn tevreden over de kwaliteit ervan.

Positieve en kritische geluiden over maatschappelijke opvang en beschermd wonen

Ruim twee derde van de mensen in de maatschappelijke opvang is positief is over de leefomstandigheden in de opvangvoorziening. Een derde vindt dat ze de hulp niet zo snel krijgen als zij nodig hebben. Een zelfde aandeel vindt dat medewerkers te weinig bespreken of de hulp nog passend is, niet voldoende informatie geven en dat de hulp niet goed op elkaar is afgestemd. Al met al is twee derde van de cliënten positief over het resultaat van de hulp en een derde negatief. Mensen met ernstige psychische aandoeningen, onder wie cliënten van beschermd wonen, zijn in 2016 minder tevreden over de ontvangen hulp dan in 2015. De cliënten die ontevreden zijn over de ondersteuning, wijzen op de negatieve gevolgen voor hun persoonlijk leven. De nadruk op zelfredzaamheid en eigen regie maakt dat ze het gevoel krijgen dat hun hulpvraag 'er niet mag zijn'. Ook het mengen van doelgroepen bij algemene voorzieningen voor dagbesteding pakt niet voor alle cliënten goed uit.

5.3.2.2 Ervaringen met wijkverpleging

Toenemend gebruik wijkverpleging en meer complexe zorgvragen

Mensen kunnen verpleging, persoonlijke verzorging of een combinatie van beide krijgen als een wijkverpleegkundige vindt dat ze hiervoor in aanmerking komen. De wijkverpleegkundige fungeert als spil: hij/zij moet samen met de individuele cliënt en zijn/haar sociale netwerk bepalen welke zorg nodig is. Het aantal uren wijkverpleging onder de Zvw (verpleging en verzorging samen) is tussen 2015 en 2016 met een kleine 2000 uur gestegen. Verplegenden en verzorgenden constateren een toename van de werkdruk sinds

de HLZ, door de toename van het aantal zelfstandig wonende cliënten met complexe problematiek. Ook huisartsen en praktijkondersteuners van huisartsen hebben deze ervaring.

Cliënten zijn vaak tevreden over de zorg en de afstemming tussen zorgverleners

De meeste (negen op de tien) cliënten van de wijkverpleging zeggen dat de zorg die ze ontvangen overeenkomt met wat in het indicatiegesprek met hen is afgesproken, bijna een op de tien weet het niet (meer) en een nog kleiner deel rapporteert expliciet dat ze niet de zorg krijgen die met hen is afgesproken. Bijna twee derde vindt dat ze altijd wijkverpleging krijgen op de momenten dat ze het nodig hebben, een derde dat dit meestal het geval is en een enkeling zegt zelden of nooit zorg te krijgen op de momenten dat het nodig is.

De samenwerking van de zorgprofessionals van de wijkverpleging met andere zorgverleners ervaart ruim de helft van de cliënten als goed; 13% beoordeelt deze samenwerking als redelijk en 3% als slecht. Ruim een kwart weet het niet. Zij hebben hier mogelijk weinig zicht op, maar hebben kennelijk ook geen grote knelpunten of lacunes ervaren.

5.3.2.3 Ervaringen met Wlz-zorg thuis

Mensen die in aanmerking komen voor Wlz-zorg, kunnen deze zorg in bepaalde gevallen thuis krijgen. Dit kan dan in de vorm van een Volledig Pakket Thuis (vPT), een persoonsgebonden budget (pgb), of een Modulair Pakket Thuis (mPT).

Een op de vijf Wlz-cliënten ontvangt zorg thuis

Eind 2017 waren er bijna 60.000 mensen die Wlz-zorg thuis gebruikten; zij vormen bijna een vijfde van alle Wlz-cliënten. Vijf op de tien daarvan ontvangen een pgb, drie op de tien gebruiken een mPT en bijna twee op de tien cliënten krijgen een vPT. Vooral GHZ-cliënten maken gebruik van een pgb of een mPT. De thuisleveringsvormen vPT, mPT en pgb worden meestal gekozen omdat men het wonen in de vertrouwde woning en met partner/gezin belangrijk vindt. In een Wlz-thuissituatie wordt bijna altijd (veel) mantelzorg gegeven, in aanvulling op Wlz-zorg.

De kwaliteit van deze zorg zit volgens cliënten en professionals vooral in de combinatie van het zelfstandig zijn en de vrijheid hebben om dingen te bepalen en tegelijkertijd het veilige en rustige gevoel dat hulp nabij is indien nodig.

Soms is er onvoldoende afstemming tussen zorgprofessionals

Vooral bij complexe, meervoudige zorg is afstemming tussen verschillende zorgprofessionals van groot belang voor de kwaliteit van de (Wlz-)zorg thuis (zie § 5.3.2.1). In de huidige situatie is de coördinatie- of regiefunctie onvoldoende en niet altijd goed belegd. Ook zijn er problemen met het gezamenlijk gebruik van een zorgdossier.

Wlz-zorg thuis is niet in alle gevallen mogelijk

Er zijn zowel positieve als negatieve ervaringen met de Wlz-zorg thuis. Cliënten die thuis zorg krijgen, zijn positief over het feit dat ze meer zelf dingen kunnen bepalen dan wanneer ze in een zorginstelling wonen. Wlz-zorg thuis leent zich minder goed voor bepaalde groepen zoals alleenwonende cliënten met dementie, omdat 24 uur nabijheid van zorg en permanent toezicht niet altijd kunnen worden gegarandeerd. Dan kunnen onveilige situaties ontstaan.

Er zijn signalen dat de overgang van de zorg en ondersteuning op basis van de Wmo 2015 en de Zvw naar de Wlz-zorg soms als ongunstig wordt ervaren door cliënten die thuis Wlz-zorg krijgen. Deze zogeheten ‘zorgval’ doet zich voor wanneer de zorg die een Wlz-geïndiceerde cliënt ontvangt wat betreft volume minder is (dit heeft te maken met de doelmatigheidseis: Wlz-zorg thuis is gemaximeerd tot de hoeveelheid zorg die men in een instelling zou ontvangen), terwijl men daarvoor meer eigen bijdrage moet betalen (voor de wijkverpleging vanuit de Zvw betaalt men geen eigen bijdrage, voor de Wlz-zorg wel). Voor bepaalde groepen, zoals palliatief terminale cliënten, mogen de maximaal toelaatbare kosten worden verhoogd met 25%. Door deze situatie kunnen ook Wlz-cliënten die langdurig op de wachtlijst staan voor zorg in een instelling te maken krijgen met minder zorg en ondersteuning dan in de oude situatie, terwijl de oude situatie aanleiding gaf om een Wlz-indicatie aan te vragen.

5.3.2.4 Ervaringen met Wlz-zorg in een instelling

Hoe geven instellingen in de verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg vorm aan ten eerste meer uitgebreide cliëntondersteuning, ten tweede de zorgplanbesprekingen nieuwe stijl en ten derde de inzet van informele hulp? En hoe ervaren cliënten, hun sociale netwerk, vrijwilligers en professionals dit?

Zorgplanbespreking is een gangbare praktijk

Met de invoering van de Wlz zijn de eisen aan de zorgplanbespreking aangescherpt. Zo moet het zorgplan binnen zes weken na aanvang van de zorgverlening worden besproken en daarna minimaal twee keer per jaar. Ook dient de cliënt betrokken te zijn bij de bespreking van het persoonlijk zorgplan en schrijft de Wlz voor welke onderwerpen besproken moeten worden. Het doel van een zorgplanbespreking is om cliënten meer zeggenschap over hun eigen leven te geven.

Zorgaanbieders in de sectoren v&v, GHZ en ggz hebben meer dan voorheen oog voor de zorgplanbesprekingen, wat een al langer lopende ontwikkeling is. De cliënt en het sociaal netwerk worden waar mogelijk bij de zorgplanbespreking betrokken. Cliënten zien de zorgplanbespreking voornamelijk als een moment waarop er naar hen wordt geluisterd, maar zien weinig verschil tussen een zorgplanbespreking en reguliere contacten met zorgprofessionals als het gaat om het bespreken van hun wensen en behoeften. Managers zeggen dat er op hun zorglocatie veel ruimte is voor inbreng van cliënten tijdens de zorgplanbespreking en dat dit sinds 1 januari 2015 is toegenomen.

De zorgplannen en de bespreking worden volgens zorgprofessionals nog niet volledig uitgevoerd zoals de Wlz beoogt. De gespreksonderwerpen die de Wlz noemt, komen niet bij iedere cliënt aan bod en niet bij alle zorgaanbieders vindt de zorgplanbespreking tweemaal per jaar plaats. Zorgprofessionals wijzen op praktische problemen: het zorgplan is niet voor alle cliënten toegankelijk, het is soms lastig om met een cliënt over zijn/haar behoeften en wensen te praten vanwege zijn/haar problematiek, en binnen zes weken na opname een zorgplan opstellen is niet altijd haalbaar. Ook cliënten en mantelzorgers ervaren dat het zorgplan niet altijd toegankelijk en leesbaar is.

Een op de tien verpleeghuisbewoners die zelf aan een enquête kunnen meedoen, zegt niet op de hoogte te zijn van de gemaakte afspraken in het zorgplan. Van degenen die de afspraken wel kennen, zegt een kwart dat men nooit kan meebeslissen over welke hulp op welk tijdstip wordt gegeven.

In de ggz wordt gewezen op het beter laten aansluiten van de zorgplannen bij het tempo dat de cliënt aankan. Om de essentie voor de cliënt inzichtelijk te krijgen, moet tijdens de zorgplanbespreking goed worden doorgevraagd. Deze zorg op maat kost volgens zorgprofessionals tijd en inspanning. Zij ervaren dat ze deze tijd niet beschikbaar hebben door toenemende complexiteit van problematiek en afname van het personeelsbestand.

Onafhankelijke cliëntondersteuning is nog grotendeels onbekend

Het merendeel van de zorgprofessionals, cliënten en mantelzorgers die deelnamen aan de onderzoeken in de sectoren v&v, GHZ en ggz waren nog niet of weinig bekend met de term en functie van onafhankelijke cliëntondersteuning. Managers waren dat vaak al wel. Zorgaanbieders voorzien vaak zelf in manieren om cliënten te ondersteunen. Dat deze diensten niet onafhankelijk zijn, levert volgens het merendeel van de zorgprofessionals geen problemen op voor de cliënt. Ze wijzen er ook op dat een cliëntondersteuner mogelijk geen vertrouwensband met een cliënt heeft. Er wordt verschillend over gedacht of dat een nadeel of juist een voordeel kan zijn. Zorgprofessionals en het sociaal netwerk vinden dat er meer aandacht moet zijn voor cliëntondersteuning en dat meer informatie over onafhankelijke cliëntondersteuning beschikbaar moet worden gesteld.

Het sociale netwerk laat zich niet altijd inschakelen

Zorgaanbieders doen meer moeite om het sociale netwerk bij de zorg te betrekken; een ontwikkeling die al ruim voor de invoering van de Wlz is ingezet. Dit kan lastig zijn omdat dit, zeker bij mantelzorgers van mensen die al lang in een instelling verblijven, een omslag vraagt. Ook kunnen familieleden op leeftijd en zorgbehoevend zijn, overbelast zijn, weinig tijd hebben of ver weg wonen. Vooral in de ggz is er vaak sprake van een beperkt sociaal netwerk door gebrekkige familiecontacten.

Overbelasting van de mantelzorger is een knelpunt als het gaat om de vraag of de inbreng van het netwerk kan worden vergroot. Vooral omdat de familie langer en intensiever voor cliënten zorgt doordat deze langer thuis woont en de zorgzwaarte toeneemt, neemt de belasting toe, aldus zorgprofessionals. Vergroten van de inzet van familie is daardoor niet

altijd haalbaar. In de v&v signaleren de managers in dit onderzoek vaker overbelasting bij familie dan in de GHZ.

Vrijwilligers werven is lastig

In alle drie de zorgsectoren is veel aandacht voor het meer betrekken van vrijwilligers. Wel zijn organisaties (zeker in de ggz) nog zoekend hoe ze dit goed kunnen aanpakken. Ruim een derde deel van de managers in de sectoren v&v en GHZ ziet een lichte toename van het aantal vrijwilligers dat betrokken is. Tegelijkertijd is het nog moeilijk om voldoende vrijwilligers te vinden en geeft slechts een derde deel van de managers in de v&v en GHZ aan dat ze voldoende vrijwilligers hebben. Ook in de langdurige ggz wordt het werven en behouden van vrijwilligers als lastig ervaren, omdat cliënten complexe problematiek hebben en niet altijd dankbaarheid tonen. Hierdoor haken vrijwilligers, die met veel moeite zijn geworven, snel weer af.

In de v&v zijn gemiddeld meer actieve vrijwilligers per cliënt dan in de GHZ. Taken van vrijwilligers zijn vooral gericht op welzijnsactiviteiten, activiteitenbegeleiding en praktische ondersteuning. Vrijwilligers lijken steeds meer taken over te nemen van professionals, vooral op welzijnsgebied. Of dat betekent dat instellingen die niet over voldoende vrijwilligers beschikken minder aandacht aan welzijn kunnen besteden, is hier niet uit af te leiden. Slechts een vijfde deel van de managers herkent dat vrijwilligers een ander takenpakket hebben gekregen dan voorheen.

5.3.2.5 Ervaringen met informele hulp

Welke ontwikkelingen doen zich voor in het geven van informele hulp?

De overheid verwacht dat mensen meer voor elkaar gaan zorgen. Tegelijkertijd wil de wetgever mantelzorgers en vrijwilligers behoeden voor overbelasting. De regering zet daarom ook in op de ondersteuning van informele helpers en op het beter verbinden van informele en formele ondersteuning en zorg. In deze paragraaf gaan we vooral in op dat laatste. Verschuivingen in de omvang en de bereidheid om te helpen komen aan de orde in paragraaf 5.4.2.1.

Belasting van mantelzorgers en vrijwilligers is stabiel, maar neemt toe bij subgroepen

Bijna een op de tien mantelzorgers voelt zich zwaarbelast door de zorg die men geeft. Dat is in 2016 niet anders dan in 2014. Vooral mantelzorgers die intensief helpen, hun partner helpen, iemand met een terminale ziekte of een psychisch probleem helpen of helpen omdat er geen alternatieven zijn, voelen zich relatief vaak zwaarbelast. Overbelasting van mantelzorgers vormt een risico voor het 'ontsporen' van de zorg. Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat het aandeel zwaarbelaste mantelzorgers voor mensen met dementie toenam van 10% in 2011 tot 16% in 2016. Ook professionals geven signalen af dat er groepen zijn die zwaarbelast zijn en dat de belasting mogelijk toeneemt. Het gaat dan vooral om mantelzorgers die zorgen voor mensen met een zware hulpbehoefte die thuis

blijven wonen, waar ze voorheen misschien zouden worden opgenomen. Harde cijfers ontbreken echter. Gemeenten zeggen oog te hebben voor de belasting van mantelzorgers. Gespreksvoerders van de gemeenten geven aan dat ze de belastbaarheid van mantelzorgers 'regelmatig' tot 'vaak' in beeld krijgen tijdens ondersteuningsgesprekken met Wmo-melders. Maar ruim een derde deel van de mantelzorgers van Wmo-melders zegt dat de gemeente niet weet dat ze mantelzorger zijn.

Ook vrijwilligers kunnen hun taak zwaar vinden. Dat hangt onder meer samen met het type activiteiten en het type beperkingen van de hulpontvangers. Er lijkt steeds meer van vrijwilligers te worden gevraagd. Gemeenten wijzen erop dat een meer diverse groep mensen vrijwilligerswerk is gaan doen en dat een aanzienlijk deel van die vrijwilligers zelf ondersteuning nodig heeft.

Mantelzorgers zijn vaak tevreden over afstemming met professionals, maar professionals hebben weinig oog voor mantelzorg

Een op de acht mantelzorgers helpt de hulpbehoevende als enige. Een deel van de mantelzorgers helpt samen met andere mantelzorgers in een informeel hulpnetwerk en anderen helpen samen met professionals. Ten opzichte van 2014 is het aandeel dat samen met professionals hulp biedt afgenomen. Onduidelijk is of dat betekent dat er minder professionele hulp wordt gegeven of dat de beroepskrachten zich meer toespitsen op die situaties waar geen mantelzorg aanwezig is. Mantelzorgers zijn vaak tevreden over de samenwerking met professionals en de manier waarop ze de zorg kunnen afstemmen. Wel vindt de helft dat professionals niet voldoende oog voor hen hebben. Mantelzorgers van Wmo-melders zijn in meerderheid tevreden over de afstemming met professionals (van de Wmo 2015 of wijkverpleging); een op de acht is daarover niet tevreden.

Ondersteuning van mantelzorgers kan beter

Een op de zes mantelzorgers zegt bepaalde vaardigheden te missen en een op de vijf vindt dat kennis ontbreekt. Het gaat dan bijvoorbeeld om kennis of vaardigheden over hoe met de hulpbehoevende om te gaan of meer praktische kennis over de ziekte. Vooral mensen die iemand helpen met dementie, een verstandelijke beperking, terminale ziekte of een psychisch probleem hebben behoefte aan kennis en vaardigheden. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat het vergroten van competenties en het ondersteunen van informele helpers overbelasting helpt te verminderen of zelfs voorkomen.

Gemeenten bieden allerlei vormen van ondersteuning, zoals informatie, lotgenotencontact of respijtzorg om de mantelzorger tijdelijk te ontlasten. Een op de vier helpers gebruikt zo'n vorm van ondersteuning. Dat is niet veranderd ten opzichte van 2014. Een op de tien mantelzorgers heeft behoefte aan (meer) respijtzorg. Redenen om deze niet te hebben is dat de hulpbehoevende het niet wil, maar ook onvoldoende capaciteit of dat men het te duur vindt. Mantelzorgers die baat kunnen hebben bij ondersteuning gebruiken die vaak niet, terwijl er wel een aanbod is. Dat kan erop wijzen dat het aanbod niet aansluit op de vraag, dat mantelzorgers het aanbod niet kennen of dat mantelzorgers hun

vraag om ondersteuning uitstellen, bijvoorbeeld door vraagverlegenheid. Ongeveer drie op de tien mantelzorgers is niet op de hoogte van de mogelijkheden.

S.4 De doelen van de HLZ

S.4.1 Doelen voor (potentiële) gebruikers

In hoeverre worden de doelen van de Hervorming Langdurige Zorg en de betreffende wetten en maatregelen behaald voor (potentiële) gebruikers?

De wetgever wil voor mensen met lichamelijke, zintuiglijke, verstandelijke en/of psychische beperkingen of met psychosociale problemen een aantal doelen bereiken die hun dagelijks leven heel direct raken. Hierna bespreken we hoe het hiermee staat. In hoeverre de stand van zaken in verband lijkt te staan met de HLZ komt aan de orde in paragraaf S.5.

S.4.1.1 Zelfstandig wonen

Mensen met beperkingen wonen langer zelfstandig

De HLZ is er onder meer op gericht dat mensen met beperkingen zo lang mogelijk zelfstandig wonen, in hun eigen huis. Dit doel lijkt vooral van toepassing op ouderen. Voor mensen met een verstandelijke beperking kan ondersteuning juist tot doel hebben om zelfstandig(er) te gaan wonen, vanuit het ouderlijk huis. En voor mensen met psychische problemen kan het gaan om terugkeer naar zelfstandig wonen, vanuit een ggz-instelling of een instelling voor beschermd wonen. Het blijkt dat ouderen inderdaad tot op steeds hogere leeftijd zelfstandig wonen, vooral degenen met een partner.

Diverse factoren dragen eraan bij dat mensen (langer) zelfstandig wonen. Factoren die zelfstandig wonen faciliteren, zijn onder andere het hebben van een vaste hulpverlener, nieuwe technologieën (zoals telesharing en domotica) en het hebben van een zinvolle dagbesteding. Dat laatste geeft structuur aan het leven en ontlast mantelzorgers. Ook betaalbare huurwoningen zijn belangrijk: een tekort daaraan in sommige gemeenten belemmert zelfstandig wonen, vooral onder mensen met een verstandelijke beperking of met psychische problemen. Wachtlijsten en de toegangscriteria voor opname in een instelling dragen hieraan bij, doordat sommige mensen die voorheen naar een instelling zouden zijn gegaan nu langer zelfstandig (moeten) blijven wonen. Het is niet duidelijk hoe het hun vergaat (zie ook § S.4.2.2). Semizelfstandige woonvormen en mantelzorgwoningen die voor sommige cliënten een oplossing zouden zijn, zijn er in ontwikkeling, maar nog niet op grote schaal beschikbaar.

5.4.1.2 Maatschappelijke participatie en redzaamheid van zelfstandig wonenden

Maatschappelijke participatie⁷ blijft beperkt

Meedoen in de samenleving is voor veel mensen met beperkingen niet vanzelfsprekend. Het is bekend dat mensen met een (ernstige) lichamelijke beperking minder vaak deelnemen aan allerlei vormen van maatschappelijke participatie en minder uithuizig zijn dan degenen zonder beperking. Ook verstandelijke en psychische beperkingen kunnen de deelname aan het maatschappelijk leven bemoeilijken. Wmo-melders blijken begin 2016 nog het meest te participeren in het (volwassenen)onderwijs en als mantelzorgers. Op gebied van arbeid (rekening houdend met leeftijd), vrijwilligerswerk en vrijetijdsactiviteiten lijken ze achter te blijven bij de algemene bevolking. Een derde deel van de Wmo-melders participeert op geen enkele van de zojuist genoemde manieren. Een kwart van de melders heeft het gevoel niet mee te tellen in de samenleving.

Binnen de totale groep mensen met een lichamelijke beperking is de totale participatie over de periode 2008-2016 niet toe- of afgenomen, maar bij mensen met een licht verstandelijke beperking is deze tussen 2012 en 2016 wel afgenomen, vooral de arbeidsdeelname. Melders met recent verkregen Wmo-ondersteuning (een Wmo-maatwerk- of algemene voorziening) en/of particuliere of informele hulp als de gemeente dat als oplossing aandroeg, geven hun participatiemogelijkheden het rapportcijfer 6,2. Dit is hoger dan het cijfer dat ze geven aan de participatiemogelijkheden die ze ervoeren vóór ontvangst van de laatst verkregen ondersteuning (5,5). De ondersteuning lijkt dus bij te dragen aan participatie, maar die bijdrage is beperkt.

Participatiemogelijkheden blijken positiever te worden ervaren naarmate de veerkracht groter is. Een negatieve relatie is er ook: met het vorderen van de leeftijd en het verslechteren van de gezondheid ervaart men een afname van de participatiemogelijkheden, ondanks de ondersteuning. Ouderdom, vermoeidheid, pijn of te veel beperkingen kunnen participatie op een gegeven moment onmogelijk maken en daar lijkt geen ondersteuning tegen opgewassen te zijn.

Redzaamheid⁸ neemt toe met zorg en ondersteuning, tot op zekere hoogte

Begin 2016 konden de meeste mensen met een beperking die een beroep deden op de Wmo 2015 zich niet zelfstandig redden. Met (formele en/of informele) zorg en ondersteuning lukte het de meesten wel, maar een tot drie op de tien Wmo-melders (variërend tussen deelterreinen van redzaamheid) ook dan niet.

Grofweg driekwart van de gebruikers van Wmo-maatwerkvoorzieningen,⁹ en van Wmo-melders die een Wmo-maatwerk- of algemene voorziening en/of particuliere of informele hulp krijgen, ervaart dat de geboden zorg en ondersteuning helpt bij hun redzaamheid. Toch is er nogal eens een resterende hulpbehoefte, zowel bij mensen mét als bij mensen zonder hulp via de gemeente. Gemiddeld beoordelen Wmo-melders mét recent verkregen ondersteuning (een Wmo-maatwerk- of algemene voorziening) en/of particuliere of informele hulp als de gemeente dat als oplossing aandroeg hun redzaamheid met een 6,7. Ook het traject voorafgaand aan de ondersteuning zelf bleek bij Wmo-melders een relatie

te hebben met redzaamheid. Zo rapporteren Wmo-melders die tevreden waren over de deskundigheid van de gespreksvoerder een hogere redzaamheid dan degenen die daarover ontevreden waren. Tussen 2015 en 2016 is de redzaamheid van gebruikers van Wmo-maatwerkvoorzieningen niet veranderd.

Van de cliënten van de wijkverpleging verwacht ruim twee derde zich minder goed te kunnen redden in het dagelijks leven en ruim een derde verwacht een achteruitgang in hun gezondheid wanneer er geen wijkverpleging zou zijn. Bijna drie op de tien cliënten geeft bovendien aan dat ze dan niet meer zelfstandig zouden kunnen wonen. Opvallend is bovendien dat maar weinig van deze cliënten denken zichzelf te kunnen redden door zelf de benodigde hulp te betalen (5%) of hun naasten meer in te schakelen (13%).

Voor mensen die met Wlz-zorg thuis wonen (met een vpr, mpt of pgb) is 'eigen regie naar vermogen' het hoofddoel van de wetgever en niet zozeer redzaamheid. Thuiswonenden met een behoefte aan 24 uurszorg in de nabijheid, die zorg vanuit de Wlz ontvangen, hebben behoorlijk wat eigen regie, vergeleken met Wlz-cliënten in instellingen. Voor (jonge) gehandicapten die bij hun ouders wonen, gaat dat niet altijd op; de sociale omgeving heeft immers de neiging de zorg en regie van cliënt over te nemen.

5.4.1.3 Eenzaamheid en ervaren kwaliteit van leven van zelfstandig wonenden

Kwaliteit van leven hangt samen met de andere Wmo-doelen redzaamheid, participatie en zo min mogelijk eenzaamheid. Omdat eenzaamheid momenteel sterk in de belangstelling staat, is het verband tussen kwaliteit van leven en eenzaamheid in deze evaluatie nader uitgelicht.

Eenzaamheid blijft een probleem

Van de Nederlandse bevolking vanaf 18 jaar voelt een derde deel zich matig eenzaam en een tiende deel voelt zich sterk eenzaam. Eenzaamheid is een probleem bij alle leeftijdsgroepen, maar binnen de groepen ouderen neemt het wel toe naarmate men ouder wordt.

Onder Wmo-melders en Wmo-gebruikers in 2016 waren bijna twee op de vijf mensen matig eenzaam en een op de vijf sterk eenzaam. Meestal ging het om een combinatie van emotionele en sociale eenzaamheid.¹⁰ Het aandeel emotioneel eenzame Wmo-gebruikers van maatwerkvoorzieningen is tussen 2015 en 2016 gestegen van 17% naar 22%.

Voor zelfstandig thuiswonende Wmo-melders van 18 jaar en ouder dragen maatwerkvoorzieningen bij aan een vermindering van eenzaamheid. De meeste Wmo-melders die (formele en/of informele) hulp ontvangen bij het onderhouden van contacten, zeggen dat ze hiermee (ruim) voldoende contacten kunnen onderhouden. Toch is er ook een groep die vindt dat de hulp niet bijdraagt. Ook zijn er mensen die zeggen dat ze vaker thuisblijven dan ze zouden willen, omdat ze geen maatwerkvoorzieningen hebben gekregen. Zelfstandig wonende volwassen Wmo-melders zijn minder eenzaam wanneer ze de mogelijkheden ervaren om zelfstandig of met hulp contacten te onderhouden, een

mantelzorger hebben en/of een maatwerkvoorziening ontvangen vanuit de Wmo 2015. Overigens gaat eenzaamheid zeker niet altijd samen met een lage kwaliteit van leven. Een op de vijftientwintig melders is eenzaam en beoordeelt zijn leven met een onvoldoende, terwijl een op de zeven eenzaam is, maar zijn leven beoordeelt met een voldoende. De eerstgenoemde groep onderscheidt zich van de tweede door een lager aandeel vrouwen, lagere redzaamheid en participatie, meer moeite met het onderhouden van contacten en vaker een ernstige beperking.

Het eerdergenoemde beleidsdoel ‘zo lang mogelijk zelfstandig wonen’ kan botsen met het streven om eenzaamheid tegen te gaan. Bijna een op de drie Wlz-aanvragers geeft het voorkómen van eenzaamheid aan als reden om hun zorg in een instelling te willen ontvangen in plaats van thuis (naast andere redenen).

Kwaliteit van leven is niet veranderd, maar systematisch lager dan in algemene bevolking

De ervaren kwaliteit van leven¹¹ van Wmo-melders bedraagt begin 2016 gemiddeld 6,6 en is daarmee ruim een punt lager dan in de algehele bevolking. Maatwerkvoorzieningen vanuit de Wmo 2015 hebben geen directe invloed op de kwaliteit van leven. Indirect is er mogelijk wel een effect, doordat maatwerkvoorzieningen bijdragen aan het versterken van de redzaamheid. Onder Wmo-gebruikers van maatwerkvoorzieningen is de kwaliteit van leven niet veranderd tussen 2015 en 2016.

S.4.1.4 Regie, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van cliënten in Wlz-instellingen

Eigen regie en kwaliteit van leven krijgen steeds meer aandacht

Belangrijke doelen van de Wlz zijn het vergroten van eigen regie en het verbeteren van de kwaliteit van leven van cliënten. Uit onderzoek blijkt dat de term ‘zelfredzaamheid’ nauwelijks wordt gebruikt door cliënten of zorgprofessionals. Zij hanteren vooral de term ‘eigen regie’ en zorgprofessionals soms ook ‘kwaliteit van leven’. Deze onderwerpen komen steeds vaker aan de orde, aldus professionals, maar zij menen dat dit een al langer lopende ontwikkeling is en niet samenhangt met de invoering van de Wlz.

Cliënten in de sectoren v&v, GHZ en ggz zeggen dat zorgprofessionals aandacht hebben voor eigen regie en ervaren dit als prettig. Zorgprofessionals wijzen erop dat wanneer cliënten geen regie meer kunnen voeren het pijnlijk kan zijn hen daarmee te confronteren. Professionals in de ggz zien dat cliënten tijd nodig hebben om te wennen aan de toenemende ruimte in eigen regie. Vaak zijn cliënten binnen de langdurige ggz gehospitaliseerd. Zorgprofessionals, vrijwilligers, cliënten en een enkele zorgmanager in de ggz zien een toename in kwaliteit van leven van de cliënt wanneer een cliënt zelfredzamer wordt. Doordat cliënten actiever deelnemen aan en verbinding maken met de maatschappij, groeien hun zelfvertrouwen en gevoel van eigenwaarde. Dit draagt bij aan hun herstel. Zorgprofessionals benadrukken wel dat het voor deze doelgroep van belang is om kleine stappen te nemen en dat volledig herstel niet altijd mogelijk is. Het niveau van zelfredzaamheid varieert bijvoorbeeld van zelf eten koken tot zelfstandig wonen.

Zorgplanbespreking en informele hulp kunnen bijdragen

De zorgplanbespreking, maar ook het betrekken van het sociale netwerk en vrijwilligers kunnen volgens zorgprofessionals en managers bijdragen aan de kwaliteit van leven van de cliënt. In de afgelopen jaren wordt er steeds vaker aandacht besteed aan de wensen van de cliënt. Zorgprofessionals noemen dit ook wel maatwerk. Vooral GHZ-cliënten ervaren dat wanneer ze de ruimte krijgen om zelf activiteiten te ondernemen, ze hiermee hun zelfredzaamheid ontwikkelen. Zorgprofessionals ervaren een spanningsveld tussen enerzijds de wil om de regie bij de cliënt te leggen en anderzijds het risico op onveilige zorg. Het betrekken van informele helpers (mantelzorgers en vrijwilligers) kan een bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven, maar ook een remmend effect hebben op de ontwikkeling van zelfredzaamheid en eigen regie bij de cliënt. Informele helpers zijn namelijk gewend dingen over te nemen van cliënten. Het vergt volgens zorgprofessionals een cultuuromslag waar ze op dit moment midden in staan: van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat' en 'zorgen met'. Die omslag in denken geldt ook voor informele helpers.

5.4.1.5 Beleidsparticipatie in de Wmo 2015

In hoeverre betrekken gemeenten hun inwoners bij de vormgeving van het Wmo-beleid, in het bijzonder mensen met psychische klachten? Wat werkt wel en niet in dit verband?

Een bijzondere vorm van maatschappelijke participatie is beleidsparticipatie: het meedoen van inwoners aan het proces van beleidsvorming bij de gemeente. Zo bezien is beleidsparticipatie een doel op zich: meedenken en meepraten met lokale beleidsmakers zijn ook vormen van meedoen in de samenleving. Daarnaast kan beleidsparticipatie een middel zijn dat bijdraagt aan een goede aansluiting van lokaal beleid bij de behoeften van burgers met een beperking (maatwerk), wat weer bijdraagt aan onder meer hun participatie en redzaamheid.

Gemeenten moeten vastleggen hoe de beleidsparticipatie op het terrein van zorg en ondersteuning lokaal wordt georganiseerd, maar kunnen in grote mate zelf kiezen hoe ze dit vormgeven. In de praktijk maken ze (los van de gemeenteraad) vooral gebruik van formele inspraakorganen, zoals Sociaal Domein-raden. Zulke organen zijn echter bij driekwart van de Wmo-melders niet bekend. Mensen met psychische klachten, verstandelijke beperkingen of dementie zijn niet goed vertegenwoordigd in formele inspraakorganen. Zij zijn gebaat bij meer informele vormen van beleidsparticipatie. Deze zijn ook in opkomst: gemeenten proberen steeds vaker direct en meer informeel contact met inwoners met een beperking te organiseren.

5.4.2 Doelen op het niveau van het stelsel

In hoeverre worden de doelen van de Hervorming Langdurige Zorg en de betreffende wetten en maatregelen behaald voor het wettelijk systeem?

Ook op het niveau van het stelsel van zorg en ondersteuning heeft de wetgever doelen voor ogen. Deze hebben betrekking op informele hulp (meer voor elkaar zorgen), de kwaliteit van het stelsel (waar mogelijk minder of lichtere en daarnaast meer integrale professionele hulp bieden in plaats van zwaardere, gespecialiseerde professionele zorg), en de overheidsfinanciën (financiële houdbaarheid waarborgen).

5.4.2.1 Meer voor elkaar zorgen

Een belangrijk motief voor de HIZ is het vergroten van de betrokkenheid in de samenleving. Mensen zouden meer voor elkaar moeten zorgen en zich minder afhankelijk opstellen van betaalde en verzekerde zorg. In hoeverre voelen mensen zich meer betrokken en geven ze meer informele hulp?

Opvattingen ten aanzien van het geven van mantelzorg verschillen tussen 2014 en 2016

Ongeveer twee derde van de 16-plussers vindt de zorg voor hulpbehoevende ouders vooral een taak van de overheid en niet van familie. Mensen vonden dit in 2016 iets minder vaak dan in 2014 en 2010. Het hangt er hierbij van af om welke taken het gaat. Toch vindt een meerderheid (69% in 2016) dat mensen familieleden moeten helpen als die gezondheidsproblemen hebben, ongeveer 60% vindt dat men vrienden moet helpen en bijna 30% dat burens elkaar moeten helpen. Het aandeel 16-plussers dat vindt dat mensen hulpbehoevende familie moeten helpen, was in 2016 hoger dan in 2014. Naarmate de hulp ingrijpender is voor de hulpgever, vinden minder mensen dat er hulp door hen moet worden geboden.

Tegelijkertijd is het aandeel dat vindt dat mensen die vanwege beperkingen hulp nodig hebben deze hulp zoveel mogelijk van hun sociale netwerk zouden moeten krijgen fors gedaald (van 41% in 2010 naar 23% in 2016). Met andere woorden: mensen vinden vaker dat mensen voor elkaar moeten zorgen (dat is wat de wetgever beoogt), maar niet dat de zorg zoveel mogelijk van het sociale netwerk moet komen: informele hulp zou vooral aanvullend moeten zijn op professionele hulp, waarvan er dus voldoende beschikbaar zou moeten zijn. Overigens vinden cliënten zelf het ook niet altijd wenselijk om hulp uit hun sociale netwerk te krijgen en hun netwerk te belasten.

Ruim een derde van de 16-plussers geeft informele hulp; dit aandeel is constant

Bijna een derde (32%) van de 16-plussers heeft in het jaar voorafgaand aan de enquête mantelzorg geboden. Van hen helpt ongeveer 70% langdurig (langer dan drie maanden), maar niet intensief (maximaal acht uur per week). 9% van de Nederlanders is actief als vrijwilliger in de zorg en ondersteuning. Het gaat dan ook om incidentele hulp en hulp die niet in georganiseerd verband wordt gegeven. Een groot deel van de vrijwilligers geeft ook mantelzorg. In totaal geeft 36% van de 16-plussers informele hulp.

Mensen kunnen ook actief zijn in buurt- of burgerinitiatieven. Er zijn aanwijzingen dat er steeds meer van dit soort initiatieven ontstaan, maar harde gegevens ontbreken.

Tussen 2014 en 2016 zijn er geen veranderingen in het aandeel volwassenen dat mantelzorg geeft of vrijwilligerswerk in de zorg doet. In absolute aantallen waren er ongeveer 50.000 meer mantelzorgers en 100.000 à 150.000 meer vrijwilligers in de zorg en ondersteuning, omdat de bevolking in die periode in omvang toenam. Ook als we naar de afgelopen tien jaar kijken, is het aandeel informele helpers redelijk constant.

In de toekomst zal de groep 45-64-jarigen, die vaak informele hulp geeft, in omvang afnemen en het aantal hoogbejaarden, dat vaak hulp nodig heeft, toenemen. In internationaal verband wordt de verhouding tussen het aantal mensen in de middenleeftijdsgroep en de alleroudsten de *oldest old support ratio* genoemd. In Nederland zijn er op dit moment dertien keer zoveel 45-64-jarigen als 85-plussers. In 2040 zullen er vijf keer zoveel 45-64-jarigen als 85-plussers zijn.¹²

5.4.2.2 Kwaliteit van het stelsel van zorg en ondersteuning

In paragraaf 5.3 hebben we de ervaringen van zorgvragers met de toegang tot zorg en ondersteuning en met de verleende hulp beschreven. Dit zegt iets over de kwaliteit van zorg in de ogen van de (potentiële) cliënt. Op deze plek kijken we naar het doel 'kwaliteit' voor het stelsel. In het nieuwe stelsel zou zo mogelijk minder en minder zware professionele hulp moeten worden geboden, en zou meer integraal moeten worden gewerkt dan in het oude stelsel. We gaan eerst in op de vraag of minder zware professionele zorg wordt geboden en daarna op de vraag of er meer integraal wordt gewerkt, afgemeten aan de onderlinge samenhang en afstemming tussen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning.

Minder (zware) professionele zorg

Minder mensen verblijven in een instelling

De Wlz is er grotendeels in geslaagd het beroep op de langdurig intensieve zorg in een instelling in omvang terug te brengen, zij het tot een hoger aantal dan aanvankelijk verwacht. In plaats van de ongeveer 200.000 personen op wie in 2013 werd gerekend, zijn er ongeveer 263.000 gebruikers van Wlz-zorg (stand van zaken op 1 oktober 2017), onder wie ruim 12.000 cliënten die onder het Wlz-overgangsrecht vallen. Voor een deel is het hogere aantal Wlz-cliënten in verband te brengen met de verwachte demografische ontwikkelingen, de stijging van het aantal ouderen en vooral ook van het aantal hoogbejaarden. Van de mensen met een Wlz-indicatie zijn ongeveer 203.000 personen (68%) opgenomen in een instelling, ontvangen ongeveer 59.000 mensen (20%) Wlz-zorg thuis en staan ongeveer 36.000 mensen (12%) op de wachtlijst (met en zonder overbruggingszorg).

Het feit dat minder mensen in instellingen wonen, is deels het gevolg van de autonome ontwikkeling naar langer thuis blijven wonen. Deels is dit het resultaat van de criteria die worden gehanteerd bij de indicatiestelling (of van de interpretatie daarvan door het CIZ). De eis van 'blijvende behoefte aan 24 uurszorg in de nabijheid of permanent toezicht'

sluit ook ernstig zieke mensen uit die niet aan deze criteria voldoen, maar soms ook niet meer thuis kunnen wonen, aldus ciz-medewerkers.

Van de aanvragers van Wlz-zorg (indieners van een eerste aanvraag) kreeg ongeveer 13% een negatief besluit. Het is niet bekend in hoeverre zij zich (toch) voldoende kunnen redden, wat hun kwaliteit van leven is en of ze ondersteuning of zorg krijgen (particulier, informeel of vanuit de gemeente of de wijkverpleging).

Er zijn wel signalen die erop duiden dat mensen soms te lang zelfstandig blijven wonen, maar het is niet bekend in welke omvang en ernst dit voorkomt. Een deel van de cliënten op de wachtlijst en van hun mantelzorgers zeggen dat het thuis eigenlijk niet meer gaat. Een op de vijftig Wmo-melders rapporteert dat het thuis niet meer gaat.

Bij melders geen afname van maatwerkvoorzieningen, gebruik van algemene voorzieningen gestegen, maar hoeveel is onbekend

In het grootschalige onderzoek onder geregistreerde Wmo-melders zagen we dat vier op de vijf van hen een maatwerkvoorziening kregen. Dit komt overeen met de bevinding dat de meeste gemeenten aangeven dat het gebruik van zwaardere voorzieningen niet is veranderd. Tegelijkertijd zien ze het gebruik van lichte voorzieningen stijgen. Slechts een op de vijfentwintig Wmo-melders wordt verwezen naar een algemene voorziening, maar deze kunnen ook worden gebruikt zonder tussenkomst van de gemeente. Zo zegt ruim een vijfde deel van de melders dat ze algemene voorzieningen gebruiken. Het is aannemelijk dat sinds de HLZ meer melders met zware en complexe zorgbehoeften bij de gemeente aankloppen, die relatief zware zorg nodig hebben. Tegelijkertijd is het mogelijk dat andere Wmo-doelgroepen meer algemene voorzieningen zijn gaan gebruiken.

Mantelzorg en vrijwilligerswerk nemen niet toe, toename van zorg thuis onduidelijk

Mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben en zelfstandig wonen, kunnen hulp krijgen van mantelzorgers en vrijwilligers. Het aandeel volwassenen dat mantelzorg geeft of vrijwilligerswerk in de zorg doet neemt echter niet toe (zie de vorige paragraaf). Formele hulp kan komen van de gemeente en de wijkverpleging. Er is echter geen landelijk uniforme registratie van het gebruik van Wmo-voorzieningen in gemeenten, vooral van algemene voorzieningen, maar deels ook van maatwerkvoorzieningen. Daardoor is het niet mogelijk om na te gaan of mensen die vroeger naar een instelling zouden zijn gegaan, maar nu thuis blijven, een beroep zijn gaan doen op de Wmo 2015. Ook de beschikbare gegevens over de ontwikkelingen in de wijkverpleging zijn niet eenduidig. We kunnen dus wel concluderen dat de zorg in instellingen afneemt, maar niet dat die wordt gecompenseerd door een toename van zorg thuis.

Samenhang formele zorg en ondersteuning

Afstemming op het grensvlak van de HLZ-wetten kan beter

De afgelopen jaren lijkt de afstemming tussen de partijen die betrokken zijn bij de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz te zijn toegenomen. Er doen zich echter nog de nodige knelpunten

voor, vooral in de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Gemeenten ervaren het als knelpunt dat zorgverzekeraars contact met veel (vooral kleinere) gemeenten afhouden en slecht bereikbaar zijn. Ook vindt men dat de afstemming veel tijd kost. Op de werkvloer kan de afstemming van de wijkverpleging met andere partners, zoals gemeenten, sociale wijkteams en ggz-professionals, vaak beter. Dit is een voorwaarde om goed afgestemde, integrale zorg in wijken te kunnen verlenen. Ook vernieuwing van het aanbod van zorg en ondersteuning is gebaat bij samenwerking tussen partijen uit verschillende domeinen. Deze vernieuwing komt nu nog niet goed van de grond.

Onduidelijkheid rond persoonlijke verzorging

Afstemming en samenwerking zijn nodig om ervoor te zorgen dat mensen met langdurige en intensieve zorgbehoeften geen last hebben van de schotten tussen wetten. Veel onduidelijkheid bestaat er rond persoonlijke verzorging. Wettelijk is het zo geregeld dat het grootste deel van de persoonlijke verzorging onder de Zvw (zorgverzekeraars) valt en een klein deel onder de Wmo 2015 (gemeenten). Het gaat om respectievelijk persoonlijke verzorging die verband houdt met verpleging vanuit de Zvw en persoonlijke verzorging die verband houdt met begeleiding vanuit de Wmo 2015. In de praktijk is vaak onduidelijk welke handelingen precies tot welk domein behoren.

Ook over wijkgebonden verpleegkundige zorg wordt soms tussen zorgverzekeraars en gemeenten overlegd omdat zich hier onduidelijkheden voordoen. Daarnaast vindt er soms afstemming plaats over niet soepel verlopende zorg voor bepaalde groepen zoals mensen met dementie.

Stroef verlopende samenwerking tussen gemeenten en Wlz-partijen

Samenwerking en afstemming tussen gemeenten en Wlz-partijen (zorgkantoor, ciz) verlopen soms ook stroef. Gemeenten signaleren een tekort aan contact met deze partijen, vinden de bereikbaarheid slecht en ervaren problemen met gegevensuitwisseling. Zo krijgen gemeenten geen inzicht in de afgegeven Wlz-indicatie (vanwege privacywetgeving). Medewerkers van het ciz constateren dat andere stakeholders zoals gemeenten geregeld mensen doorsturen naar het ciz, terwijl voor hen duidelijk is dat die persoon niet in aanmerking komt voor de Wlz. Zij vinden dat vervelend voor de doorgestuurde cliënt, omdat hierdoor vertraging ontstaat in het krijgen van de benodigde (Wmo-)zorg. De aanvraag moet immers eerst worden afgehandeld.

Wlz-zorg thuis is minder gunstig dan zorg thuis uit de Wmo 2015 en de Zvw

De afbakening tussen de Wmo 2015 en de Zvw enerzijds en Wlz anderzijds wat betreft de zorg die men thuis kan ontvangen, kan er nu toe leiden dat mensen met langdurige en intensieve zorgbehoeften er beter aan doen om (nog) geen Wlz-indicatie aan te vragen. Immers, cliënten die Wlz-zorg thuis willen ontvangen (en degenen die overbruggingszorg krijgen terwijl ze langdurig op de wachtlijst staan), krijgen mogelijk minder uren zorg aan huis tegen meer eigen bijdrage dan onder de Wmo 2015 en de Zvw (dit is de genoemde

‘zorgval’). Omdat een Wlz-indicatie in principe levenslang geldig is, kunnen cliënten die spijt hebben gekregen van hun Wlz-indicatie deze niet zomaar ongedaan maken.

Zowel gemeenten als zorgverzekeraars vinden soms dat zij in laatste instantie alsnog de helpende hand bieden, omdat ‘anderen’ het laten liggen. Zorgverzekeraars vinden dat omdat wijkverpleging een laagdrempelige voorziening is waarop ‘makkelijk’ een beroep kan worden gedaan; gemeenten vinden dat omdat ze een ‘opvangplicht’ hebben en in geval van nood hulp bieden. Het verschil in karakter van de drie wetten is hier mogelijk mede debet aan. Van deze drie wetten biedt de Wmo 2015 de meeste beslissingsruimte bij het omgaan met een ondersteuningsvraag. De Wlz omschrijft heel precies wie in aanmerking komen voor Wlz-zorg en laat daarbij weinig ruimte voor flexibiliteit.

5.4.2.3 Financiële houdbaarheid van de langdurige zorg en ondersteuning

Groei van de uitgaven voor langdurige zorg en ondersteuning afgevlakt

De uitgaven voor de langdurige zorg en ondersteuning laten in de periode 2010-2017 elk jaar (behalve in 2013 en 2015) een nominale stijging (in werkelijke euro's) zien. In 2013 blijven de nominale uitgaven gelijk en in 2015 dalen ze met 0,8%. Als we de uitgaven corrigeren voor prijsstijgingen (met de consumentenprijsindex), blijkt dat – weer met uitzondering van 2013 en 2015 – de uitgaven ook elk jaar stijgen. In totaal dalen de reële uitgaven voor langdurige zorg en ondersteuning in het hervormingsjaar 2015 met ruim 0,4 miljard euro. Als we het totaal van de reële uitgaven voor de langdurige zorg en de ondersteuning naast een prognose bij ongewijzigd beleid van het rijk uit 2012/2013 leggen, blijkt dat deze uitgaven onder die prognoses blijven.

De reële uitgaven stijgen in de periode 2010-2012 gemiddeld met 3,3%, in de periode 2012-2014 dalen deze met gemiddeld –1,1%, om in de periode 2014-2017 gemiddeld met 0,6% te stijgen. Als aandeel van het bruto binnenlands product (bbp) namen de uitgaven voor langdurige zorg tussen 2010 en 2012 toe van 4,4% naar 4,8% om daarna geleidelijk te dalen naar 4,5% in 2017. De groei van de uitgaven voor langdurige zorg is dus in reële termen afgevlakt.

Hervorming leidt tot een verschuiving in de uitgaven

Als we de uitgaven uit de AWBZ en de voortzetting van de kern daarvan in de Wlz samen bekijken, dan zien we dat deze uitgaven in 2012 hun hoogste waarde bereiken met ruim 26 miljard euro. Door de HLZ met ingang van 1 januari 2015 ging een deel van de AWBZ-zorg naar de Zvw en de Wmo 2015, waardoor de uitgaven aan de Wlz in 2015 daalden met ruim 6,5 miljard euro ten opzichte van de uitgaven aan de AWBZ in 2014. Het betreft hier alleen uitgaven voor personen van 18 jaar of ouder (zorg in natura plus pgb's). Daarbij is rekening gehouden met de Wlz-subsidieregelingen voor eerstelijnsverblijf (ELV), extramurale behandeling en ADL-assistentie. Door de overheveling van voorzieningen en het niet meer indiceren van lichtere zorgzwaartepakketten (zpz's) voor nieuwe cliënten stegen de uitgaven uit de Zvw sterk in 2015, evenals de uitgaven uit de Wmo 2015. In 2015 stegen de

uitgaven uit de Zvw en de Wmo 2015 iets minder dan dat de uitgaven uit de AWBZ/Wlz daalden.

De uitgaven voor de Wmo 2015 en de Wlz fluctueren, de uitgaven voor wijkverpleging en eerstelijnsverblijf stijgen

De nominale (niet voor inflatie gecorrigeerde) uitgaven voor voorzieningen uit de Wmo van 2007 namen in de periode 2010-2014 geleidelijk af van 5,4 miljard euro in 2010 naar 4,9 miljard euro in 2014. Het betreft per saldo een daling van 9%. Zoals gezegd namen de uitgaven voor de Wmo in 2015 door de overheveling flink toe. Daarna namen de uitgaven licht af in 2016 en weer licht toe in 2017.

De nominale uitgaven voor de wijkverpleging in natura namen over bijna de gehele periode 2010-2017 toe. De enige uitzondering in deze trend vormde 2013. Per saldo stegen deze uitgaven van 2,3 miljard euro in 2010 naar bijna 3,4 miljard euro in 2017 (0,3 miljard voor wijkverpleging in het kader van de Wlz plus 3,1 miljard voor wijkverpleging onder de Zvw), een stijging van 47%. De stijging deed zich zowel voor als na 2015 voor. Het in 2017 naar de Zvw overgeheveld eersteelijnsverblijf, waarvoor in 2015 en 2016 nog een aparte subsidieregeling in de Wlz bestond, kende zowel in 2016 als in 2017 een stijging van de uitgaven (2016 en 2017 samen 50%).

De uitgaven voor intramurale zorg in natura vanuit de AWBZ/Wlz, inclusief de naar andere wetten overgeheveld intramurale zorg, stegen in de periode 2010-2012 van 16,2 naar 18,9 miljard euro (een stijging van in totaal 17%), in de periode 2012-2014 naar 19,0 miljard euro (een stijging van in totaal 1%) om daarna, in 2015, te dalen met 0,1 miljard euro en voorts weer licht te stijgen in 2016 en 2017.

Invloed van de eigen bijdragen

Er is verschil in uitgavenontwikkeling tussen voorzieningen die wel en die geen eigen bijdrage kennen: de intramurale verpleging en verzorging uit de Wlz, de uitgaven voor extramurale wijkverpleging uit de Wlz en de extramurale Wmo-maatwerkvoorzieningen (vaak wel eigen bijdragen) stijgen minder dan de wijkverpleging uit de Zvw (geen eigen bijdragen) of dalen zelfs. Een uitzondering daarop vormt het snelgroeiende Volledig Pakket Thuis (vpt) in de Wlz. Behalve de eigen bijdragen spelen ook de eerdergenoemde verklaringen een rol bij de uitgavenontwikkeling.

5.5 Samenhang doelbereik met uitvoering

In hoeverre houdt het doelbereik van de Hervorming Langdurige Zorg verband met de uitvoering van de betreffende wetten en maatregelen en met de vrijwillige inzet van burgers? Welke andere factoren spelen een rol? Zijn er (on)gewenste neveneffecten?

In het voorgaande hebben we vastgesteld dat *langer zelfstandig wonen* onder ouderen toeneemt. Deze trend was al gaande en is versterkt door het beleid om zo lang mogelijk zelfstandig wonen te stimuleren. De toegangscriteria voor opname in een Wlz-instelling heb-

ben hier eveneens aan bijgedragen. Niet duidelijk is in hoeverre de Wmo-ondersteuning en wijkverpleging die in een gemeente beschikbaar zijn ouderen ertoe brengen om langer thuis te willen blijven wonen. Wel zeggen gebruikers van deze hulp dat die langer zelfstandig wonen faciliteert. Mogelijk draagt ook het morele appel van de overheid op de zelfredzaamheid van de burger hieraan bij. Overigens kan ook Wlz-zorg thuis worden geleverd, maar daarvoor geldt naast de algemene Wlz-criteria vaak nog het criterium dat zorg doelmatig moet kunnen worden geleverd. Dit laatste maakt dat langer zelfstandig wonen niet in alle gevallen mogelijk is.

Een factor die losstaat van het beleid op het gebied van langdurige zorg is het feit dat meer mensen langer gezond blijven¹³ en alleen al daardoor langer zelfstandig kunnen wonen. Het is daarbij wel van belang dat er genoeg woningen zijn die aangepast kunnen worden aan de beperkingen die ouderen hebben of kunnen ontwikkelen. Een andere factor van belang is het sociale netwerk. De informele hulp die dit netwerk biedt, is belangrijk om zelfstandig te kunnen wonen, ook voor mensen die dat met een Wlz-indicatie doen. Het sociale netwerk kan ook een rol spelen bij het organiseren van professionele zorg en ondersteuning. Een mogelijk neveneffect van langer zelfstandig wonen is eenzaamheidsproblematiek, vooral bij alleenstaanden, en overbelasting van mantelzorgers. Ook de toegenomen werkdruk bij wijkverpleegkundigen, huisartsen en hun praktijkondersteuners is een neveneffect.

Een andere bevinding is dat er geen toename van *maatschappelijke participatie, redzaamheid en kwaliteit van leven* te zien is onder zelfstandig wonende mensen met beperkingen, dan wel Wmo-gebruikers van maatwerkvoorzieningen. Ook neemt de *eenzaamheid* in de bevolking niet af. Gelet op de ontwikkeling dat meer mensen met relatief zware en complexe problematiek zelfstandig (blijven) wonen, was hierin misschien eerder een verslechtering te verwachten. In de uitvoeringspraktijk hebben we gezien dat gemeenten de afgelopen jaren vooral hebben ingezet op continuïteit van de ondersteuning en het ‘opvangen’ van de mensen die voorheen bijvoorbeeld begeleiding of zorg met verblijf kregen vanuit de AWBZ. Deze ondersteuning draagt in de beleving van gebruikers over het algemeen bij aan hun participatie en redzaamheid en helpt om eenzaamheid te verminderen. Wel zijn er grenzen aan de mate waarin mensen met beperkingen kunnen participeren en redzaam kunnen zijn, ook met zorg en ondersteuning. Stabilisatie zal voor sommige groepen wellicht het hoogst haalbare zijn.

Ten aanzien van instellingsbewoners hebben we geconstateerd dat zij de afgelopen jaren meer *eigen regie* lijken te krijgen. Vooral het werken met zorgplannen en het regelmatig bespreken van het zorgplan dragen bij aan het meer oog hebben voor wensen van cliënten en voor eigen regie waar mogelijk. Het nauwer betrekken van het sociale netwerk en vrijwilligers draagt bij aan maatwerk en aan de *kwaliteit van leven* van de cliënt. Zij kunnen echter ook een remmend effect hebben op de eigen regie van de cliënt als ze geneigd zijn zaken van hen over te nemen. Ook wijzen professionals op een spanningsveld tussen de regie bij de cliënt te leggen en het risico op onveilige zorg. De beoogde cultuuromslag

waarbij professionals de nadruk in hun werk verleggen van ‘zorgen voor’ naar ‘zorgen met’ en ‘zorgen dat’ is nog lang niet voltooid. De werkdruk die medewerkers in de zorg ervaren en de complexere zorgbehoeften van de mensen die worden opgenomen, maken dat medewerkers soms kiezen voor ‘de oude vertrouwde werkwijze’. Een neveneffect van de gestelde doelen kan dan een toename van de werkdruk zijn: tijd en middelen zijn immers eindig (en vastomlijnd binnen zorgpakketten).

In de Wlz-zorg lijken vrijwilligers steeds meer taken over te nemen van professionals, vooral op welzijnsgebied. Dit kan ertoe leiden dat instellingen afhankelijk worden van vrijwilligers en zonder hen onvoldoende aandacht aan welzijn kunnen besteden. Sommige zorgprofessionals vinden het een verarming van hun werk wanneer ze geen ruimte meer hebben om met hun cliënten welzijnsactiviteiten te ondernemen.

Als we naar de *ervaren kwaliteit van ontvangen formele zorg en ondersteuning* kijken, dan is de conclusie dat die overwegend positief wordt beoordeeld: het merendeel van de mensen die formele ondersteuning en zorg thuis ontvangen, toont zich daar tevreden over. Dat geldt voor de Wmo-melders die een maatwerkvoorziening van de gemeente ontvangen en tevens voor de ontvangers van wijkverpleging. In veel gevallen ontvangen thuiswonende mensen met langdurige zorgbehoeften ook veel mantelzorg.

Hoe cliënten de kwaliteit van de Wlz-zorg in instellingen ervaren, is niet eenvoudig te beantwoorden. Een deel van de bewoners van Wlz-instellingen kan zelf niet goed (meer) aangeven wat ze van de ontvangen zorg vinden. Professionals noemen de positieve uitwerking van het werken met zorgplannen (meer ruimte voor maatwerk) en het meer betrekken van het sociale netwerk bij de zorg. Voor de ervaren kwaliteit van zorg spelen ook andere factoren een rol dan die we onderzocht hebben, zoals de tijd van het verplegend personeel voor de bewoners, de mogelijkheden voor recreatie en om naar buiten te gaan.

Het stelselgoal verbetering van de kwaliteit van het stelsel van zorg en ondersteuning in termen van *minder zware professionele zorgverlening*, in samenhang met het stelselgoal *grotere financiële houdbaarheid*, is grotendeels behaald. Mede door de toelatingscriteria voor Wlz-zorg krijgen minder mensen zorg in een instelling. Dit heeft op zijn beurt een bijdrage geleverd aan het afvlakken van de groei van de uitgaven voor langdurige zorg en ondersteuning. Een neveneffect van de toegangs criteria voor Wlz-zorg in een instelling is dat mensen soms langer thuis lijken te blijven wonen dan verantwoord en/of gewenst is en dat er meer (werk)druk ontstaat voor professionals in de eerste lijn en mantelzorgers, (zoals eerdergenoemd).

Ook bij gemeenten werd een verschuiving verwacht van zwaardere en dus duurdere, individuele (maatwerk)voorzieningen naar lichtere en goedkopere algemene voorzieningen. De eisen die de Wmo 2015 aan het gemeentelijk onderzoek stelt, zouden daaraan bijdragen. Gespreksvoerders worden geacht eerst te kijken wat mensen zelf kunnen doen en of informele hulp of algemene voorzieningen een oplossing kunnen bieden, alvorens een maatwerkvoorziening aan te bieden. De geregistreerde Wmo-melders die wij onderzoch-

ten, kregen na een gesprek echter meestal een maatwerkvoorziening. Kwalitatief onderzoek laat zien dat gemeenten en gespreksvoerders de uitgangspunten van de Wmo 2015 wel onderschrijven, maar dat deze niet altijd gemakkelijk in de praktijk te brengen zijn. Zorgvragers hebben bijvoorbeeld niet altijd een sociaal netwerk dat zij nog meer willen, kunnen en durven aanspreken. Voor zorgvragers met complexe problemen bieden algemene voorzieningen waarschijnlijk te weinig oplossingen. Dit neemt niet weg dat buiten de formele melding en het gemeentelijk onderzoek om wel degelijk sprake kan zijn van een toename van het gebruik van algemene voorzieningen.

Een belangrijk aandachtspunt bij het voorgaande is de toegenomen complexiteit van zorgbehoeften bij cliënten die langer thuis wonen. Volgens praktijkondersteuners van huisartsen en professionals in de toegang tot de Wlz is er een (groeiend) aantal cliënten met behoefte aan intramurale zorg waaraan niet voldaan wordt. Het 'gat' kan erin bestaan dat de benodigde zorg niet snel genoeg georganiseerd en geleverd kan worden voor thuiswonende cliënten met complexe zorgbehoeften, of dat er een schakel ontbreekt in het aanbod. Zo wijzen geïnterviewde huisartsen erop dat voorzieningen die het langer thuis wonen moeten faciliteren in sommige gemeenten zijn ingekrompen, zoals hulp bij het huishouden en welzijnsvoorzieningen. Van ziekenhuizen komen signalen dat mensen op afdelingen voor spoedeisende hulp terecht komen die daar eigenlijk niet horen. Voorzieningen voor cliënten met een tijdelijke behoefte aan intensieve zorg en toezicht zonder dat daar een medische noodzaak voor is, of voor cliënten met een blijvende behoefte aan iets minder uur zorg in de nabijheid of iets minder permanent toezicht, lijken in het huidige stelsel te ontbreken. De onderbouwing van die behoefte kan liggen in de optelsom van kleinere aandoeningen en verminderd regievermogen, het ontbreken van zorg en ondersteuning thuis van een partner of een mantelzorger, of het onvermogen om het eigen leven inclusief woon- en zorgsituatie zo te organiseren dat er sprake is van welbevinden.

We hebben het stelseldoel verbeteren van de kwaliteit van ondersteuning en zorg ook bekeken in termen van *integraal werken*: de onderlinge samenhang en afstemming tussen de verschillende vormen van formele zorg en ondersteuning. Daarbij zagen we dat de HLZ (in combinatie met de invoering van de Jeugdwet en de Participatiewet) heeft gestimuleerd dat in gemeenten sociale wijkteams zijn ontstaan. Ook zijn gemeenten en zorgverzekeraars meer gaan samenwerken. Er is echter geen sprake van een integrale toegang¹⁴: hoewel zij in sommige sociale wijkteams samenwerken, indiceren weinig wijkverpleegkundigen voor de Wmo 2015 en doen Wmo-consulenten dit niet voor de wijkverpleging. Huisartsen spelen soms wel en soms geen rol in de toeleiding naar zorg en ondersteuning. Ook lijkt nog weinig sprake te zijn van innovatief, integraal zorgaanbod door samenwerkende aanbieders. Hiervoor zijn verschillende verklaringen te geven. Ten eerste belemmeren de huidige verantwoordelijkheidsverdeling tussen actoren en de gescheiden financieringsstromen het werken 'buiten het eigen domein'. Nog maar weinig gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders lijken de grenzen van de regelgeving op te

zoeken. Ten tweede zijn er verschillen in cultuur en taal tussen de betrokken actoren: ‘zorgprofessionals’ zoals wijkverpleegkundigen en huisartsen weten elkaar gemakkelijk te vinden, maar het contact met Wmo-consulenten van de gemeente laat nogal eens te wensen over. Ten derde kost samenwerking en afstemming – naast de voordelen die het biedt – professionals in hun beleving ook veel tijd en energie, die ze niet altijd beschikbaar hebben.

Het stelselgoal *meer voor elkaar zorgen* lijkt tot nu toe niet behaald. Dit is ook veel moeilijker door beleid te beïnvloeden. Het blijkt dat mensen in de praktijk niet meer voor elkaar zijn gaan zorgen dan enkele jaren geleden. Dit lijkt niet zozeer aan de uitvoeringspraktijk te liggen, als wel aan de aannamen die aan dit doel ten grondslag liggen. Op deze en andere aannamen onder de HLZ gaan we in de volgende paragraaf in.

5.6 Slotbeschouwing

Op het moment van het verschijnen van dit rapport (medio 2018) kunnen we constateren dat de implementatie van de HLZ onderweg is, maar nog niet is afgerond. Uit het voorgaande blijkt dat de uitvoeringspraktijk zich op een aantal punten wel en op een aantal punten (nog) niet beweegt in de richting die de wetgever heeft bedoeld. In de voorgaande paragraaf zijn we nagegaan of de mate van doelbereik verband kan houden met de uitvoeringspraktijk. In deze slotbeschouwing gaan we na of er een relatie is met de aannamen onder de HLZ.

5.6.1 Terugblik op de aannamen onder de HLZ

De aannamen onder de HLZ zijn samen te vatten als:

- mensen met beperkingen kunnen meer zelfredzaam zijn, meer participeren en langer zelfstandig wonen dan voorheen, en willen dat ook;
- mensen willen en kunnen meer voor elkaar zorgen;
- gemeenten en professionals willen en kunnen een groter beroep doen op de eigen mogelijkheden van burgers en hun netwerk;
- gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders willen en kunnen integraal werken.

Dat mensen met beperkingen langer thuis wonen dan vroeger blijkt uit de trendgegevens over zelfstandig wonen van ouderen. Of het langer thuis wonen voor de betrokken ouderen en hun mantelzorgers in alle gevallen een grotere kwaliteit van leven oplevert dan opname in een instelling is moeilijk te zeggen. Er zijn signalen dat een deel van de ouderen thuis toch niet de nodige of passende zorg krijgt. De kwaliteit van leven kan hieronder leiden, er kan gezondheidsschade ontstaan en er is een risico dat de partner of mantelzorgers overbelast raakt. Vooral alleenstaande mensen met een beperkt regievermogen, een klein sociaal netwerk en een slechte gezondheid voldoen niet aan het ideaal van de

zelfredzame burger met een steunend netwerk, de middelen en de wil om zowel het wonen als de zorg zelf goed te regelen.

Of mensen met beperkingen zelfredzamer kunnen en willen zijn dan voorheen en meer willen en kunnen participeren, weten we niet. Dit is wel een belangrijke aanname die zijn beslag heeft gekregen in de instellingszorg, de maatschappelijke ondersteuning en de wijkverpleging. Wel is duidelijk dat er een groep kwetsbare mensen is voor wie zelfredzaamheid en participatie te hoog gegrepen zijn. De overheid doet er verstandig aan de omvang van die groep niet te onderschatten en te zorgen voor een voldoende groot vangnet van zorg en ondersteuning.

Het is daarnaast de vraag of participatie het hoofddoel moet zijn, wanneer daar vooral 'deelname aan activiteiten' onder wordt verstaan. De behoefte daaraan verschilt tussen mensen en neemt vaak af naarmate mensen ouder worden. Door in te zetten op doelen die voor deze groepen lastig te behalen zijn, zoals participatie op hetzelfde niveau als mensen zonder beperkingen, kan het gevoel van tekortschieten en achterstelling juist worden versterkt. In de wetenschappelijke literatuur klinken geluiden om kwetsbaarheid en afhankelijkheid te herwaarderden. Door te accepteren dat men bij beperkingen afhankelijk is van anderen, en dat een zinvol leven er anders kan uitzien wanneer men beperkingen heeft, ontstaat misschien juist meer gelijkwaardigheid tussen mensen.

Bij de tweede aanname kan op grond van ons onderzoek een vraagteken worden gezet. Gelet op de opvattingen en het gedrag van mensen is er reden om aan te nemen dat er spontaan niet veel meer mantelzorg en vrijwillige ondersteuning zal worden geboden dan nu al gebeurt. Daarbij komt de groeiende getalsmatige disbalans tussen de mensen van middelbare leeftijd (die een groot deel van de mantelzorg leveren) en de ouderen (die een groot deel uitmaken van degenen die zorg nodig hebben). Als het maatschappelijk reservoir aan potentiële mantelzorg niet zo groot is als werd gehoopt, dan zal ook de derde aanname weinig fundament hebben. Gemeenten en professionals kunnen wel de intentie hebben om mantelzorgers een groter deel van de zorgverlening op zich te laten nemen, maar we hebben gezien dat dit in de praktijk lang niet altijd lukt. Daarmee komt de veronderstelling dat een substantiële verschuiving mogelijk is van formele naar informele hulp op losse schroeven te staan. Dat is nog los van de vraag of deze zorgsubstitutie altijd wenselijk is vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg. Een deel van de zorgbehoevende mensen wil bovendien niet structureel van hun naasten afhankelijk zijn. Een ander deel vindt het moeilijk om hun (vaak toch al drukbezette) familie en vrienden in te schakelen.

De aanname onder het doel van een samenhangend stelsel van langdurige zorg en ondersteuning is dat gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders integraal willen en kunnen werken op het snijvlak van de Wmo 2015 en de Zvw. Bij het 'kunnen' worden op dit moment knelpunten ervaren. Gescheiden regelgeving, financiering, cultuurverschillen en een gebrek aan tijd werken belemmerend. Betrekken we ook de Wlz hierbij, met zijn eigen toegangsrouten en aanbieders, dan valt op dat binnen het stelsel van de langdurige zorg en ondersteuning in feite nog altijd sprake is van drie grotendeels gescheiden kokers.

Cliënten merken dit als ze hulp krijgen uit meer dan een van deze domeinen tegelijk of na elkaar: er is geen regievoerder die over de verschillende domeinen heen helpt om zorg te organiseren en te coördineren. Ook cliëntondersteuners en huisartsen blijken deze rol lang niet altijd te vervullen. In de praktijk komt dit dan op de mantelzorgers neer, als die er zijn en dit kunnen.

5.6.2 Hoe nu verder?

De implementatie van de Hervorming Langdurige Zorg is nog maar enkele jaren onderweg en nog volop gaande. Mettertijd kunnen kinderziekten – zoals onbekendheid met de nieuwe regelgeving bij professionals en een gebrek aan contact tussen uitvoerders vanuit verschillende domeinen – worden overwonnen, doordat men meer ervaring opdoet. In veel gemeenten zijn het beleid en de praktijk op het gebied van maatschappelijke ondersteuning nog sterk in ontwikkeling. De cultuuromslag van ‘zorgen voor’ naar ‘zorgen dat’ in Wlz-instellingen heeft nog een weg te gaan. Niet alle knelpunten zullen echter zomaar verdwijnen als de praktijk meer tijd wordt gegund; er zal ook aan oplossingen moeten worden gewerkt. Daarbij staat de overheid naar onze mening voor twee opgaven: repareren en herbezinnen. Met repareren bedoelen we het aanpakken van problemen die zich momenteel voordoen binnen het huidige systeem. Voorbeelden zijn het verbeteren van de cliëntondersteuning en de informatievoorziening over de toegangsroutes naar en binnen de Hlz, ontwikkelen van voorzieningen die het ‘gat’ tussen de zorg en ondersteuning thuis en die in Wlz-instellingen kunnen opvullen, en zorgen voor regievoerders die over de verschillende domeinen heen kunnen helpen om zorg te organiseren en te coördineren. Herbezinnen betekent opnieuw nadenken over de beleidsideologie die ten grondslag ligt aan het huidige systeem. Dit rapport laat zien dat sommige doelen niet voor alle groepen van zorgbehoevenden haalbaar zijn en dat een deel van de onderliggende aannamen niet houdbaar is. Mogelijk leidt heroverweging van de doelen en aannamen uiteindelijk tot aanpassingen binnen het stelsel of van het stelsel als geheel. Eerst zal echter een fundamentele discussie moeten worden gevoerd over wat wenselijk én realistisch is binnen de langdurige zorg en ondersteuning.

5.7 Kennisleemten

Deze evaluatie geeft een goed beeld van de stand van zaken van de Hervorming Langdurige Zorg in 2016/2017, vanuit de gezichtspunten en ervaringen van een groot aantal actoren. Het SCP heeft er bewust voor gekozen om het accent te leggen op de ervaringen van zorgvragers, cliënten, mantelzorgers en professionals. Een aantal (lastig te onderzoeken) aspecten en groepen blijft daarmee buiten beeld. We noemen hier de belangrijkste en sluiten af met de aanbeveling om te blijven monitoren.

Niet-gebruik en de gevolgen daarvan

Het is niet bekend welk deel van de mensen die zorg of ondersteuning nodig hebben deze ook krijgen en wat eventuele redenen van niet-gebruik zijn (bv. indicatiecriteria, onvoldoende aanbod, eigen bijdragen, gebrekkige vaardigheden). Toekomstig onderzoek zou zich op de omvang, de oorzaken en de gevolgen van dit niet-gebruik (bv. voor de participatie of kwaliteit van leven) kunnen richten en kunnen nagaan of dit niet-gebruik en de gevolgen daarvan verschillen tussen subgroepen. Ook zou kunnen worden nagegaan in hoeverre mensen die een afwijzing hebben gekregen voor een Wmo-maatwerkvoorziening of een Wlz-indicatie zich voldoende kunnen redden.

Gevolgen van langer zelfstandig wonen

Duidelijk is dat het gebruik van de zorg in instellingen is afgenomen doordat de Wlz andere, strengere, toegangscriteria hanteert dan de Awbz. Onbekend is in hoeverre mensen die vroeger naar een instelling zouden zijn gegaan, maar nu thuis blijven wonen, een beroep zijn gaan doen op de Wmo 2015, de Zvw of de Jeugdwet, en in hoeverre ze zich redden. Vervolgonderzoek zou zich op het grensvlak tussen de Wmo 2015 en de Zvw enerzijds en de Wlz anderzijds kunnen richten. In hoeverre krijgen mensen die niet in aanmerking komen voor de Wlz maar die wel ernstige beperkingen hebben adequate zorg en ondersteuning? Zijn er mensen die te lang zelfstandig blijven wonen? In welke situaties komt dit voor, wat zijn de oorzaken en met welke problematiek hebben deze mensen dan te maken?

Trends in gebruik

De vraag of mensen met een zelfde beperking na de Hlz net zoveel en net zo adequate zorg en ondersteuning krijgen als daarvoor is niet te beantwoorden, doordat landelijke gegevens over gebruik van en trends in maatschappelijke ondersteuning niet of slechts deels beschikbaar zijn. Zo is er bijvoorbeeld geen zicht op het gebruik van algemene voorzieningen, informele of particuliere hulp. Daardoor is ook niet goed in beeld te brengen in hoeverre een verschuiving plaatsvindt in het gebruik van zwaardere naar lichtere vormen van ondersteuning. Als men dit toch zou willen, dan zou de rijksoverheid op het punt van registraties moeten afwijken van het uitgangspunt van decentralisatie en gemeenten moeten verplichten tot het eenduidig registeren van het gebruik van algemene voorzieningen. Voor een breder inzicht in het gebruik van zorg en ondersteuning (inclusief informele en particuliere hulp) zijn bevolkingsenquêtes nodig.

Blijven monitoren

Duidelijk is dat de hervormingen van de langdurige zorg nog volop in ontwikkeling zijn. Het is dan ook belangrijk die ontwikkelingen te blijven volgen. De gegevens uit deze evaluatie zouden dan als een soort nulmeting kunnen dienen. Het volgen van de ontwikkelingen zou op een aantal hoofdlijnen kunnen worden gericht. Als we uitgaan van het perspectief van de burger, dan gaat het bijvoorbeeld om periodiek inzicht in het behalen van de doelen van de hervormingen en de afzonderlijke wetten. Denk bijvoorbeeld aan de

participatie, redzaamheid en kwaliteit van leven van mensen met beperkingen die verschillende vormen van zorg en ondersteuning al dan niet gebruiken. Ook is het belangrijk om zicht te blijven houden op de toegang tot en het gebruik van verschillende vormen van ondersteuning. Het gaat dan niet alleen om bijvoorbeeld maatwerkvoorzieningen, maar ook om informele en particuliere hulp en algemene voorzieningen. Tot slot is het van belang om zicht te houden op de gevolgen van de hervormingen voor de gevers van informele hulp. Voorbeelden zijn de omvang van de hulp, de opvattingen van informele helpers, hun belasting en de ondersteuning die zij krijgen.

Onderzoek naar de monitoring van de uitvoeringspraktijk zou zich kunnen richten op die aspecten die op dit moment nog in ontwikkeling zijn of nog kunnen worden verbeterd. Denk bijvoorbeeld aan afstemming en samenwerking tussen professionals die vanuit verschillende wettelijke kaders werken. Maar ook de organisatie van de toegang tot zorg en ondersteuning: hoe worden burgers van informatie voorzien, hoe wordt cliëntondersteuning ingezet, hebben gespreksvoerders de nodige kennis en vaardigheden, onder meer met betrekking tot specifieke doelgroepen?

Een vraag is daarbij wel in hoeverre het tot de systeemverantwoordelijkheid van de rijksoverheid behoort om de (lokale) uitvoeringspraktijk in beeld te brengen of dat volstaan kan worden met het monitoren van het behalen van de doelen voor mensen met een beperking.

Noten

- 1 Ridder, Josje den, Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen (2017). *Burgerperspectieven 2017*|3. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- 2 De bestrijding van geweld in afhankelijkheidsrelaties (Wmo 2015) en de extramurale behandeling voor mensen met een zintuiglijke beperking (Zvw) blijven in deze evaluatie buiten beschouwing. Ook heeft geen evaluatie plaatsgevonden van het onderbrengen bij de Zvw van het tweede en derde jaar van behandeling met opname in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Het eerstelijnsverblijf (eerst ondergebracht bij de Wlz, later bij de Zvw), komt beperkt aan bod.
- 3 Dit kan worden beschouwd als een doel op cliëntniveau en op stelselniveau (zie verder hoofdstuk 3). In dit rapport behandelen we 'kwaliteit van zorg en ondersteuning' als een van de stelseldoelen. Daarnaast bespreken we de ervaringen van cliënten en mantelzorgers als indicator voor de door hen beleefde kwaliteit van zorg.
- 4 Voorzitter van deze commissie was prof. dr. Louise Gunning-Schepers. De leden waren prof. dr. Caroline Baan, prof. dr. Werner Brouwer, Angélique van Dam, prof. dr. Petri Embregts, Irma Harmelink, MVA-H, drs. Ineke Smidt en drs. Rieta van Staaldoune. Waarnemers in de begeleidingscommissie waren Marinka Wildeman, MSc (vws) en drs. Bob van der Meijden (vnc).
- 5 Dit gebeurde tijdens een reflectiebijeenkomst onder leiding van prof. dr. Louise Gunning-Schepers. Aanwezig waren: Ineke Boerefijn (College voor de Rechten van de Mens), Betty de Groot (Tintengroep), Désirée te Marvelde en Carlijn van Aalst (ZonMw), Michael Mekel (Raad voor het Openbaar Bestuur), Adrie van Osch (BrabantZorg), Jeanine Stam (Nationale ombudsman) en Marianne Veenstra (MEE Zuid-Holland Noord).

- 6 Inclusief professionals van andere organisaties die in opdracht van de gemeente werken.
- 7 We kijken hier naar maatschappelijke participatie in de meeste brede zin: meedoen aan sociaal-culturele activiteiten in de vrije tijd (verenigingslidmaatschap, culturele en religieuze activiteiten en het gebruik van buurtvoorzieningen), vrijwilligerswerk en informele zorg, participatie op de arbeidsmarkt en in het onderwijs, en meepraten met het lokale bestuur.
- 8 Het gaat hier om wat mensen zelf én met hulp van anderen kunnen op het gebied van bijvoorbeeld het huishouden, zich verplaatsen, invulling geven aan de dag, persoonlijke verzorging en het regelen van financiën.
- 9 Mensen die zich niet alleen gemeld hebben of gemeld zijn bij de gemeente, maar ook daadwerkelijk ondersteuning hebben gekregen en gebruiken.
- 10 Emotionele eenzaamheid betreft het ontbreken van emotionele verbondenheid, een hechte intieme band met één ander persoon (in de meeste gevallen een partner). Sociale eenzaamheid is het gemis aan sociale verbondenheid in een netwerk van sociale relaties.
- 11 In dit rapport wordt de kwaliteit van leven opgevat als de tevredenheid met het leven die mensen ervaren, ofwel de subjectieve kwaliteit van leven.
- 12 Internationaal wordt vaak uitgegaan van de verhouding 50-74-jarigen (in plaats van 45-64-jarigen) en 85-plussers. In dat geval zijn er nu vijftien keer zoveel 50-74-jarigen als 85-plussers en in 2040 zes keer zoveel 50-74-jarigen als 85-plussers (zie ook hoofdstuk 9).
- 13 Zie <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/levensverwachting-goed-ervaren-gezondheid> en CBS (StatLine), geraadpleegd op 6 april 2018.
- 14 Ook de Nationale ombudsman heeft verschillende malen gewezen op knelpunten bij de toegang tot de langdurige zorg en ondersteuning, onder meer in mei 2018.

1 Achtergrond en evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg

Mariska Kromhout

1.1 Inleiding

Sinds 1 januari 2015 zijn de maatschappelijke ondersteuning en de langdurige zorg anders georganiseerd dan voorheen. Deze stelselherziening staat bekend als de ‘Hervorming Langdurige Zorg’ (HLZ). Het betreft zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met lichamelijke, zintuiglijke, verstandelijke en/of psychische beperkingen, of met psychosociale problemen. De HLZ omvat de ondersteuning op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), wijkverpleging op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en langdurige zorg onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Voorbeelden zijn dagbesteding, hulp bij het huishouden, verpleging en verzorging thuis, en verblijf in een verpleeghuis of daklozenopvang. Hoewel delen van de Jeugdwet soms ook tot de HLZ worden gerekend, blijven deze in dit rapport buiten beschouwing.¹

De Wmo 2015, het gewijzigde Besluit zorgverzekering en de Wlz zijn op 1 januari 2015 in werking getreden. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (scp) gevraagd het hervormde stelsel van langdurige zorg en ondersteuning te evalueren, met inbegrip van de wettelijk verplichte evaluaties van de Wmo 2015² en de Wlz. Deze evaluatie betreft de ontwikkelingen in de periode 2015 tot en met 2017: de eerste jaren na de stelselwijziging. Om hier zicht op te krijgen, heeft het scp diverse deelonderzoeken uitgevoerd en laten uitvoeren door derden: het NIVEL, BMC, KPMG, Vilans, Tranzo, Movisie en Stimulansz. De deelrapporten zijn in 2016, 2017 en begin 2018 verschenen, en geven gedetailleerde informatie over de onderzoeksmethoden en de resultaten (zie kader 1.1 aan het eind van dit hoofdstuk en www.scp.nl). In dit eindrapport maken we de balans op. We vergelijken de resultaten van eigen en ander onderzoek met de verwachtingen die de wetgever vooraf van het hervormde stelsel had. Onze conclusie richt zich op de vraag of we beweging zien in de richting die de wetgever voor ogen had.

1.2 Achtergrond van de Hervorming Langdurige Zorg

De professionele langdurige zorg voor mensen met beperkingen werd lange tijd betaald vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Deze volksverzekering gaf, na goedkeuring van een aanvraag door het Centrum indicatiestelling zorg (ciz), recht op zorg thuis (extramuraal) of in een instelling (intramuraal). In de loop der jaren werden steeds meer vormen van zorg vanuit de AWBZ bekostigd en deden steeds meer mensen hierop een beroep. In 2004 stelde het toenmalige kabinet dat de groei van de AWBZ financieel niet langer houdbaar was en dat personeelstekort dreigde (TK 2003/2004). Ook consta-

teerde het kabinet een gebrek aan samenhang en maatwerk in het hulpaanbod (TK 2003/2004; TK 2004/2005). Om hierin verbetering aan te brengen, kwam het kabinet met een voorstel voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Deze wet werd op 1 januari 2007 van kracht. Hierin werden de Welzijnswet 1994, de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), de openbare geestelijke gezondheidszorg uit de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) en de huishoudelijke verzorging uit de AWBZ opgenomen. Gemeenten kregen de verantwoordelijkheid voor het beoordelen van iemands ondersteuningsbehoefte en voor het bieden van de benodigde hulp. Het recht op zorg uit hoofde van de AWBZ werd vervangen door een ‘compensatieplicht’ voor gemeenten³ (De Klerk et al. 2010; Kromhout et al. 2014). In de Memorie van Toelichting bij de Wmo merkte het kabinet op dat de overheveling van de huishoudelijke verzorging naar de Wmo (in dat kader ‘hulp bij het huishouden’ genoemd) een eerste stap was in het verkleinen van de reikwijdte van de AWBZ (TK 2004/2005). In de jaren daarna werd de AWBZ geleidelijk verder beperkt. Zo zijn aanspraken op begeleiding van mensen met psychosociale problemen en van mensen met lichte beperkingen uit de AWBZ gehaald. Deze mensen konden voortaan ondersteuning vragen bij de gemeente (Plaisier en De Klerk 2015; Schellingerhout en Ramakers 2011). In 2013 en 2014 werd het recht op verblijf in een verzorgings- of verpleeghuis en in instellingen voor gehandicaptenzorg beperkt tot mensen met een relatief zware zorgbehoefte (bijlage bij TK 2012/2013a). Eind 2011 diende het kabinet-Rutte I bij de Tweede Kamer een voorstel in tot wijziging van de Wmo. Hiermee zouden de begeleiding en het kortdurend verblijf in een instelling ter ontlasting van de mantelzorger met ingang van 1 januari 2013 vanuit de AWBZ naar de Wmo worden overgeheveld. Na de val van dat kabinet in 2012 werd dit wetsvoorstel aangehouden, maar in 2013 werd het ingetrokken (TK 2012/2013b). De overheveling vond later alsnog plaats, in het kader van de Hervorming Langdurige Zorg.

Het kabinet-Rutte II ging in het Regeerakkoord van oktober 2012 verder op de ingeslagen weg: men besloot de AWBZ helemaal af te schaffen en de daaruit gefinancierde zorg onder te brengen in andere wettelijke regimes. Hierbij gingen inhoudelijke en financiële beweegredenen hand in hand (zie verder hoofdstuk 3). Op 25 april 2013 stuurde de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een brief naar de Tweede Kamer met als titel *Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst* (de HLZ-brief). Afgaande op deze brief had de Hervorming Langdurige Zorg de volgende doelen op het niveau van het stelsel (bijlage bij TK 2012/2013a: 2; TK 2013/2014: 1):

- betere kwaliteit van ondersteuning en zorg;⁴
- grotere betrokkenheid in de samenleving (meer voor elkaar zorgen);
- financiële houdbaarheid van de langdurige zorg en ondersteuning.

Uit de HLZ-brief kan ook worden afgeleid welke doelen het kabinet had voor mensen met behoefte aan zorg of ondersteuning (bijlage bij TK 2012/2013a):

- meer participatie / meer gelijke deelname aan de maatschappij;
- meer eigen regie;

- meer zelfredzaamheid / meer zelfstandigheid;
- langer / zo lang mogelijk zelfstandig wonen;
- minder eenzaamheid;
- meer kwaliteit van leven.

Om deze doelen te bereiken, werden met ingang van 1 januari 2015 de Wmo 2015 en de Wlz ingevoerd en werd het Besluit zorgverzekering onder meer aangevuld met de aanspraak wijkverpleging.⁵ Deze regelgeving legt verplichtingen op aan gemeenten, indicatiestellers, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren⁶, die op hun beurt worden geacht om maatregelen te nemen. Dat betreft bijvoorbeeld de organisatie van de toegang tot zorg en ondersteuning, de afstemming tussen verschillende actoren bij de zorgverlening en het betrekken van burgers bij gemeentelijk beleid. Daarnaast bevatten de beleidsstukken diverse niet wettelijk verplichte opdrachten en verwachtingen aan het adres van de genoemde actoren en van burgers. Zo wordt van gemeenten verwacht dat ze hun ondersteuningsbeleid afstemmen op de noden van hun eigen burgers en dat ze vernieuwende ondersteuningsarrangementen (laten) ontwikkelen. De wijkverpleging wordt geacht signalen van zorgbehoevenden op te pikken en de zorg af te stemmen met andere hulpverleners in de wijk. Van zorgkantoren verwacht men een doelmatige uitvoering van de Wlz. En burgers worden geacht meer zelf te doen, eventueel met hulp van hun sociale netwerk (zie verder hoofdstuk 3 t/m 6).

In deze evaluatie kijken we zowel naar de doelen als naar de uitvoeringspraktijk in de eerste periode na invoering van de nieuwe wetgeving.

1.3 Evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg

1.3.1 Onderzoeksopzet

Op grond van de kennisbehoefte van het ministerie van vws heeft het scp onderzoeksvragen geformuleerd over het herziene stelsel van langdurige zorg en ondersteuning. We hebben daarbij de nadruk gelegd op het perspectief van zorgvragers, cliënten, mantelzorgers en professionals.

De evaluatie van de HLZ heeft de volgende centrale vragen:

- A In hoeverre worden de doelen van de Hervorming Langdurige Zorg en de betreffende wetten en maatregelen behaald, voor (potentiële)⁷ gebruikers en voor het wettelijk systeem?
- B In hoeverre houdt het doelbereik van de Hervorming Langdurige Zorg verband met de uitvoering van de betreffende wetten en maatregelen en met de vrijwillige inzet van burgers? Welke andere factoren spelen een rol? Zijn er (on)gewenste neveneffecten?

Deze vragen zijn verder uitgewerkt in onderzoeksvragen over de doelen en over de uitvoeringspraktijk.

Onderzoeksvragen over de doelen

Voor de onderzoeksvragen over de doelen van de HLZ maken we onderscheid tussen doelen voor mensen met behoefte aan zorg en ondersteuning, en doelen op het niveau van het stelsel of systeem.

- 1 In hoeverre worden de doelen van de Hervorming Langdurige Zorg en de betreffende wetten en maatregelen behaald voor (potentiële) gebruikers? Het gaat om:
 - maatschappelijke participatie;
 - eigen regie;
 - (zelf)redzaamheid;
 - zelfstandig wonen;
 - eenzaamheid;
 - kwaliteit van leven.

- 2 In hoeverre worden de doelen van de Hervorming Langdurige Zorg en de betreffende wetten en maatregelen behaald voor het wettelijk systeem? Hierbij kijken we naar:
 - de kwaliteit van het stelsel van zorg en ondersteuning;
 - de inzet van informele zorg en ondersteuning (voor elkaar zorgen);
 - het gebruik van en de overheidsuitgaven voor formele zorg en ondersteuning (financiële houdbaarheid).

Onderzoeksvragen over de uitvoeringspraktijk

De onderzoeksvragen over de uitvoeringspraktijk gaan over de toegang tot zorg en ondersteuning en over de hulp die mensen krijgen, zowel thuis als in instellingen. De ervaringen van de betrokkenen geven informatie over de (ervaren) kwaliteit van zorg. Daarnaast zijn er vragen over de vrijwillige inzet van burgers, over de jurisprudentie en over beleidsparticipatie in de Wmo 2015. In de deelonderzoeken zijn deze vragen verder geoperationaaliseerd in een groot aantal subvragen (zie hiervoor de diverse deelrapporten in kader 1.1 aan het eind van dit hoofdstuk). Deze vloeien voort uit de wettelijke maatregelen en verwachtingen van de wetgever voor de uitvoeringspraktijk onder het nieuwe stelsel (zie hoofdstuk 3 t/m 6). De betreffende onderzoeksvragen luiden als volgt:

- 3 Kunnen en komen mensen met een behoefte aan ondersteuning terecht bij hun gemeente?⁸ En kunnen en komen mensen die verpleging en verzorging nodig hebben terecht bij de wijkverpleging? Hoe gaan deze met de hulpvraag om en hoe ervaren alle betrokkenen dit?
- 4 Welke hulp krijgen mensen met een hulpvraag en hoe ervaren alle betrokkenen deze hulp? Is er sprake van voldoende afstemming tussen alle betrokkenen? Sluit de beschikbare hulp aan op de behoeften van zowel cliënten als mantelzorgers?
- 5 Welke ontwikkelingen doen zich voor in het geven van informele hulp?
- 6 Wat zijn de juridische ontwikkelingen rond besluiten van de gemeenten op aanvragen voor maatwerkvoorzieningen?

- 7 In hoeverre betrekken gemeenten hun inwoners bij de vormgeving van het Wmo-beleid, in het bijzonder mensen met psychische klachten? Wat werkt wel en niet in dit verband?
- 8 Kunnen en komen mensen met een blijvende, zware zorgbehoefte terecht bij het ciz en het zorgkantoor? Hoe gaan deze met de zorgvraag om en hoe ervaren alle betrokkenen dit?
- 9 Hoe geven instellingen in de verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg vorm aan ten eerste meer uitgebreide cliëntondersteuning, ten tweede de zorgplanbesprekingen nieuwe stijl en ten derde de inzet van informele hulp? En hoe ervaren cliënten, hun sociale netwerk, vrijwilligers en professionals dit?

Methoden, onderzoeksgroepen en -perioden

In dit eindrapport beantwoorden we de onderzoeksvragen op basis van de deelonderzoeken van deze HLZ-evaluatie en ander relevant onderzoek. In de deelstudies zijn diverse methoden toegepast:

- literatuuronderzoek;
- kwantitatief vragenlijstonderzoek (digitaal en schriftelijk);
- gestructureerde face-to-face-interviews (kwantitatief);
- semigestructureerde face-to-face-interviews (kwalitatief);
- focusgroepen (face to face en digitaal);
- analyse van jurisprudentie;
- analyse van registratiegegevens.

De data zijn verzameld bij de volgende groepen van respondenten:

- (potentiële) cliënten van de gemeente (Wmo 2015), de wijkverpleging (Zvw) en instellingen in de verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg (Wlz);
- mantelzorgers en vrijwilligers;
- betrokkenen bij burgerinitiatieven;
- (andere) informele en formele vertegenwoordigers van (potentiële) cliënten bij inspraak in het gemeentelijk Wmo-beleid;
- onafhankelijke cliëntondersteuners en ondersteuners van mantelzorgers en vrijwilligers;
- professionals in de zorg en ondersteuning: (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden, huisartsen, praktijkondersteuners van huisartsen;
- managers van instellingen in de verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg;
- bestuurders en medewerkers van gemeenten (wethouders, beleidsambtenaren, Wmo-consulenten en gespreksvoerders die het gemeentelijk onderzoek doen na een melding op grond van de Wmo 2015);
- medewerkers van het ciz, van zorgkantoren en van zorgverzekeraars.

De empirische gegevens uit de deelstudies betreffen de periode eind 2015 tot najaar 2017, met de nadruk op 2016 en 2017. De informatie over de toegang tot en resultaten van de maatschappelijke ondersteuning die gemeenten bieden aan mensen die zich bij hen melden voor ondersteuning vanuit de Wmo 2015 gaat over de situatie eind 2015 respectievelijk de eerste helft van 2016. Deze Wmo-melders en hun mantelzorgers werden bevestigd in de periode maart tot oktober 2016, de gespreksvoerders van gemeenten van mei tot december 2016. De dataverzameling over onafhankelijke cliëntondersteuning en de toegang tot zorg vanuit de Wlz kreeg zijn beslag in de maanden juni en juli 2016, respectievelijk april tot november 2016. De gegevens over de praktijk in Wlz-instellingen zijn verzameld in de loop van 2016. Het onderzoek onder professionals in en gebruikers van de wijkverpleging (cliënten en mantelzorgers) vond eind 2016 en begin 2017 plaats. De lokale uitvoering van en de beleidsparticipatie in de Wmo 2015 zijn eind 2016 en begin 2017, respectievelijk tussen februari en oktober 2017 onderzocht. In de tweede helft van 2017 is onderzoek gedaan onder praktijkondersteuners van huisartsen (POH's) en onder huisartsen zelf. Het onderzoek naar de jurisprudentie, uitgevoerd door Wim Peters van Stimulansz, is niet als deelrapport verschenen. Dit onderzoek liep door tot begin 2018. De resultaten zijn door het SCP bewerkt en opgenomen in verschillende hoofdstukken van dit rapport.

1.3.2 Reikwijdte van deze evaluatie

Zoals paragraaf 1.3.1 liet zien, komen er in deze evaluatie veel verschillende actoren aan het woord, over diverse aspecten van het herziene stelsel van zorg en ondersteuning. Voor het eerst wordt een breed en gevarieerd beeld geschetst van de ervaringen met deze ingrijpende hervorming. Vanuit het oogpunt van beleidsevaluatie merken we het volgende op.

Tussenstand

Deze evaluatie komt te vroeg om definitieve uitspraken te kunnen doen over de uitvoeringspraktijk of de mate waarin de doelen van de hervorming zijn bereikt. Het nieuwe stelsel heeft voor veel actoren (deels) nieuwe taken en verantwoordelijkheden met zich meegebracht, die ook gevolgen hebben voor de onderlinge relaties tussen die actoren. Het ontwikkelen en implementeren van nieuwe procedures, werkwijzen en samenwerkingsrelaties is een zaak van lange adem (Jonker en De Witte 2012). De doelen van de hervorming kunnen pas worden bereikt als de uitvoeringspraktijk functioneert zoals bedoeld (tenzij de doelen op andere manieren worden bereikt). Deze evaluatie geeft daarom een tussenstand en geen eindbeeld.

De wetgever geeft weinig ijkpunten

Om te kunnen beoordelen of de nieuwe situatie begint te voldoen aan de bedoelingen van de wetgever, moeten deze helder en meetbaar zijn. Hoofdstuk 3 tot en met 6 gaan in op de bedoelingen van de wetgever met de HLZ als geheel, en met de Wmo 2015, de Wlz en de aanspraak wijkverpleging in de Zvw. Hier kunnen we alvast opmerken dat er in de beleidsstukken wel wordt gesproken over bijvoorbeeld 'betere' kwaliteit van zorg, 'meer'

participatie en ‘minder’ eenzaamheid, maar dat – met uitzondering van het doel ‘financiële houdbaarheid’ – niet wordt aangegeven waaraan dit precies zou moeten worden afgemeten. Ook is niet helder of bijvoorbeeld meer participatie op groepsniveau of op het niveau van het individu wordt bedoeld. Is het bijvoorbeeld de bedoeling dat het aandeel mensen met beperkingen dat participeert stijgt? Zo ja, tussen welke twee tijdstippen moet die toename plaatsvinden? En hoe groot moet de stijging minimaal zijn wil het doel worden behaald? Of gaat het erom dat een cliënt die maatschappelijke ondersteuning krijgt na de ontvangst van die ondersteuning meer participeert dan daarvoor? De beleidsstukken geven hier geen uitsluitsel over. Dat is misschien te begrijpen in het licht van politieke processen en de gedeeltelijke decentralisatie van beleid, maar geeft evaluatoren weinig houvast.

Geen nulmeting en geen controlegroep

Idealiter wordt in een evaluatie een vergelijking gemaakt tussen de oude en de nieuwe situatie (voor- en nameting), en worden mensen vergeleken die wel en niet een bepaalde wijziging hebben meegemaakt (experimentele groep en controlegroep) (zie ook Herweijer en Turkenburg 2012). Dat laatste is alleen mogelijk als een verandering in werkwijze bijvoorbeeld eerst alleen in een deel van het land wordt ingevoerd, terwijl de oude situatie in een ander gebied wordt voorgezet. Dat gebeurt zelden bij nieuwe wetgeving en is ook bij de HLZ niet gebeurd. Daarnaast is onderzoek dat als nulmeting zou kunnen dienen schaars, omdat de groepen mensen waarop de oude en de nieuwe wetgeving zich richten van samenstelling zijn veranderd. Zo zijn de aanvragers onder de oude Wmo niet zonder meer te vergelijken met de melders onder de Wmo 2015, en is de samenstelling van de populatie ouderen in instellingen ingrijpend veranderd sinds de invoering van de Wlz. Om toch enigszins te kunnen vergelijken, maken we waar mogelijk gebruik van de oordelen van cliënten en professionals over hun eigen situatie voor en na 1 januari 2015. Daarnaast gebruiken we de resultaten van het schaarse onderzoek waarin over meerdere jaren naar bijvoorbeeld participatie van mensen met lichamelijke beperkingen of eenzaamheid onder ouderen is gekeken. Ook kijken we naar meerjarige registratiegegevens over bijvoorbeeld zorggebruik en scp-onderzoek naar ontwikkelingen in het geven van informele hulp. In veel gevallen laten we de vergelijking met de situatie voor 1 januari 2015 echter noodgedwongen los.

De ontwikkelingen staan niet stil

In de jaren 2015 tot en met 2017 was niet alleen de uitvoeringspraktijk nog sterk in ontwikkeling, ook de regelgeving en het financiële kader van de HLZ bleven niet ongewijzigd. Ook werd er wordt de interpretatie van regelgeving steeds beïnvloed door ontwikkelingen in de jurisprudentie. Het herstel van de Nederlandse economie en de zorgen in de samenleving over de kwaliteit van de zorg veroorzaakten beleidsmatig een accentverschuiving van kostenbeheersing naar kwaliteit van zorg en ondersteuning. Dit heeft inmiddels geleid tot veel nieuwe beleidsmaatregelen en -voornemens (zie hoofdstuk 3 t/m 6).

In deze evaluatie beschrijven we dus geen vaststaande situatie, maar een die volop in ontwikkeling is.

Niet-gebruikers en migranten zijn onderbelicht

In deze evaluatie besteden we veel aandacht aan wat gebruikers van formele zorg en ondersteuning uiteindelijk merken van de veranderingen die het nieuwe stelsel met zich meebrengt. Er is geen bevolkingsonderzoek gedaan om ook mensen te ondervragen die behoefte hebben aan formele zorg en ondersteuning, maar dit niet gebruiken. Hierdoor hebben we weinig gegevens over mensen met beperkingen die zich zonder formele zorg weten te redden, of die zorg mijden of de weg in het zorglandschap niet weten te vinden. Wel rapporteren we signalen van onder meer huisartsen en praktijkondersteuners over mogelijk problematisch niet-gebruik.

Naast niet-gebruikers zijn Nederlanders met een migratieachtergrond onderbelicht: het aantal cliënten met zo'n achtergrond is in onze studie te klein om afzonderlijke uitspraken over te kunnen doen.

Witte vlekken

Als gevolg van de nadruk die we op het perspectief van zorgvragers, cliënten, mantelzorgers en professionals leggen, blijft een aantal andere aspecten in dit evaluatieonderzoek grotendeels buiten beschouwing. Dit betreft ten eerste de budgetten die het rijk ter beschikking stelt voor de langdurige zorg en ondersteuning: we doen geen uitspraken over de omvang van budgetten en de wijze waarop de bekostiging van rijkswege is georganiseerd. Ook de inkoopprocessen bij gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars blijven buiten beschouwing. Verder krijgen arbeidsmarkteffecten van de Hlz en de effecten op de regeldruk en administratieve lasten van diverse actoren in dit rapport weinig aandacht. Bovendien is geen apart onderzoek gedaan naar het functioneren van het persoonsgebonden budget (pgb) in de Wmo 2015, Wlz en Zvw.

1.4 Leeswijzer

In het vervolg van dit rapport laten we eerst zien hoeveel mensen in Nederland een beperking hebben en hoeveel van hen (voor zover bekend) gebruikmaken van langdurige zorg en ondersteuning (hoofdstuk 2). Vervolgens staan we stil bij de bedoelingen van de Hervorming Langdurige Zorg in den brede (hoofdstuk 3). Daarna bespreken we de bedoelingen van de Wmo 2015, van de wijkverpleging in de Zvw en van de Wlz (hoofdstuk 4 t/m 6). Vervolgens komt de toegang tot formele zorg en ondersteuning aan bod, en hoe die door diverse betrokkenen wordt ervaren (hoofdstuk 7 en 8). De ontwikkelingen in het geven van informele hulp komen aan de orde in hoofdstuk 9. In hoofdstuk 10 en 11 gaan we in op de formele zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende gebruikers en de mate waarin de Hlz-doelen bij hen worden behaald. Hoofdstuk 12 en 13 gaan over (de ervaringen met) maatschappelijke opvang en beschermd wonen, en Wlz-zorg in instellingen. De laatste hoofdstukken betreffen de samenhang tussen de diverse wetten (hoofdstuk 14) en

de ontwikkeling van de uitgaven en het gebruik van formele zorg en ondersteuning in de afgelopen jaren (hoofdstuk 15). Voor in dit rapport staat een overkoepelende samenvatting, conclusie en beschouwing.

Kader 1.1 Deelrapporten HLZ-evaluatie (op volgorde van verschijnen)

- Draak, Maaike den, Anna Maria Marangos, Inger Plaisier en Mirjam de Klerk (2016). *Wel thuis? Literatuurstudie naar factoren die zelfstandig wonen van mensen met beperkingen beïnvloeden*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bergen, Anne-Marie van, Jan Willem van de Maat en Marjan Hurkmans (2016). *Onafhankelijke cliëntondersteuning. Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van onafhankelijke cliëntondersteuners*. Utrecht: Movisie/Vilans.
- Klaveren, Susan van, Kees-Jan van de Werfhorst, Naomi Meys, Lieke Brouwer, Arthur van der Harg en Gert Cazemier (2017). *Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg. Ervaringen van aanvragers en professionals*. Amersfoort: BMC Advies.
- Gijzel, Hinke, Henk Herman Nap, Marjolein Herps, Sander Mulder, Moniek van Klink, Sanne Schrijer-Snoeijs, Karina Kuperus en Mirella Minkman (2017). *De Wet langdurige zorg in de verzorging, verpleging en gehandicaptenzorg. Ervaringen uit de praktijk*. Amstelveen: KPMG/Vilans.
- Lemmens, Karin, Marijke Bos, Jaap van Weeghel, Mirjam Siesling en Karina Kuperus (2017). *De Wet langdurige zorg in de geestelijke gezondheidszorg. Ervaringen uit de praktijk*. Amstelveen: KPMG Plexus/Tranzo.
- Feijten, Peteke, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering (2017). *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Francke, A.L., P.M. Rijken, K. de Groot, A.J.E. de Veer, K.A.M. Verkleij en H.R. Boeije (2017). *Evaluatie van de wijkverpleging. Ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals. Deevaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Utrecht: NIVEL.
- Klerk, Mirjam de, Alice de Boer, Inger Plaisier en Peggy Schyns (2017). *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ham, Lia van der, Maaike den Draak, Wouter Mensink, Peggy Schyns en Esther van den Berg (2018). *De Wmo 2015 in praktijk. De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Groot, Kim de, Anke de Veer, Simone Versteeg en Anneke Francke (2018). *Het organiseren van langdurige zorg en ondersteuning voor thuiswonende patiënten. Ervaringen van praktijkondersteuners in de huisartsenzorg*. Utrecht: NIVEL.
- Verbeek, Karin, Kees-Jan van de Werfhorst, Lieke Salomé, Trudy Busweiler, Andrew Britt, Susan van Klaveren en Marcel Boogers. (2018). *Beleidsparticipatie in de Wmo 2015. Een kwalitatief onderzoek naar ervaringen in de lokale praktijk*. Den Haag: BMC Advies.

Noten

- 1 Zie voor de eerste evaluatie van de Jeugdwet Friele et al. (2018).
- 2 Met uitzondering van het beleidsterrein 'geweld in afhankelijkheidsrelaties'.

- 3 De compensatieplicht hield in dat gemeenten mensen die minder zelfredzaam zijn moesten ‘compenseren’ voor hun beperkingen, door hen in staat te stellen om een huishouden te voeren, zich in en om de woning te verplaatsen, zich lokaal met een vervoermiddel te verplaatsen en sociale contacten te leggen (Kromhout et al. 2014).
- 4 Dit kan worden beschouwd als een doel op cliëntniveau en op stelselniveau (zie verder hoofdstuk 3). In dit rapport behandelen we ‘kwaliteit van zorg en ondersteuning’ als een van de stelseldoelen. Daarnaast bespreken we de ervaringen van cliënten en mantelzorgers als indicator voor de door hen ervaren kwaliteit van zorg.
- 5 Ook de extramuraal behandeling voor mensen met een zintuiglijke beperking is overgegaan naar de Zvw. Daarnaast vallen de eerste drie jaar van behandeling met opname in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg sinds 1 januari 2015 onder de Zvw (in plaats van alleen het eerste jaar). Deze nieuwe elementen van de Zvw blijven in deze evaluatie buiten beschouwing. Wel besteden we in de hoofdstukken over de Wlz aandacht aan de praktijk in ggz-instellingen. Het eerstelijnsverblijf (eerst ondergebracht bij de Wlz, later bij de Zvw), komt in verschillende hoofdstukken beperkt aan bod.
- 6 Dit zijn zelfstandig werkende kantoren die nauw gelieerd zijn aan de grootste zorgverzekeraar in een regio.
- 7 Met ‘potentiële gebruikers’ doelen we op mensen die mogelijk in aanmerking komen voor zorg en ondersteuning, vanwege hun lichamelijke, zintuiglijke, verstandelijke en/of psychische beperkingen of psychosociale problemen.
- 8 Inclusief professionals van andere organisaties die in opdracht van de gemeente werken.

Literatuur

- Friele, R.D., M.R. Bruning, I.L.W. Bastiaanssen, R. de Boer, A.J.E.H. Bucx, J.F. de Groot, T. Pehlivan, L. Rutjes, F. Sondejijker, T.A. van Yperen en R. Hageraats (2018). *Eerste evaluatie Jeugdwet. Na de transitie nu de transformatie*. Den Haag: ZonMw.
- Herweijer, Lex en Monique Turkenburg (2012). *Op zoek naar bewijs*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Jonker, Jan en Marco de Witte (2012). Over veranderstrategie en interventies: bouwstenen voor een veranderplan. In: Marco de Witte, Jan Jonker en Maurits Jan Vink (red.), *Essenties van verandermanagement. Laveren tussen dilemma's in de praktijk* (p. 271-299). Deventer: Vakmedianet.
- Klerk, Mirjam de, Rob Gilsing en Joost Timmermans (2010). *Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kromhout, Mariska, Peteke Feijten, Frieke Vonk, Mirjam de Klerk, Anna Maria Marangos, Wouter Mensink, Maaike den Draak en Alice de Boer (2014). *De Wmo in beweging. Evaluatie Wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Plaisier, Inger en Mirjam de Klerk (2015). *Zicht op zorggebruik. Ontwikkelingen in het gebruik van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging tussen 2004 en 2011*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schellingerhout, R. en C. Ramakers (2011). *AWBZ monitor 2009 en 2010. Eindrapport*. Nijmegen: ITS.
- TK (2003/2004). *Zorg en maatschappelijke ondersteuning*. Brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 april 2004. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003/2004, 29538, nr. 1.

- TK (2004/2005). *Nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wet maatschappelijke ondersteuning)*. Memorie van Toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2004/2005, 30131, nr. 3.
- TK (2012/2013a). *Toekomst AWBZ*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 april 2013. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 30597, nr. 296.
- TK (2012/2013b). *Wijziging van de Wet maatschappelijke ondersteuning in verband met de uitbreiding van gemeentelijke taken op het terrein van de begeleiding en een gewijzigde verdeling van de bestuurlijke verantwoordelijkheid*. Brief houdende intrekking van het wetsvoorstel van 19 juni 2013. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 33127, nr. 69.
- TK (2013/2014). *Zorg en maatschappelijke ondersteuning*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 4 maart 2014. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 29538, nr. 152.

2 Aantal mensen met een beperking en hun gebruik van zorg en ondersteuning

Mirjam de Klerk en Peteke Feijten

2.1 Inleiding

Mensen komen in aanmerking voor zorg of ondersteuning in het kader van de Hervorming Langdurige Zorg als zij deze nodig hebben vanwege hun beperkingen. Die beperkingen kunnen heel uiteenlopend van aard zijn. In het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) wordt bijvoorbeeld gesproken van 'een beperking of chronische psychische of psychosociale problemen' en bij de Wet langdurige zorg (Wlz) van 'blijvende behoefte aan permanent toezicht en/of nabijheid van zorg vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, of vanwege een of meerdere handicaps van verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke aard'. Hoeveel mensen een van deze beperkingen hebben en of ze dan gebruikmaken van zorg of ondersteuning is niet precies bekend, maar er zijn wel grove schattingen te maken. In dit hoofdstuk beschrijven we het aantal mensen met een beperking en hun gebruik van verschillende vormen van zorg en ondersteuning. Daarmee schetsen we een beeld van de burgers die te maken hebben met de Hervorming Langdurige Zorg.

2.2 Zelfstandig wonende mensen met een beperking

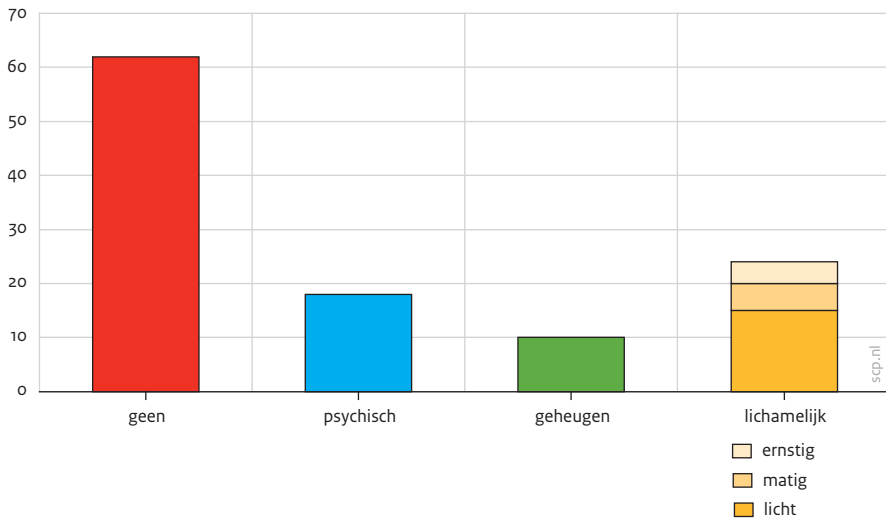
Aantal zelfstandig wonende mensen met een beperking

Ongeveer een derde van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder die zelfstandig woont, geeft zelf aan een lichamelijke beperking, een psychische beperking of geheugenklachten te hebben. Lichamelijke beperkingen komen het vaakst voor (figuur 2.1). Deze mensen hebben moeite met de mobiliteit, huishoudelijke activiteiten of persoonlijke verzorging. Bij psychische beperkingen gaat het om een globale indicator: er is mensen gevraagd of ze zich zenuwachtig, uitgeput, somber, niet kalm en/of niet gelukkig voelden (Putman et al. 2017). Dat kan dus zowel een psychisch probleem betreffen als een psychosociaal probleem.¹ Het gaat om zelfrapportages, niet om diagnoses van een huisarts. Het Trimbos-instituut schat op basis van uitgebreid bevolkingsonderzoek dat 18% van de 18-64-jarigen lijdt aan een psychische stoornis (stemmings-, angst-, midden- of gedragsstoornis) (Veerbeek et al. 2012). Problemen met het geheugen zijn gemeten met een simpele vraag of mensen klachten hebben met hun geheugen; deze vraag is alleen aan ouderen gesteld. Dit is niet hetzelfde als dementie. Het aandeel mensen met dementie is niet te achterhalen uit een enquêteonderzoek, omdat dementerenden vaak niet aan onderzoek kunnen meedoen. Een schatting van het aantal mensen met de diagnose dementie op basis van huisartsregistraties is ongeveer 103.000 in 2016.² Volgens een schatting van

het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) verbleven ongeveer 50.000 mensen met dementie in een verpleeghuis (Volksgezondheidszorg 2018). In het onderzoek van Verbeek-Oudijk en Van Campen (2017) onder bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen had vier op de tien personen gediagnosticeerde dementie. Omgerekend komt dat ongeveer overeen met de 50.000 die het RIVM schatte.

Figuur 2.1

Type beperkingen, aandeel zelfstandig wonende Nederlanders van 18 jaar en ouder, 2016 (in procenten; n = 2755)^a



a De percentages tellen op tot meer dan 100%, omdat mensen meer dan één type beperking kunnen hebben.

Bron: scp/CBS (ozg'15), ontleend aan Putman et al. (2017)

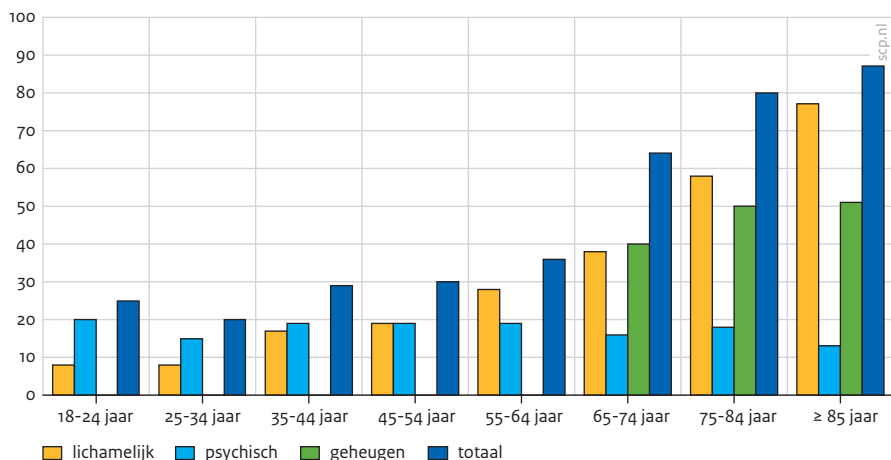
Samenvattend heeft in 2015 ongeveer een derde van de zelfstandig wonende volwassenen in Nederland een beperking (dat zijn ongeveer 4,6 miljoen mensen). Hierbij is het aantal mensen met een verstandelijke beperking niet meegenomen (behalve wanneer zij ook een van de eerdergenoemde beperkingen hadden).³

Beperkingen hangen samen met leeftijd, maar niet altijd

Het hebben van lichamelijke beperkingen hangt sterk samen met leeftijd. Dat geldt ook voor geheugenproblemen of dementie: de sterkste voorspeller van dementie is leeftijd, met een sterk verhoogd risico voor mensen boven de 75 jaar (Comijs et al. 2006). Het hebben van psychische beperkingen hangt echter niet samen met leeftijd (figuur 2.2).

Figuur 2.2

Beperkingen naar leeftijd, zelfstandig wonende Nederlanders van 18 jaar en ouder, 2015 (in procenten; n = 2755)^a



a De vraag over geheugenproblemen is alleen aan mensen ouder dan 65 jaar gesteld.

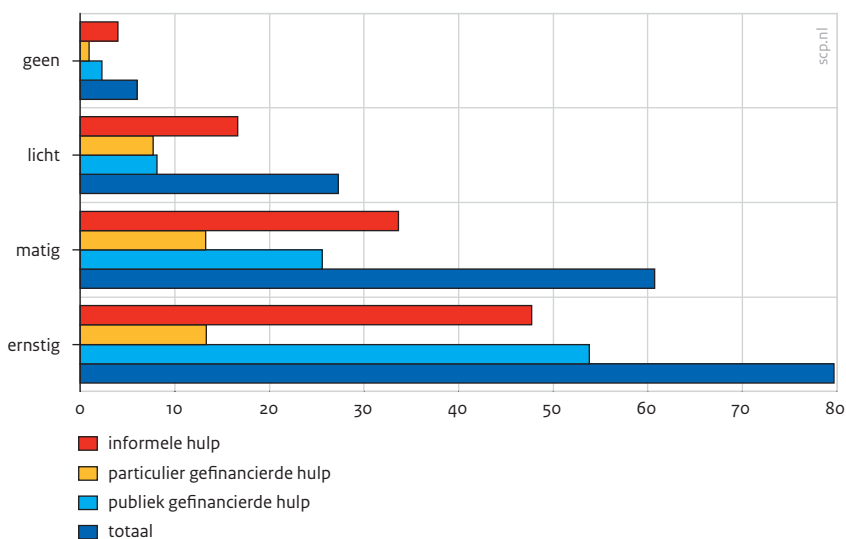
Bron: SCP/CBS (ozg'15)

Slechts een deel van de zelfstandig wonende mensen met een beperking heeft ondersteuning

Niet iedereen die beperkingen heeft, maakt gebruik van zorg of ondersteuning; ongeveer een derde deel van de mensen met een lichte beperking en circa 80% van de mensen met een ernstige beperking krijgen zorg of ondersteuning. Dat kan professionele, publiek gefinancierde hulp zijn (zoals Wmo-hulp of wijkverpleging, inclusief hulp via een pgb), particuliere hulp (uit eigen middelen van de hulpbehoevende gefinancierd) of informele hulp. Mensen met een lichte beperking krijgen relatief weinig publiek gefinancierde hulp en degenen met een ernstige beperking juist vaak (figuur 2.3).

Figuur 2.3

Ontvangers van zorg en ondersteuning, naar type helpers en ernst van lichamelijke beperkingen, zelfstandig wonende Nederlanders van 18 jaar en ouder, 2015 (in procenten, n = 2832)^a



a De percentages van ontvangers van zorg en ondersteuning uitgesplitst naar de afzonderlijke typen helpers tellen op tot meer dan 100%, doordat mensen van meerdere typen helpers zorg en ondersteuning kunnen krijgen.

Bron: scp/cbs (ozg'15), ontleend aan Putman et al. (2017)

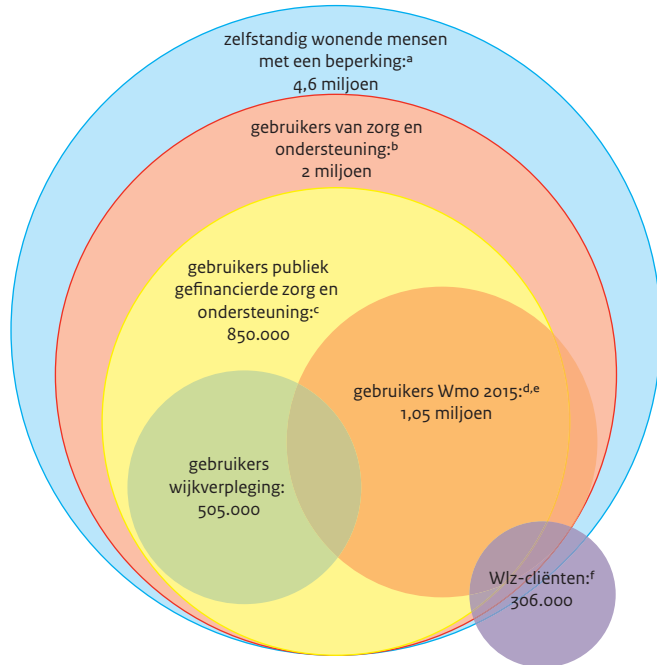
2.3 Mensen met een beperking in een instelling

Mensen met een beperking kunnen ook in een instelling wonen in plaats van zelfstandig. Er wonen in oktober 2017 ongeveer 200.000 mensen met een beperking in een instelling, van wie circa 118.000 in de sector verzorging en verpleging (vooral ouderen), 66.000 in een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking, 12.000 in een instelling voor mensen met een lichamelijke handicap en ongeveer 6.000 in een ggz-instelling (zie ook hoofdstuk 13).

Figuur 2.4 vat de cijfers samen die in dit hoofdstuk zijn beschreven. De grote cirkel omvat alle zelfstandig wonenden die een beperking hebben. De rode cirkel onderaan overlapt daar slechts gedeeltelijk mee, omdat de meeste mensen met een Wlz-indicatie voor opname in een instelling kiezen (en daarmee dus niet meer binnen de groep 'zelfstandig wonenden' vallen).

Figuur 2.4

HLZ-doelgroepen, zelfstandig wonende Nederlanders met een beperking van 18 jaar en ouder en Wlz-cliënten die in een instelling wonen, 2015 (in absolute aantallen)^g



scp.nl

- a Lichamelijke, psychische of geheugenbeperking. In werkelijkheid zal het aantal groter zijn, omdat men ook verstandelijke beperkingen, psychosociale problemen of ernstige dementie kan hebben.
- b Publiek gefinancierde, particuliere en informele zorg en ondersteuning thuis (hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding van professionals, bekenden of vrijwilligers, exclusief Wlz-zorg in instellingen). Mogelijk is het aantal gebruikers in werkelijkheid groter, omdat er nog meer soorten zorg en ondersteuning bestaan, zoals vervoersvoorzieningen en algemeen maatschappelijk werk.
- c Publiek gefinancierde zorg en ondersteuning (hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding van professionals, exclusief Wlz-zorg in instellingen). Het aantal gebruikers ligt in werkelijkheid waarschijnlijk hoger omdat er nog meer soorten zorg en ondersteuning bestaan, zoals vervoersvoorzieningen en algemeen maatschappelijk werk.
- d Tot dit cijfer van Wmo-gebruik behoren huishoudelijke hulp; individuele begeleiding, dagbesteding en overige individuele en groepsgesichte ondersteuning; woondiensten, woonvoorzieningen, vervoersdiensten, vervoersvoorzieningen en hulpmiddelen; maatschappelijke opvang en beschermd wonen.
- e Alle leeftijden; 2016 (geen gegevens over 2015 beschikbaar); op basis van schatting.
- f Personen met een Wlz-indicatie, inclusief wachtenden en personen met een indicatie voor een subsidieregeling.
- g Merk op dat het aantal in de gele cirkel lager is dan het aantal in de oranje cirkel. Dit zou logischerwijs niet mogelijk moeten zijn. Maar tot het Wmo-cijfer in de oranje cirkel worden veel meer typen zorg

en ondersteuning gerekend (zie noot d) dan in de gele cirkel (zie noot c). Dit komt doordat de cijfers uit verschillende bronnen afkomstig zijn.

Bron:

Zelfstandig wonende mensen met een beperking: aantal Nederlanders van 18 jaar en ouder in 2015: CBS Stat-Line; aandeel mensen met een beperking: Verbeek-Oudijk et al. (2016); gebruikers van zorg en ondersteuning: Verbeek-Oudijk et al. (2016); gebruikers publiek gefinancierde zorg en ondersteuning: Verbeek-Oudijk et al. (2016); gebruikers Wmo 2015: Pommer en Boelhouwer (2017: 201); gebruikers wijkverpleging: Vektis (2017)

Wlz-cliënten: CIZ (2016)

2.4 Kenmerken van zorggebruikers

In het voorgaande werd een beeld geschetst van hoeveel mensen met een beperking er zijn en wat zij eventueel aan ondersteuning nodig hebben en/of gebruiken. Een andere manier om hiernaar te kijken, is door uit te gaan van de verschillende wetten en wie daarvan gebruikmaken. Dan blijkt dat de groep mensen die een beroep doet op de Wmo 2015, de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wlz zeer gevarieerd is.

Uit een onderzoek onder Wmo-melders bleek dat meer dan de helft van de ondervraagde melders 65 jaar of ouder is en ruim drie op de vijf van hen vrouw is. Meer dan de helft heeft een laag opleidingsniveau. Lichamelijke beperkingen zijn de meest genoemde klacht, gevolgd door langdurige psychische klachten (vooral ervaren door melders tot 55 jaar) (Vonk et al. 2017). Van de Wmo-gebruikers heeft ongeveer 70% een lichamelijke beperking, 20% een psychische beperking en 10% een combinatie van beide (Boelhouwer en Pommer 2017). Van de deelnemende melders zegt bijna de helft mantelzorg te ontvangen (Vonk et al. 2017).

Dat de doelgroep van de Wmo 2015 heel uiteenlopend is, blijkt bijvoorbeeld ook uit gegevens van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Op hun website is een opsomming gegeven van 'Specifieke Doelgroepen Wmo'.⁴ Hierin wordt niet alleen gewezen op mensen met een psychische aandoening (aandoeningen die soms lastig te herkennen zijn, aldus de informatie op de website) of dementie, maar ook op mensen met de spierziekte ALS (die vanwege de progressiviteit van de ziekte niet te lang op hulpmiddelen kunnen wachten), mensen met autisme, doven/slechthorenden (die in het kader van de Wmo 2015 gebruik kunnen maken van een doventolk), mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH), orgaandonoren (die hulp bij het huishouden nodig kunnen hebben) of ouderen met een verstandelijke beperking.

Van de mensen die wijkverpleging ontvangen, is ruim 60% vrouw. De gemiddelde leeftijd is 76 jaar. Iets meer dan de helft woont samen met een partner of anderen (Francke et al. 2017).

Van de Wlz-zorgvragers die hebben deelgenomen aan een onderzoek naar de toegang tot de Wlz is 60% vrouw (Van Klaveren et al. 2017). Ongeveer 70% is 65 jaar of ouder. Veel woonden op het moment van de aanvraag alleen. Van de respondenten die jonger dan 65 jaar zijn, is ongeveer de helft vrouw en woont de meerderheid bij zijn/haar ouders. De meest voorkomende beperkingen onder de Wlz-zorgvragers in dat onderzoek waren licha-

melijke beperkingen (zes op de tien) en geheugen- of oriëntatieproblemen (vijf op de tien). Bijna zes op de tien hadden meerdere beperkingen.

Noten

- 1 Hierbij gaat het in de Wmo 2015 om sociale en/of emotionele problemen die de leefsituatie aantoonbaar ernstig ontwrichten.
- 2 Bron: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn, zie <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/dementie/cijfers-context/huidige-situatie#node-aantal-mensen-met-dementie> (geraadpleegd op 4 april 2018).
- 3 Over het aandeel mensen met een verstandelijke beperking zijn alleen globale schattingen bekend. Woittiez et al. (2014) schatten dat er in Nederland 8,5% (8,5 per 1000) mensen zijn met een verstandelijke beperking (van wie ruim de helft een lichte en bijna de helft een matige/ernstige beperking heeft). In 2013 waren dat naar schatting 142.000 personen (74.000 met een lichte beperking (IQ 50-69) en 68.000 met een matige/ernstige beperking (IQ < 50)). Er zijn in Nederland ongeveer 1,4 miljoen zwakbegaafden (IQ 70-85) die ook sociale redzaamheidsproblemen hebben. Zij kunnen aanspraak maken op dezelfde zorg en ondersteuning als mensen met een licht verstandelijke beperking.
- 4 Zie: <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/inkoop-kwaliteit-en-toezicht-wmo/specifieke-doelgroepen-wmo> (geraadpleegd 8 maart 2018).

Literatuur

- Boelhouwer, Jeroen en Evert Pommer (2017). DEEL A. Maatschappelijke uitkomsten en kwaliteit van leven in het sociaal domein. In: Evert Pommer en Jeroen Boelhouwer (red.), *Overall rapportage sociaal domein 2016. Burgers (de)centraal* (p. 62-174). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- ciz (2016). *1 jaar Wlz: een overzicht*. Geraadpleegd op 28 mei 2018 via https://www.ciz.nl/images/pdf/cijfers-en-feiten/Rapportage_1-jaar_Wlz_compleet.pdf.
- Comijs, H.C., M.G. Dik, F. Rijmen, C. Jonker, T.N. van den Kommer en D.J.H. Deeg (2006). Vroege predictoren van dementie, de constructie van beslisbomen. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 37, nr. 6, p. 296-303.
- Francke, A.L., P.M. Rijken, K. de Groot, A.J.E. de Veer, K.A.M. Verkleij en H.R. Boeije (2017). *Evaluatie van de wijkverpleging. Ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals*. Utrecht: NIVEL.
- Klaveren, Susan van, Kees-Jan van de Werfhorst, Naomi Meys, Lieke Brouwer, Arthur van der Harg en Gert Cazemier (2017). *Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg. Ervaringen van aanvragers en professionals*. Amersfoort: BMC.
- Pommer, Evert en Jeroen Boelhouwer (red.) (2017). *Overall rapportage sociaal domein 2016. Burgers (de)centraal*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Putman, Lisa, Debbie Verbeek-Oudijk en Mirjam de Klerk (2017). *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2016. Ontvangen hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Veerbeek, M., A. Knispel en J. Nuijen (2012). *GGZ in tabellen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Vektis (2017). *Wijkverpleging*. Geraadpleegd op 9 april 2018 via <https://www.zorgprismaopenbaar.nl/producten/zorg-dichtbij/wijkverpleging>.
- Verbeek-Oudijk, Debbie en Cretien van Campen (2017). *Ouderen in verpleeghuizen en Verzorgingshuizen. Landelijk overzicht van hun levenssituatie in 2015/16*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Verbeek-Oudijk, Debbie, Lisa Putman en Mirjam de Klerk (2016). *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015. Ontvangen hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Volksgezondheidszorg (2018). *Aantal mensen met dementie*. Geraadpleegd op 4 april 2018 via <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/dementie/cijfers-context/huidige-situatie> \l "node-aantal-mensen-met-dementie
- Vonk, Frieke, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk en Alice de Boer (2017). Melders en mantelzorgers. In: Peteke Feijten, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering, *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders* (p. 46-61). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Woittiez, Isolde, Lisa Putman, Evelien Eggink en Michiel Ras (2014). *Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijk beperking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

3 Bedoelingen van de Hervorming Langdurige Zorg: het algemene kader

Mariska Kromhout

Dit hoofdstuk geeft een beknopte analyse van de beleidstheorie die ten grondslag ligt aan de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ). We gaan eerst in op de aanleiding tot de hervorming en op de gestelde doelen. Daarna komen de hoofdlijnen van de nieuwe wetgeving en de verwachtingen aan het adres van de verschillende actoren aan bod. Ten slotte besteden we aandacht aan de onderliggende aannamen van de hervorming (zie ook Hoogerwerf 1984; Leeuw 2003). Hoofdstuk 4 tot en met 6 gaan specifiek in op de bedoelingen van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), de wijkverpleging in de Zorgverzekeringwet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz).

3.1 Aanleiding en doelen

In hoofdstuk 1 is kort beschreven hoe de reikwijdte van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) sinds 2007 is verkleind, totdat deze wet met ingang van 1 januari 2015 helemaal werd vervangen door de Wmo 2015, de Wlz en het gewijzigde Besluit zorgverzekering. Volgens het Regeerakkoord van oktober 2012 was de achterliggende gedachte bij deze stelselherziening als volgt (TK 2012/2013a: 22):

In de langdurige en welzijnszorg willen we de komende periode een omslag maken naar meer maatwerk, meer zorg in de buurt, meer samenwerking tussen de verschillende aanbieders maar ook naar houdbaar gefinancierde voorzieningen, zodat ook latere generaties er nog gebruik van kunnen maken. Dit betekent dat maximaal aansluiting gezocht zal worden bij wat mensen nodig hebben en wat gemeenten in staat zijn te doen. Ook richten wij de voorzieningen scherper op beschikbaarheid voor mensen, die zich uit eigen middelen geen alternatief kunnen veroorloven. Daarbij geven wij prioriteit aan zorg met een medisch karakter boven zorg met een niet-medisch karakter, omdat mensen bij die laatste vorm van zorg vaker (maar niet altijd) op alternatieven in eigen kring kunnen terugvallen.

In de brief *Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst* (de HLZ-brief) van 25 april 2013 noemde Van Rijn, de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, drie motieven voor de gewenste omslag (TK 2012/2013b: 1-2):

- ‘[...] omdat de eisen die we stellen aan de organisatie van de langdurige zorg aan het veranderen zijn’: mensen worden ‘steeds ouder’ en stellen ‘andere eisen aan de kwaliteit van het leven bij dat ouder worden’. ‘Mensen willen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen wonen en niet eenzaam zijn.’ Daarvoor zal vaak ‘ondersteuning van het eigen sociale netwerk of (gemeentelijke) thuiszorgvoorzieningen nodig zijn. En als het

thuis echt niet langer gaat, moeten er goede instellingen zijn waar oog is voor het individu en de kwaliteit van leven.’

- ‘de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg’: ‘In de afgelopen decennia is de AWBZ overbelast geraakt; teveel zaken die we ook zelf zouden kunnen regelen, worden uit de collectieve middelen betaald. Daarmee dreigt het gevaar van steeds hogere premies die het besteedbare inkomen uithollen en de solidariteit aantasten.’
- ‘de wijze waarop wij in Nederland samen leven’: ‘Wij moeten niet terug naar de tijd dat participatie afhankelijk was van liefdadigheid. Tegelijkertijd willen we ook geen samenleving, waarin het tegengaan van eenzaamheid afhankelijk is van betaalde en verzekerde zorg.’

In een latere brief verwoordde de staatssecretaris het eerste punt net iets anders (TK 2013/2014a: 2-3):

Door middel van eerder genoemde brief van 25 april 2013 heb ik aangegeven op welke wijze het kabinet het stelsel van langdurige zorg en ondersteuning beter wil laten aansluiten bij de ontwikkelingen en eisen van deze tijd. Zowel in de ouderenzorg, de geestelijke gezondheidszorg als in de gehandicaptenzorg is een trend waarneembaar van langere actieve participatie en een grotere zelfstandigheid en zelfredzaamheid, wat onder meer tot uitdrukking komt in woonvormen die beter passen bij de individuele wensen en mogelijkheden van cliënten. De veranderde behoefte aan passende zorg en ondersteuning vraagt om een multidisciplinair aanbod vanuit een medische, sociale en psychische invalshoek en om meer coördinatie, samenhang en lokaal maatwerk.

Uit het voorgaande volgen de drie hoofddoelen van de aangekondigde hervorming (bijlage bij TK 2012/2013b: 2; zie ook TK 2013/2014a: 1):

- betere kwaliteit van ondersteuning en zorg;
- grotere betrokkenheid in de samenleving (meer voor elkaar zorgen);
- financiële houdbaarheid van de langdurige zorg en ondersteuning.

Per doel gaf de staatssecretaris aan waarom de destijds bestaande zorg in zijn ogen niet voldeed (bijlage bij TK 2012/2013b: 2-4).

Ad a: ‘Betere kwaliteit van ondersteuning en zorg’

- ‘In de huidige zorg wordt bij relatief lichte zorgvragen nog te vaak gehandeld vanuit een medisch perspectief met minder aandacht voor problemen achter of naast de zorgvraag (bv. eenzaamheid of schuldenproblematiek).’
- Door ‘de verdergaande specialisatie in de zorg’ wordt ‘de mens [...] “opgeknipt” in domeinen en [dreigt] als geheel met zijn wensen en doelen uit beeld [...] te raken.’
- ‘Ook wordt de ondersteuning en zorg en daarmee het dagelijkse leven – met alle goede bedoelingen – te vaak onnodig overgenomen door professionals (medicalisering), waardoor mensen te afhankelijk van zorg worden gemaakt.’

- ‘De-institutionaliseren van zorg staat voorop: mensen worden in staat gesteld om met ondersteuning en zorg zo lang mogelijk in de eigen omgeving te wonen. En voor degenen die toch op zorg zijn aangewezen, geldt dat meer zorg op menselijke maat wordt geboden. Dat betekent dat instellingen zich richten naar de cliënt, in plaats van dat deze zich moet schikken naar de regels en gebruiken van de instelling. Er komt meer ruimte voor maatwerk, ook in een instelling, en meer ruimte voor professioneel handelen doordat regels en bureaucratie worden teruggedrongen.’

Het gaat hier zowel om de kwaliteit van de zorg en ondersteuning zoals de cliënt die ervaart, als om de kwaliteit van het stelsel waarbinnen bepaalde keuzes worden gemaakt, bijvoorbeeld tussen lichtere (sociaal-maatschappelijke) en zwaardere (medisch-specialistische) hulp. In het nieuwe stelsel zou waar mogelijk minder en minder zware professionele hulp geboden moeten worden, en zou meer integraal moeten worden gewerkt dan in het oude stelsel.

Ad b: ‘Meer voor elkaar zorgen’

- ‘Nederland [is] toegegroeid naar een situatie waarbij hulp en ondersteuning, zoals huishoudelijke hulp, wordt geboden, terwijl de (financiële) mogelijkheden van de mensen zelf of hun sociale omgeving teveel op de achtergrond zijn gekomen.’
- ‘Ook binnen de zorgverlening thuis of in een instelling wordt te vaak een kloof waargenomen tussen informele en formele zorg.’
- ‘Ook blijkt uit onderzoek dat ondanks die inzet [van mantelzorgers en vrijwilligers; red.] ongeveer 30% van de 65-plussers zich eenzaam voelt. Bij degenen ouder dan 85 jaar bedraagt dit 50%. Personen met een hogere leeftijd en alleenstaanden (met name verweduwen) voelen zich vaker eenzaam. De trends van (dubbele) vergrijzing en de toename van het aantal alleenstaande ouderen voorspellen dat het absolute aantal eenzame ouderen zal toenemen. Ook daarom zijn mantelzorgers en vrijwilligers in een meer betrokken samenleving onmisbaar. Op die manier kan het vraagstuk van eenzaamheid eerst in eigen kring opgelost worden. Mocht dat niet toereikend zijn dan kan een beroep worden gedaan op de ondersteuning die gemeenten kunnen bieden.’

Ad c: ‘Financiële houdbaarheid van de langdurige zorg’

- ‘Hervormingen in de langdurige zorg zijn noodzakelijk, omdat bij de huidige uitgavengroei het stelsel financieel onhoudbaar is. De AwbZ heeft de afgelopen decennia een sterke groei van de uitgaven gekend. Van € 275 mln. bij aanvang naar € 25,1 mld. in 2011; een jaarlijkse groei van 8,6%. De reële zorguitgaven stijgen sinds het begin van deze eeuw met circa 4,3% per jaar. Dit is bijna drie keer zoveel als de structurele economische groei.’
- ‘Ook internationaal gezien lopen we uit de pas. In Nederland wordt een relatief groot deel van de langdurige zorg publiek gefinancierd. Samen met Zweden is Nederland koploper. De uitgaven voor langdurige zorg zijn thans 2,5 keer zo hoog als het gemiddelde van alle OECD-landen [...]. We bevinden ons in de situatie waar de gevolgen van

de financiële crisis moeten worden opgevangen en de uitgaven van de langdurige zorg sterk zullen stijgen als we niets doen. Bij ongewijzigd beleid zal in Nederland in de komende decennia het aandeel ten opzichte van het BBP verdubbelen. Zo'n groei leidt steeds meer tot verdringing van andere overheidsbestedingen. Dit geldt ook voor de beschikbaarheid van toekomstige werknemers in de zorg.'

Het laatste doel werd het meest concreet uitgewerkt: het toenmalige kabinet verwachtte dat de te nemen maatregelen zouden leiden tot afvlakking van de groei van de zorg-uitgaven in de periode 2014-2017. Daarbij werd vermeld dat na de hervorming in 2017 nog evenveel aan de langdurige zorg en ondersteuning zou worden uitgegeven als in 2012.¹ De hervorming zou bovendien leiden tot structureel minder uitgaven ter grootte van 3,5 miljard na 2017 (TK 2012/2013b: 2; bijlage bij TK 2012/2013b: 3-4). Later meldde de staatssecretaris aan de Eerste Kamer dat de uitgavengroei in Nederland zou afnemen 'tot een gemiddeld Europees niveau' (EK 2013/2014: 4). Dit alles moest bijdragen aan 'het veilig stellen van de ondersteuning en zorg voor kwetsbare Nederlanders in de toekomst' (bijlage bij TK 2012/2013b: 4).

Naast de doelen op het niveau van het nieuwe stelsel als geheel zijn verspreid in de HLZ-brief doelen voor het functioneren van mensen met behoefte aan zorg of ondersteuning te vinden (bijlage bij TK 2012/2013b):

- meer participatie / meer gelijke deelname aan de maatschappij;
- meer eigen regie;
- meer zelfredzaamheid / meer zelfstandigheid;
- langer / zo lang mogelijk zelfstandig wonen;
- minder eenzaamheid;
- meer kwaliteit van leven.

In de HLZ-brief worden deze doelen niet toegelicht. In de Memorie van Toelichting bij de Wmo 2015 staan wel omschrijvingen van de begrippen 'participatie' en 'zelfredzaamheid':

Participatie:

'Het deelnemen aan het maatschappelijke verkeer, dit wil zeggen dat iemand, ondanks zijn lichamelijke of geestelijke beperkingen, op gelijke voet met anderen in redelijke mate mensen kan ontmoeten, contacten kan onderhouden, boodschappen kan doen en aan maatschappelijke activiteiten kan deelnemen. Daarvoor is het ook een vereiste dat hij zich kan verplaatsen' (TK 2013/2014b: 123).

Zelfredzaamheid:

- het uitvoeren van de noodzakelijke algemene dagelijkse levensverrichtingen (handelingen die mensen dagelijks in het gewone leven verrichten, met inbegrip van persoonlijke verzorging), en
- het voeren van een gestructureerd huishouden (TK 2013/2014b: 122-123).

De doelen voor mensen met beperkingen hangen volgens de staatssecretaris onderling samen, zo suggereert deze passage uit de bijlage bij de HLZ-brief:

Gemeenten krijgen per 1 januari 2015 op grond van de Wmo een brede verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van burgers die beperkt kunnen participeren. Door gerichte ondersteuning bij het voeren van regie op het eigen leven, het uitvoeren van algemeen dagelijkse levensverrichtingen en het ontmoeten van anderen, kunnen burgers met een beperking langer thuis blijven wonen en participeren in de maatschappij. Dit draagt bij aan hun welbevinden en voorkomt onnodige medicalisering. (bijlage bij TK 2012/2013b: 8)

In de (bijlage bij de) HLZ-brief worden weinig expliciete relaties gelegd tussen de doelen voor het stelsel en die voor het functioneren van mensen met een zorg- of ondersteuningsbehoefte. Eerder zagen we wel hoe een verband wordt gelegd tussen ‘betere kwaliteit van ondersteuning en zorg’ en ‘zo lang mogelijk thuis wonen’, en tussen ‘meer voor elkaar zorgen’ en het tegengaan van eenzaamheid.

3.2 Wetgeving en bestuurlijk kader

Om de diverse doelen te bereiken, koos het toenmalige kabinet voor ingrijpende wijzigingen in de wet- en regelgeving, en voor (nog meer) decentralisatie van verantwoordelijkheden naar gemeenten. Het kabinet wilde hiermee een stelsel creëren ‘waarin de rol van de overheid groter wordt naarmate mensen meer zorg nodig hebben, minder inkomen hebben en hun sociale netwerk minder op kan vangen’ (bijlage bij TK 2012/2013b: 2).

De volgende uitgangspunten stonden centraal (bijlage bij TK 2012/2013b: 4; zie ook TK 2013/2014c: 13):

- Uitgegaan wordt van wat mensen (nog) wel kunnen in plaats van wat ze niet kunnen. Kwaliteit van leven (welbevinden) staat voorop.
- Als ondersteuning nodig is, wordt allereerst gekeken naar het eigen sociale netwerk en de financiële mogelijkheden van betrokkenen, en wordt de hulp dichtbij georganiseerd.
- Voor wie – ook met steun van de omgeving – niet (meer) zelfredzaam kan zijn, is er altijd (op participatie gerichte) ondersteuning en/of passende zorg beschikbaar.
- De meest kwetsbare mensen krijgen recht op passende zorg in een beschermende, intramurale omgeving in een nieuwe kern-AWBZ.

In de loop van de wetsgeschiedenis van de Wmo 2015 en de Wlz werd het laatste uitgangspunt losgelaten. Volgens het Regeerakkoord van 2012 (TK 2012/2013a) zou alleen zorg voor mensen die in een instelling verblijven onder de opvolger van de AWBZ vallen, in dit geval de Wlz. Volgens de uiteindelijke wetgeving kan Wlz-zorg echter ook thuis worden geboden, hoewel daar wel een indicatie voor intramurale zorg voor nodig is. Daarnaast zijn gemeenten onder de Wmo 2015 ook verantwoordelijk geworden voor beschermd wonen (TK 2013/2014a).²

De Hervorming Langdurige Zorg werd in wetgeving vastgelegd door afschaffing van de AWBZ, invoering van de Wmo 2015 (een algehele herziening van de Wmo van 2007), invoering van de Wlz en aanvulling van het Besluit zorgverzekering. De zorg uit de AWBZ werd met ingang van 1 januari 2015 als volgt verdeeld (o.a. bijlage bij TK 2012/2013b; TK 2013/2014c) (zie ook tabel 15.1 in hoofdstuk 15):

- extramurale begeleiding (inclusief dagbesteding en vervoer) en beschermd wonen zijn onderdeel van de Wmo 2015;
- persoonlijke verzorging die met begeleiding is verbonden, valt onder de Wmo 2015;³
- kortdurend verblijf (respijt zorg) is onderdeel van de Wmo 2015;
- extramurale verpleging en de daarmee verbonden persoonlijke verzorging vallen onder de aanspraak wijkverpleging in de Zvw;
- extramurale behandeling in verband met een zintuiglijke beperking valt onder de Zvw;
- op behandeling gerichte intramurale geestelijke gezondheidszorg (ggz-B) valt in de eerste drie behandeljaren onder de Zvw, daarna onder de Wlz;
- intramurale zorg of volledige zorg thuis voor mensen met een blijvende behoefte aan 24 uurszorg in de nabijheid vallen onder de Wlz.

Net als in de Wmo van 2007 werd in de Wmo 2015 een deel van de (nu voormalige) AWBZ onder de verantwoordelijkheid van gemeenten gebracht, en dus gedecentraliseerd. De veronderstelling is dat gemeenten dichter bij hun burgers staan en dat ze daardoor betere en goedkopere oplossingen voor hun ondersteuningsbehoeften kunnen vinden. Gemeenten bepalen zelf wie in aanmerking komt voor ondersteuning. Ook moeten ze toezicht houden op de kwaliteit daarvan en hun beleid verantwoorden aan de gemeenteraad (TK 2013/2014b). Hoewel de gemeenten verantwoordelijk zijn, heeft de rijksoverheid wel een zogenoemde ‘stelsel’- of ‘systeem’verantwoordelijkheid voor de Wmo 2015. Er is veel discussie over de vraag wat hieronder moet worden verstaan en hoe dit moet worden ingevuld (zie o.a. rvs 2016). In de praktijk werd de staatssecretaris van vws tijdens onze onderzoeksperiode regelmatig door de Tweede Kamer ter verantwoording geroepen over de lokale invulling van de Wmo 2015.

De Wlz is een nieuwe volksverzekering onder verantwoordelijkheid van de rijksoverheid. Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) voert de indicatiestelling uit, net zoals voorheen onder de AWBZ, en bepaalt zo wie toegang krijgt tot zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) houdt toezicht op onder meer de informatievoorziening van zorgkantoren en zorgaanbieders aan cliënten. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ; voorheen Inspectie Gezondheidszorg (IGZ)) houdt toezicht op de kwaliteit van de geleverde zorg.

Ook de Zvw valt onder de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid. Iedere Nederlander is wettelijk verplicht om een zorgverzekering af te sluiten. Met de wijziging van het Besluit zorgverzekering is het basispakket uitgebreid met de zogenoemde aanspraak wijkverpleging en met de extramurale behandeling voor mensen met een zintuiglijke beperking. Daarnaast zijn de eerste drie jaar van opname in een instelling voor langdurige, op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg in de Zvw ondergebracht. Ook voor zorg geleverd uit hoofde van de Zvw is de IGJ toezichthouder.

Over de verhouding tussen de onderdelen van het stelsel meldde het kabinet:

De aard van de zorg of ondersteuning bepaalt in grote mate vanuit welk stelsel, of domein, zorg of ondersteuning geleverd wordt. Heeft die met name een medisch karakter en is ze gericht op behandelen of genezen, dan is de Zvw het aangewezen domein. Is het hoofddoel participeren in de samenleving of ondersteuning bij zelfredzaamheid, dan biedt de Wmo een passend kader. De Wlz is er voor mensen die levenslang en levensbreed op zorg zijn aangewezen.

(TK 2013/2014c: 13)

Op het snijvlak van de Wmo 2015 en de Wlz zijn de verantwoordelijkheden als volgt verdeeld:

Uitgangspunt is dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor de maatschappelijke ondersteuning van hun ingezetene tot het moment waarop hij een indicatie voor zorg op grond van de Wlz heeft. Op dat moment is langs de weg van zorginhoudelijke criteria vastgesteld dat iemand vanwege beperkingen als gevolg van bijvoorbeeld leeftijd of handicap, blijvend permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid nodig heeft. De zorgplicht wordt dan overgenomen door het zorgkantoor. Belangrijk is dat een soepele overgang kan plaatsvinden van het gemeentelijk domein naar de Wlz. Op grond van de Wmo zijn gemeenten tevens verantwoordelijk voor de ondersteuning van de cliënt bij het aanvragen van de Wlz-indicatie. (EK 2013/2014: 7)

Als iemand een Wlz-indicatie heeft, hoeft de gemeente geen hulp meer te bieden vanuit de Wmo 2015. Het kabinet waarschuwde voor ‘afwenteling tussen domeinen’ (TK 2013/2014a: 3): het risico dat bijvoorbeeld gemeenten mensen ‘doorspelen’ naar de Wlz, zodat zij geen kosten hoeven te maken in het kader van de Wmo 2015 (Non et al. 2015).

Het nieuwe stelsel in zijn totaliteit moest onder meer bijdragen aan het afvlakken van de groei in de uitgaven aan langdurige zorg en ondersteuning. De wijze waarop dit precies zou moeten worden bereikt, wordt in de beleidsstukken niet nader beschreven. Uit het geheel aan maatregelen uit de (bijlage bij de) HLZ-brief blijkt dat het kabinet ervan uitging dat er een verschuiving zou plaatsvinden naar duurdere naar goedkopere en van formele naar informele vormen van zorg en ondersteuning. Voor een deel kon de wetgever dit rechtstreeks beïnvloeden via de criteria die werden opgesteld om in aanmerking te komen voor de relatief dure zorg vanuit de Wlz. Ook kregen gemeenten een kleiner budget voor het bieden van huishoudelijke hulp. Voor een ander deel was de wetgever voor het realiseren van de beoogde verschuivingen afhankelijk van andere actoren, zoals we in de volgende paragraaf laten zien.

3.3 Verwachtingen richting actoren

Niet alle bedoelingen van de Hervorming Langdurige Zorg werden (en konden worden) vertaald in gewijzigde regelgeving. De wetgever sprak daarom ook diverse (niet-afdwingbare) verwachtingen uit aan het adres van gemeenten, indicatiestellers, zorgaanbieders,

zorgverzekeraars, zorgkantoren en burgers. Zo verwachtte het kabinet volgens de HLZ-brief het volgende van deze partijen én van de samenleving als geheel (TK 2012/2013b: 3) [cursivering red.]:

- ‘Degenen die een beroep willen doen op ondersteuning of zorg worden aangesproken op wat zij samen met hun sociale omgeving kunnen doen. Deze houdt voor *gemeenten* in dat zij als overheid nog meer naast de burger moet gaan staan.’
- ‘Voor *zorgaanbieders* betekent deze hervorming dat zij meer mens- en buurtgericht gaan werken.’
- ‘Van *zorgverzekeraars/zorgkantoren* wordt verwacht dat zij samenwerken met gemeenten en meer verantwoordelijkheid nemen voor de kwaliteit van de zorg in instellingen.’
- ‘Van de *samenleving als geheel* vraagt deze hervorming meer betrokkenheid en zorg voor elkaar.’

In latere beleidsstukken werden sommige verwachtingen nog wat concreter gemaakt. Zo wilde men dat de burger ‘eerst kijkt wat hij zelf kan doen, wat zijn sociale omgeving voor hem kan doen of wat hij zelf voor een ander kan doen’ (TK 2013/2014b: 25). Zorgaanbieders en professionals werden geacht de verschillende vormen van hulp op elkaar af te stemmen en te zorgen voor ‘een multidisciplinair aanbod vanuit een medische, sociale en psychische invalshoek’ (TK 2013/2014a: 3). Het kabinet meende dat het welbevinden van mensen meer centraal moest komen te staan:

[...] zowel thuis als in instellingen. Het is nodig om meer te kijken naar de persoon in plaats van naar enkel diens aandoening of indicatie. Op die wijze kan met de burger worden bekeken welke informele en formele ondersteuning en zorg het beste bijdraagt aan zijn mogelijkheden en levensdoelen. (bijlage bij TK 2012/2013b: 2)

In een brief aan de Eerste Kamer over het gewijzigde wetsvoorstel voor de Wmo 2015 werd het belang van preventie en de inzet van lichtere vormen van zorg benadrukt:

Door inzet van preventieve maatregelen en lichtere vormen van (collectieve) ondersteuning kan de afhankelijkheid van de burger van formele individuele zorg worden verkleind en de druk op meer gespecialiseerde zorg verminderen. (EK 2013/2014: 3)

Dit alles zou volgens het toenmalige kabinet een cultuuromslag vergen:

De hervorming van de langdurige zorg is meer dan alleen een bestuurlijk traject met nieuwe wet- en regelgeving. Het vraagt naar de mening van de regering een omslag in denken en doen van iedereen: gemeenten, aanbieders, verzekeraars en de burgers en hun vertegenwoordigers. (TK 2013/2014b: 88)

Gemeenten stonden hierbij voor een extra grote opgave. De Wmo 2015 is namelijk niet alleen onderdeel van de Hervorming Langdurige Zorg, maar ook van de drie decentralisaties in het sociaal domein, waartoe ook de Jeugdwet en de Participatiewet behoren. Beide stelselwijzigingen leidden tot nieuwe verantwoordelijkheden voor gemeenten, die daar-

voor deels nieuwe werkwijzen moesten ontwikkelen (o.a. Pommer en Boelhouwer 2016; 2017).

3.4 Onderliggende aannamen

Met het beschrijven van de doelen van de HLZ, de wetgeving, het bestuurlijk kader en de verwachtingen richting actoren zijn we er nog niet. Daaronder liggen namelijk nog impliciete aannamen en opvattingen (de beleidsideologie) (Hoogerwerf 1984; Leeuw 2003). Wanneer beleidsmaatregelen niet de verwachte resultaten opleveren, kan dat komen doordat de uitvoering meer tijd nodig heeft om alle maatregelen te implementeren, of omdat er iets schort aan de randvoorwaarden, zoals capaciteit of budget. Het uitblijven van resultaten kan ook verband houden met aannamen over het gedrag van burgers, professionals en instituten die niet kloppen. Daarom gaan we hier en in de hoofdstukken 4 tot en met 6 in op de belangrijkste aannamen die ten grondslag liggen aan de HLZ en de daarbij behorende wetten.

Mens- en maatschappijbeeld: de zelfredzame burger

In de argumenten van het toenmalige kabinet om het stelsel van langdurige zorg en ondersteuning te hervormen, is een bepaald mens- en maatschappijbeeld te herkennen. Dat mensbeeld lijkt holistisch (men wil de mens als geheel bekijken) en individualistisch (de burger moet zoveel mogelijk op eigen benen staan), maar niet egoïstisch: men wil een maatschappij waarin mensen voor elkaar zorgen (zorgzame samenleving) en waar de overheid er is als het niet anders kan (kleine overheid als vangnet). Ook gaat men ervan uit dat mensen met beperkingen zelfredzamer kunnen zijn, meer kunnen participeren en langer zelfstandig kunnen wonen, en dat zij dat ook willen.

Mensen met een ondersteuningsbehoefte willen en kunnen meer zelf doen

Onder de HLZ ligt ook de aanname dat mensen met een ondersteuningsbehoefte bereid en in staat zijn om meer zelf te doen of te organiseren, eventueel met behulp van het sociale netwerk of zelf betaalde particuliere hulp. De suggestie is dat mensen in het verleden te snel een beroep deden op formele zorg en ondersteuning, terwijl er nog mogelijkheden waren om het sociale netwerk in te schakelen of zelf hulp in te kopen.

Mensen willen en kunnen meer voor elkaar zorgen

Het zojuist genoemde veronderstelt dat mensen met een ondersteuningsbehoefte een sociaal netwerk hebben, waarop ze bovendien een (groter) beroep willen en durven te doen. Dat sociale netwerk moet vervolgens bereid en in staat zijn om de nodige hulp te geven.

Gemeenten en professionals willen en kunnen een groter beroep doen op eigen mogelijkheden

Een suggestie die met het voorgaande samenhangt, is dat gemeenten en professionals hun hulp in het verleden te snel aanboden. De hervorming veronderstelt dat gemeenten en professionals bereid en in staat zijn om een groter beroep te doen op de eigen mogelijkheden van de hulpvrager. Dit vergt – behalve de aanwezigheid van die mogelijkheden bij de hulpvrager – een bepaalde attitude en de nodige kennis en vaardigheden bij gemeenten, indicatiestellers en zorgverleners.

Gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders willen en kunnen integraal werken

Het toenmalige kabinet wilde de langdurige zorg en ondersteuning zodanig vernieuwen dat meer maatwerk en integrale hulp zou worden geboden zonder verdere groei van de uitgaven. Er werd een grote rol toebedacht aan de gemeenten, die dichter bij de burger zouden staan dan landelijke of regionale organen (zie hoofdstuk 4). Tussen gemeenten en zorgverzekeraars en tussen (professionals van) aanbieders van zorg en ondersteuning werd afstemming en samenwerking verwacht. Ook dit veronderstelt een bepaalde attitude, kennis en vaardigheden en de juiste financiële prikkels om het door de overheid gewenste gedrag te vertonen.

In dit hoofdstuk hebben we de zogenoemde beleidstheorie van de HLZ in zijn algemeenheid beschreven. Daarbij valt op dat in de Kamerstukken heel weinig wordt gezegd over de mechanismen waarmee het landelijke beleid zou kunnen bijdragen aan het behalen van de doelen. Door middel van wetswijzigingen en het uitspreken van verwachtingen hoopte het kabinet dat gemeenten, indicatiestellers, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en burgers anders zouden gaan denken en zich anders zouden gaan gedragen. In de overkoepelende beschouwing voor in dit rapport gaan we in op de vraag of dat inmiddels zichtbaar is geworden.

3.5 Ontwikkelingen na 1 januari 2015

Voor een deel van de ‘oude’ AWBZ- en Wmo-cliënten gold in 2015 en 2016 overgangsrecht. Ook werd voor bepaalde groepen pas na verloop van tijd duidelijk of ze recht hadden op zorg op grond van de Wlz. Bovendien is met ingang van 2015 een aanvullende voorziening gecreëerd, namelijk het eerstelijnsverblijf (ELV). Dat is ‘verblijf in een instelling dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg, zoals huisartsen plegen te bieden, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg’ (TK 2014/2015a). In de Wlz werd hiervoor een subsidieregeling opgenomen. Het ELV is met ingang van 1 januari 2017 onderdeel geworden van de Zvw. Ook het beschikbare budget voor onderdelen van de langdurige zorg en ondersteuning is verschillende malen bijgesteld. De kortingen uit het Regeerakkoord van 2012 op het budget voor diverse onderdelen van de langdurige zorg en ondersteuning zijn deels doorgevoerd en deels verzacht.

In de beleidsstukken die na 1 januari 2015 zijn verschenen, zien we enkele accentverschuivingen ten opzichte van het Regeerakkoord van 2012 en de wetsgeschiedenis. Het beroep op de eigen verantwoordelijkheid, het eigen netwerk en de eigen portemonnee van burgers lijkt vanuit het ministerie van vws minder groot te zijn worden. Het belang van een financieel houdbaar stelsel raakt hiermee enigszins op de achtergrond, tenminste in de brieven van het ministerie aan de Tweede Kamer (zie o.a. EK 2015/2016 en TK 2014/2015b). Dit lijkt mede te zijn ingegeven door het aantrekken van de economie, de zorgen in de samenleving over de beschikbaarheid en kwaliteit van ondersteuning en zorg, en de aanhoudende signalen dat meer mantelzorgers overbelast raken. Het nieuwe kabinet verwijst in het Regeerakkoord van oktober 2017 expliciet naar de laatstgenoemde zorgen (Rijks-overheid 2017). In plaats van kortingen op het budget voor de langdurige zorg en ondersteuning kondigt dit kabinet investeringen aan in onder meer de ouderenzorg. Een andere relevante ontwikkeling is die van de jurisprudentie. Sinds 1 januari 2015 heeft de Centrale Raad van Beroep (CRvB) een aantal richtinggevende uitspraken gedaan die van invloed zijn op de uitvoering van de Wmo 2015 door gemeenten. Het Zorginstituut Nederland (ZiN) heeft adviezen gegeven voor de interpretatie van de Wlz. Ook heeft de Geschillencommissie zorgverzekering enkele adviezen uitgebracht inzake de Zvw. In latere hoofdstukken geven we waar relevant de hoofdlijnen van deze uitspraken en adviezen weer.

Noten

- 1 De bijlage bij de HLZ-brief noemt hier het jaartal 2013.
- 2 Daarnaast is de doentolkzorg ('de zorg door een doentolk bij een gesprek in de leefsituatie') met de invoering van de Wmo 2015 een nieuwe verantwoordelijkheid van gemeenten geworden (TK 2013/2014b: 78). Dit blijft in deze evaluatie buiten beschouwing.
- 3 Volgens het Regeerakkoord van 2012 zouden gemeenten verantwoordelijk worden voor alle persoonlijke verzorging (TK 2012/2013a).

Literatuur

- EK (2013/2014). *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)*. Verslag van een schriftelijk overleg. Eerste Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33841, nr. B.
- EK (2015/2016). *Langdurige zorg*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 februari 2016. Eerste kamer, vergaderjaar 2015/2016, 34104, nr. F.
- Hoogerwerf, A. (1984). Beleid berust op veronderstellingen: de beleidstheorie. In: *Acta Politica*, jg. 19, nr. 4, p. 493-532.
- Leeuw, F.L. (2003). Reconstructing program theories: methods available and problems to be solved. In: *American Journal of Evaluation*, jg. 24, nr. 1, p. 5-20.
- Non, Mariëlle, Ab van der Torre, Esther Mot, Evelien Eggink, Pieter Bakx en Rudy Douven (2015). *Keuzeruimte in de langdurige zorg. Veranderingen in het samenspel van zorgpartijen en cliënten*. Den Haag: Centraal Planbureau / Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Pommer, Evert en Jeroen Boelhouwer (red.) (2016). *Overall rapportage sociaal domein 2015. Rondom de transitie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Pommer, Evert en Jeroen Boelhouwer (red.) (2017). *Overall rapportage sociaal domein 2016. Burgers (de)centraal*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rijksoverheid (2017). *Vertrouwen in de toekomst. Regeerakkoord 2017-2021 vvd, cda, D66 en ChristenUnie*. Den Haag: Rijksoverheid.
- rvs (2016). *Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- TK (2012/2013a). *Kabinetsformatie 2012*. Brief van de informateurs van 29 oktober 2012. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 33410, nr. 15.
- TK (2012/2013b). *Toekomst AWBZ*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 april 2013. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 30597, nr. 296.
- TK (2013/2014a). *Zorg en maatschappelijke ondersteuning*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 4 maart 2014. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 29538, nr. 152.
- TK (2013/2014b). *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)*. Memorie van Toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33841, nr. 3.
- TK (2013/2014c). *Toekomst AWBZ*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 6 november 2013. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 30597, nr. 380.
- TK (2014/2015a). *Langdurige zorg*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 17 juni 2015. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014/2015, 34104, nr. 60.
- TK (2014/2015b). *Langdurige zorg*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 april 2015. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014/2015, 34104, nr. 55.

4 Bedoelingen van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015

Lia van der Ham

Om de bevindingen over de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) goed te kunnen begrijpen, is inzicht in de bedoelingen van die wet nodig. Aan de hand van (vooral) de Memorie van Toelichting (TK 2013/2014) beschrijven we in dit hoofdstuk daarom eerst de achtergrond en doelen van deze wet, waarna we dieper ingaan op de opdracht die gemeenten onder de Wmo 2015 hebben.

4.1 Aanleiding en doelen

De Wet maatschappelijke ondersteuning bestaat sinds 2007. Sinds 1 januari 2015 is deze wet gewijzigd en uitgebreid, en wordt hij aangeduid als de Wmo 2015. De aanleiding voor de herziening van de Wmo ligt in de bredere Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) (zie hoofdstuk 3). Binnen dit kader richt de Wmo 2015 zich specifiek op de verschuiving van meer verantwoordelijkheden voor maatschappelijke ondersteuning van het rijk naar de gemeente. Een belangrijke reden voor het uitbreiden van de verantwoordelijkheden van gemeenten is dat de regering verwacht dat gemeenten, doordat zij dichter bij burgers staan, beter in staat zijn om ondersteuning af te stemmen op lokale omstandigheden en de specifieke wensen en behoeften van hun inwoners.

In de Memorie van Toelichting (MvT) bij de Wmo 2015 wordt uitgelegd hoe de hoofd-doelen van de HLZ zijn uitgewerkt in de Wmo 2015 (TK 2013/2014: 1-4).

- *Kwaliteit van zorg en ondersteuning aanpassen aan de veranderende eisen en omstandigheden.*
Volgens de wetgever betekent dit dat mensen zo lang mogelijk thuis willen wonen, zelf de regie willen behouden en niet eenzaam willen zijn. Om deze reden wil de regering inzetten op passende ondersteuning, participatie van mensen met een beperking en de toegankelijkheid van voorzieningen en faciliteiten. In de MvT is dit als volgt omschreven:
De regering wil de mogelijkheden tot het bieden van passende ondersteuning aan mensen in de eigen leefomgeving door het sociale netwerk of met behulp van gemeentelijke voorzieningen in de nabijheid beter benutten.
[...]
Hiervoor is belangrijk dat mensen met beperkingen zoveel mogelijk in staat worden gesteld op gelijke voet te participeren en deel te nemen aan het dagelijkse leven.
[...]

Gemeenten krijgen daarom de opdracht de toegankelijkheid van voorzieningen, diensten en ruimten voor mensen met een beperking te bevorderen en daarmee bij te dragen aan het realiseren van een inclusieve samenleving.

- *Het vergroten van de betrokkenheid in de samenleving (meer voor elkaar zorgen). In relatie tot dit HIZ-doel geeft de wetgever aan dat gemeenten belangrijke verantwoordelijkheden hebben op het vlak van informele ondersteuning: Om het wonen in de eigen leefomgeving langer mogelijk te maken en het aantal mensen dat zich eenzaam voelt te verminderen, zal een groter beroep worden gedaan op het sociale netwerk van mensen en daar waar mogelijk ook op vrijwilligers.*
[...]
De regering zet daarom in op het versterken van de positie van mantelzorgers en vrijwilligers, op het verlichten van mantelzorg en vrijwilligerswerk en op het beter verbinden van informele en formele ondersteuning en zorg.
- *Financiële houdbaarheid van de langdurige zorg en ondersteuning. De wetgever legt uit dat dit doel zich uit in een ‘forse financiële opgave voor gemeenten’ en licht dit als volgt toe: De regering verwacht dat gemeenten, door een groter beroep te doen op de eigen mogelijkheden van mensen en hun sociale netwerk en door gebruikmaking van algemene voorzieningen en maatwerkvoorzieningen, de ondersteuning met een beperkter budget kunnen uitvoeren dan de rijksoverheid.*

Elders in de MvT worden specifieke ambities van de Wmo 2015 samengevat in twee punten:

- *het realiseren van een inclusieve samenleving, waarin mensen met beperkingen zoveel mogelijk in staat worden gesteld op gelijke voet met anderen te participeren (TK 2013/2014: 14)¹;*
- *de zelfredzaamheid en participatie bevorderen van mensen met een beperking of een chronisch psychisch of psychosociaal probleem, opdat zij zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kunnen blijven wonen (TK 2013/2014: 14).*

Onder de zojuist genoemde doelen van de Wmo 2015 zijn er een aantal die betrekking hebben op het zorgstelsel (of de maatschappij) als geheel, namelijk: een betere kwaliteit van ondersteuning, meer voor elkaar zorgen, een inclusieve samenleving en financiële houdbaarheid. Daarnaast is een aantal Wmo-doelen aan te wijzen die te maken hebben met het functioneren van mensen met een behoefte aan ondersteuning: meer zelfredzaamheid, participatie, meer eigen regie, minder eenzaamheid en zo lang mogelijk zelfstandig wonen.

4.2 Wetgeving en het bestuurlijk kader

Wettelijke kaders

De Wmo 2015 betekent bovenal een uitbreiding van de verantwoordelijkheid van gemeenten op het vlak van maatschappelijke ondersteuning. Wat de wetgever precies met ‘maat-

schappelijke ondersteuning' bedoelt, wordt duidelijk uit de begripsbepaling in de wettekst (Staatsblad 2014; zie ook kader 4.1).

Kader 4.1 Begripsbepaling van 'maatschappelijke ondersteuning'

Volgens artikel 1.1.1 in de Wmo 2015 omvat 'maatschappelijke ondersteuning':

- bevorderen van de sociale samenhang, de mantelzorg en het 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;
- 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;
- bieden van beschermd wonen en opvang.

Bron: Staatsblad 2014: 3

De decentralisatie van taken van het rijk naar de gemeente is al veel eerder ingezet. Zo werden gemeenten bijvoorbeeld al in 1994, met de komst van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), verantwoordelijk voor woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen. De Wmo uit 2007 zette deze lijn voort. In 2015 werden de verantwoordelijkheden van de gemeenten nog verder uitgebouwd. Dit gebeurde in het kader van zowel de Hervorming Langdurige Zorg als van de decentralisaties in het sociaal domein, waarmee gemeenten ook verantwoordelijk werden voor de uitvoering van de Jeugdwet en de Participatiewet² (figuur 4.1):

Gemeenten krijgen met de verschillende decentralisaties, in combinatie met hun huidige verantwoordelijkheden, een bredere en volledige verantwoordelijkheid voor het sociale domein. (TK 2013/2014: 6)

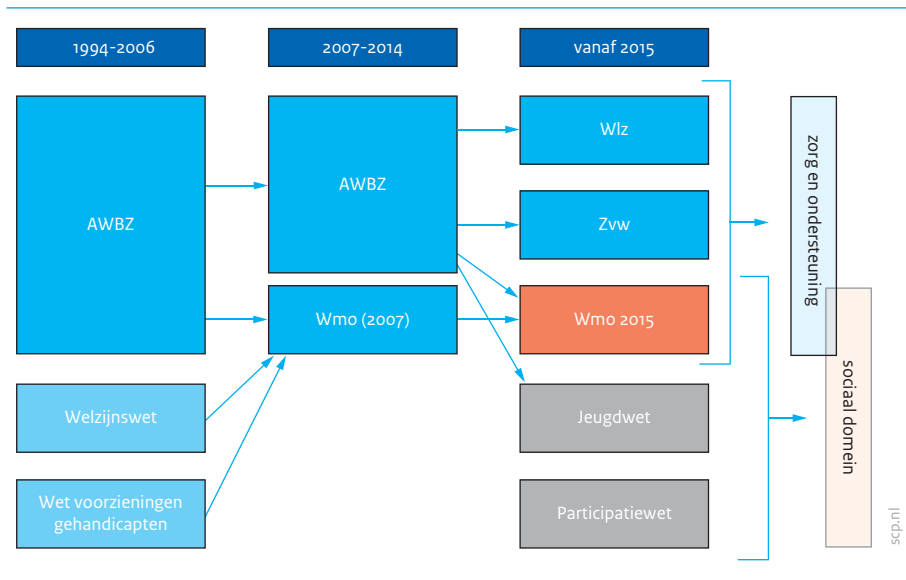
De 'oude' en de 'nieuwe' Wmo

De doelen van de Wmo 2015 komen sterk overeen met de ambities uit de Wmo uit 2007, hoewel ook enkele accentverschillen en veranderingen zijn aan te wijzen. De begrippen zelfredzaamheid³ en participatie⁴ worden bijvoorbeeld nóg meer vooropgesteld in de Wmo 2015. Ook wordt een (nog) groter beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid en de inspanningen van burgers zelf. Het zou volgens de wetgever minder vanzelfsprekend moeten zijn dat inwoners met een hulpvraag zich tot de overheid wenden voor een oplossing. Inwoners moeten eerst zelf of met hun sociale netwerk tot een oplossing proberen te komen:

In de nieuwe opzet staat echter de eigen verantwoordelijkheid van de burger en zijn sociale netwerk veel nadrukkelijker voorop en is de gemeente alleen aan zet voor zover de burger niet zelf of met de hulp van dat netwerk tot participatie kan komen. Daarom is ervoor gekozen in het wetsvoorstel niet langer de prestatievelden en voorzieningen voorop te zetten, maar met behulp van de begrippen 'zelfredzaamheid' en 'participatie' voorop te stellen wat in beginsel van de burger zelf verwacht wordt. (TK 2013/2014: 119)⁵

Figuur 4.1

Vereenvoudigde weergave van oude en nieuwe wettelijke kaders rondom de Wmo 2015



Bron: scp

Daarnaast worden gemeenten in de Wmo 2015, meer dan in de Wmo uit 2007, expliciet aangespoord om in hun beleidsplan aandacht te besteden aan het realiseren van zo integraal mogelijke dienstverlening, waarbij de geboden ondersteuning samenhangt met andere voorzieningen. Doordat gemeenten vanaf 1 januari 2015 ook verantwoordelijk werden voor jeugdhulp (de Jeugdwet) en aanvullende taken kregen op het gebied van werk en inkomen (de Participatiewet), zouden ze beter in staat moeten zijn om verbindingen te leggen tussen verschillende beleidsterreinen, en verschillende ondersteuningsvormen en voorzieningen op elkaar af te stemmen.

Er zijn nog enkele andere relevante accentverschillen en veranderingen in de Wmo 2015 ten opzichte van de Wmo uit 2007:

– *Nieuwe vormen van ondersteuning*

Gemeenten hebben de verantwoordelijkheid gekregen voor een groter aantal vormen van ondersteuning. Terwijl ze eerder de verantwoordelijkheid hadden voor huishoudelijke hulp, hulpmiddelen, welzijnswerk en maatschappelijke opvang, zijn ze sinds 2015 ook verantwoordelijk geworden voor onder andere begeleiding en persoonlijke verzorging die daarmee samenhangt, dagbesteding, beschermd wonen.

– *Resultaatverplichting*

In de Wmo 2015 is een zogenoemde resultaatverplichting opgenomen, wat inhoudt dat gemeenten beleid moeten maken ter ondersteuning van mensen die niet volledig zelf

kunnen voorzien in hun zelfredzaamheid en participatie, of die behoefte hebben aan beschermd wonen of opvang. De nadruk ligt op het te behalen resultaat (zelfredzaamheid en participatie). In de Wmo uit 2007 stond de compensatieplicht centraal, wat betekende dat gemeenten mensen met een beperking moesten compenseren voor de beperkingen die ze ondervonden bij hun zelfredzaamheid en participatie. Hoewel in de Wmo 2015 nog wel wordt gesproken over het compenseren van beperkingen, wordt nu expliciet aangegeven dat dit ter ondersteuning is van mensen die deze beperkingen niet op eigen kracht of met behulp van het sociale netwerk of algemene voorzieningen kunnen verminderen of wegnemen.

– *Ruimere maatwerkverplichting en zorgvuldig onderzoek*

De zojuist genoemde resultaatverplichting gaat gepaard met een ruimere opdracht tot het leveren van maatwerk. Maatwerk heeft in dit geval betrekking op een ‘samenhangend ondersteuningsaanbod’ dat is afgestemd op de individuele behoeften en mogelijkheden van een persoon. Dit maatwerk kan bestaan uit de eigen inzet van een persoon, mantelzorg, algemene voorzieningen en eventueel een maatwerkvoorziening. Wanneer iemand zich met een behoefte aan ondersteuning meldt bij de gemeente, moet zorgvuldig gemeentelijk onderzoek ertoe leiden dat er passende ondersteuning wordt geboden. In tegenstelling tot de Wmo uit 2007 beschrijft de Wmo 2015 de verschillende elementen van dit onderzoek. Hierdoor kan de rechter toetsen of het onderzoek voldoet aan de gestelde wettelijke voorschriften.

– *Meer inzet op algemene voorzieningen, minder op maatwerkvoorzieningen*

In de Wmo 2015 wordt nog meer dan daarvoor ingezet op lichte, laagdrempelige vormen van ondersteuning, en in dit verband wordt het belang van algemene voorzieningen benadrukt (kader 4.2). Onder de Wmo 2015 spoort de regering gemeenten aan om sterk in te zetten op het ontwikkelen en gebruik van dit soort voorzieningen. Alleen wanneer de eigen mogelijkheden van inwoners, hun sociale netwerk of algemene voorzieningen onvoldoende ondersteuning bieden, wordt een maatwerkvoorziening geboden (kader 4.2).

Kader 4.2 Toelichting op de begrippen ‘maatwerkvoorziening’ en ‘algemene voorziening’

Maatwerkvoorziening

Een maatwerkvoorziening wordt geboden wanneer eigen kracht, hulp vanuit het sociale netwerk en/of algemene voorzieningen ontoereikend zijn. Bij de (eventuele) toekenning van een maatwerkvoorziening is voorafgaand onderzoek door de gemeente nodig om te bepalen welke ondersteuning passend is bij de situatie van een persoon. Concrete voorbeelden van voorzieningen die vaak in de vorm van een maatwerkvoorziening worden verstrekt zijn: huishoudelijke hulp (bv. schoonmaken of opruimen), hulpmiddelen (bv. een scootmobiel of rolstoel), woningaanpassingen, begeleiding, dagbesteding en beschermd wonen. Per gemeente kan verschillen welke voorzieningen als maatwerkvoorziening worden aangeboden. Voor de meeste maatwerkvoorzieningen kan een eigen bijdrage van inwoners worden gevraagd. Gemeenten bepalen zelf of er een eigen bijdrage wordt gevraagd en wat de hoogte daarvan is, met een wettelijk vastgesteld maximum.

Algemene voorziening

Algemene voorzieningen zijn voor alle inwoners toegankelijk zonder dat voorafgaand onderzoek naar de hulpvraag van een inwoner nodig is. Voorbeelden van algemene voorzieningen zijn een klusdienst, was- en strijkservice, maaltijdvoorziening, sociaal vervoer, informele buurtzorg, sociaal-culturele voorzieningen en een opvang voor dak- en thuislozen die uitsluitend bestaat uit slapen en eten zonder verdere ondersteuning. Gemeenten kunnen eventueel ook de diensten van een sociaal wijkteam in de vorm van een algemene voorziening organiseren. Daarnaast kunnen algemene voorzieningen in meer algemene zin betrekking hebben op de toegankelijkheid van gebouwen en voorzieningen, het lokale vervoer en de toegankelijkheid van informatie. Het verschilt per gemeente welke algemene voorzieningen er zijn. Gemeenten kunnen voor het gebruik van algemene voorzieningen een eigen bijdrage van inwoners vragen en kunnen de hoogte daarvan zelf bepalen. Het maximum dat een gemeente hiervoor mag vragen, is de kostprijs van de voorziening.

Bron: TK 2013/2014

Brede opdracht voor gemeenten

In brede zin krijgen gemeenten de opdracht om zorg te dragen voor maatschappelijke ondersteuning, en voor de kwaliteit en continuïteit van voorzieningen (Staatsblad 2014). De Wmo 2015 is – net als de Wmo uit 2007 – een kaderwet, die alleen de grenzen en uitgangspunten van het beleid aangeeft. De wet omschrijft een beperkt aantal verplichtingen voor de uitvoering ervan door de gemeenten en omschrijft verder een groot aantal bredere (niet-afdwingbare) verwachtingen. Gemeenten hebben hierdoor veel beleidsruimte bij de inrichting en uitvoering van de Wmo 2015.

Verplichtingen

Aan de brede opdracht voor gemeenten is een aantal concrete verplichtingen verbonden, zo blijkt uit de verschillende artikelen in de wetstekst van de Wmo 2015 (Staatsblad 2014). Enkele centrale verplichtingen voor gemeenten zijn:

- Wanneer een melding wordt gedaan van een behoefte aan maatschappelijke ondersteuning, dan hebben gemeenten de verplichting om binnen zes weken een onderzoek naar de ondersteuningsbehoefte van de desbetreffende inwoner uit te voeren. De inwoner is verplicht de benodigde informatie voor het onderzoek aan te leveren (zie kader 4.3 voor verdere verplichtingen bij het onderzoek). En de gemeente moet binnen twee weken een besluit nemen op een aanvraag voor een maatwerkvoorziening.
- Wanneer een inwoner in aanmerking komt voor een maatwerkvoorziening, moet de gemeente ervoor zorgen dat die voorziening ook daadwerkelijk wordt verstrekt. Bij de toewijzing ervan moet rekening worden gehouden met de uitkomsten van het gemeentelijk onderzoek naar de ondersteuningsbehoeften van een cliënt. De voorziening moet bovendien een passende bijdrage leveren aan het bevorderen van zelfredzaamheid, participatie en aan de mogelijkheid om zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving te kunnen blijven wonen.

- De gemeente moet algemene maatregelen en/of algemene voorzieningen treffen die gericht zijn op het bevorderen van mantelzorg en vrijwilligerswerk en op de ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers.
- Gemeenten moeten zorg dragen voor de beschikbaarheid van cliëntondersteuning en voor 24 uursbeschikbaarheid van een luisterend oor of advies voor cliënten.
- Het college draagt zorg voor de organisatie van een advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling.⁶
- Ter evaluatie van het gemeentelijk beleid moet jaarlijks een cliëntervaringsonderzoek plaatsvinden.

Kader 4.3 Wettelijke eisen aan de invulling van het onderzoek naar de behoefte aan maatschappelijke ondersteuning

- De cliënt kan een persoonlijk plan indienen en hij/zij wordt bovendien van deze mogelijkheid op de hoogte gesteld.
- Cliënten worden geïnformeerd over de mogelijkheid tot gratis cliëntondersteuning.
- Onderwerpen die tijdens het gemeentelijk onderzoek aan bod moeten komen, zijn onder andere de inzet van de eigen kracht en van het sociale netwerk.
- De mogelijkheden omtrent het persoonsgebonden budget (pgb)⁷ worden besproken.
- De gemeente verstrekt een schriftelijke weergave van de uitkomsten van het onderzoek.

Bron: Staatsblad 2014

Gemeenten hebben de verplichting om bepaalde onderwerpen op te nemen en uit te werken in hun beleidsplan en de gemeentelijke verordening waarmee gemeenten hun eigen beleid vormgeven.⁸ Gemeenten moeten wat betreft de Wmo 2015 in hun beleidsplan bijzondere aandacht geven aan de volgende zeven punten (Staatsblad 2014):

- een zo integraal mogelijke dienstverlening;
- samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders;
- keuzemogelijkheden tussen zorgaanbieders voor degenen aan wie een maatwerkvoorziening wordt verstrekt;
- toegankelijkheid van voorzieningen, diensten en ruimten voor mensen met een beperking;
- de wijze waarop de continuïteit van hulp wordt gewaarborgd;
- mogelijkheden om met inzet van begeleiding (waaronder dagbesteding) mensen zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving te laten blijven wonen;
- de wijze waarop inwoners worden geïnformeerd over de personen die kunnen optreden als vertegenwoordiger van een cliënt die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake.

De hiervoor genoemde punten worden in de gemeentelijke verordening verder uitgewerkt in concrete regelingen. In de verordening moeten gemeenten aandacht besteden

aan de wijze waarop en op basis van welke criteria wordt vastgesteld of een cliënt in aanmerking komt voor een maatwerkvoorziening, beschermd wonen of opvang, op welke wijze de hoogte van een persoonsgebonden budget en eigen bijdragen van cliënten worden vastgesteld, en welke eisen worden gesteld aan de kwaliteit van voorzieningen (Staatsblad 2014). Bovendien moet in de verordening staan hoe de gemeente haar inwoners betreft bij de uitvoering van de wet, waarbij een aantal zaken in elk geval geregeld moet zijn (bv. gelegenheid hebben tot voorstellen doen, en vroegtijdig gevraagd en ongevroegd advies kunnen uitbrengen) (Staatsblad 2014).

4.3 Verwachtingen richting actoren

In brede zin verwacht het rijk ‘een omslag in denken, maar ook in werkwijze’ van alle partijen die betrokken zijn bij de Wmo 2015 en de bredere Hervorming Langdurige Zorg (TK 2013/2014: 60). In de Memorie van Toelichting bij de Wmo 2015 worden vooral de verwachtingen aan het adres van gemeenten verder uitgewerkt. Ook zijn er een aantal duidelijke verwachtingen richting burgers. Hoewel deze verwachtingen ook betrekking hebben op andere partijen (bv. zorgaanbieders en zorgverzekeraars), worden deze minder nadrukkelijk in de MvT beschreven. Daarom richten we ons in deze paragraaf op de verwachtingen voor gemeenten en burgers.

Verwachtingen voor gemeenten

Binnen de kaders van de Wmo 2015 hebben gemeenten aanzienlijke beleidsruimte. Hoewel ze deze beleidsruimte grotendeels zelf kunnen invullen, heeft het rijk wel een aantal verwachtingen over de gewenste aanpak. Een belangrijke verwachting is dat gemeenten hun beleid zullen afstemmen op de lokale situatie en behoeften:

De regering verwacht dat gemeenten de beleidsruimte in het wetsvoorstel zullen benutten om het beleid vorm te geven op basis van de regionale omstandigheden, behoeften en gewoonten.

(TK 2013/2014: 4)

Het rijk verwacht bovendien dat gemeenten het ondersteuningsaanbod zullen vernieuwen. Ze worden aangespoord om samen met betrokken partijen nieuwe ondersteuningsarrangementen te ontwikkelen die doelmatig zijn en toegesneden op de behoeften en wensen van cliënten. Arrangementen zouden ook vernieuwend moeten zijn in het leggen van verbindingen met andere beleidsterreinen en het streven naar zo integraal mogelijke dienstverlening:

[...] zodat gemeenten vernieuwende ondersteuningsarrangementen kunnen ontwikkelen op het snijvlak van maatschappelijke ondersteuning, welzijn, werk en inkomen, wonen, jeugdzorg en onderwijs, met slimme verbindingen tussen formele en informele zorg. (TK 2013/2014: 71)

Voor het realiseren van een zo integraal mogelijke dienstverlening worden gemeenten gestimuleerd om samenwerking te zoeken met de daarvoor relevante partijen. In het bijzonder wordt de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars genoemd:

De regering verwacht van gemeenten dat zij de komende jaren bij de uitvoering van het beleid actief samenwerken met zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere betrokkenen in buurten, wijken en dorpen, zoals huisartsen. (TK 2013/2014: 7)

[...]

De regering verwacht dan ook van zorgverzekeraars en gemeenten dat zij actief investeren in onderlinge samenwerkingsafspraken op lokaal niveau over de zorgverlening aan individuele cliënten. (TK 2013/2014: 22)

Van gemeenten wordt ook verwacht dat ze investeren in samenwerking met zorgaanbieders voor het realiseren van integrale dienstverlening. Daarbij zouden ze zich moeten opstellen als een ‘goede opdrachtgever’:

De regering verwacht van gemeenten dat zij bij het aangaan van contracten voor maatschappelijke dienstverlening, voor zover dit mogelijk is, rekening houden met de eisen van goed opdrachtgeverschap en het belang van de continuïteit van de relatie tussen hulpverlener en cliënt. (TK 2013/2014: 8)

Daar hoort bij dat ze toezicht houden op de uitvoering van gemaakte afspraken tussen zorgaanbieders en gemeenten, een goed beeld hebben van de benodigde deskundigheid van aanbieders en bijbehorende tarieven, en tegelijkertijd het belang van continuïteit van zorg in het oog houden (TK 2013/2014). Ook wordt verwacht dat ze standaarden voor de kwaliteit van ondersteuning verder ontwikkelen, idealiter in samenwerking met zorgaanbieders en cliëntenorganisaties.

Van gemeenten wordt verder nog verwacht dat er in bredere zin ruimte wordt geboden aan initiatieven van burgers voor wat betreft ondersteuning in de eigen leefomgeving. Dit idee komt bijvoorbeeld naar voren in het *Right to Challenge*, dat als amendement in de Wmo 2015 is opgenomen onder artikel 2.6.7 (Staatsblad 2014). Dit *Right to Challenge* houdt in dat een groep (georganiseerde) inwoners taken van de gemeente kan overnemen als zij denken dat iets beter, anders, slimmer of goedkoper kan.

Verwachtingen voor burgers

Een centrale verwachting aan het adres van burgers en de samenleving in het algemeen is dat men meer bij elkaar betrokken is en meer voor elkaar zorgt:

Van iedereen in de samenleving wordt een bijdrage verwacht, bijvoorbeeld door meer oog te hebben voor elkaar en mee te denken over de vraag hoe mensen met beperkingen zo goed mogelijk kunnen (blijven) participeren en welke bijdrage een ieder daarin kan leveren.

(TK 2015/2016: 8)

Bovendien wordt van mensen in het algemeen verwacht dat ze zelf hun verantwoordelijkheid nemen voor hun zelfredzaamheid en participatie:

Als uitgangspunt geldt dat zelfredzaamheid en meedoen in de samenleving een verantwoordelijkheid is van mensen zelf. (TK 2013/2014: 10)

Daarnaast heeft de regering een aantal verwachtingen van burgers met een hulpvraag. Van hen wordt namelijk verwacht dat ze verantwoordelijkheid nemen bij het zoeken naar een oplossing bij hun hulpvraag:

Tot die eigen verantwoordelijkheid van de ingezetene behoort ook dat hij een beroep doet op familie en vrienden – zijn eigen sociale netwerk – alvorens hij bij de gemeente aanklopt voor hulp. (TK 2013/2014: 27)

Ook wordt van hen verwacht dat ze zich meewerkend opstellen bij het gemeentelijk onderzoek naar hun persoonlijke situatie en behoeften, indien dit plaatsvindt:

Uiteraard mag een gemeente ook van een cliënt verwachten en vragen dat hij zich maximaal inspant en eventueel ‘stappen’ zet die wellicht niet zijn eerste keuze zijn. (TK 2013/2014: 28)

Tabel 4.1

Overzicht van doelen, wetgeving en verwachtingen in de Wmo 2015

doelen	<ul style="list-style-type: none"> - betere kwaliteit van zorg - meer voor elkaar zorgen - inclusieve samenleving - financiële houdbaarheid - meer zelfredzaamheid en participatie - minder eenzaamheid - meer eigen regie - zo lang mogelijk zelfstandig wonen 	
wetgeving	<p>gemeenten</p> <ul style="list-style-type: none"> - beleid (plan en verordening) ontwikkelen op gebied van maatschappelijke ondersteuning - algemene maatregelen voor sociale samenhang, toegankelijkheid, veiligheid, leefbaarheid - algemene voorzieningen voor zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen, opvang - algemene maatregelen en/of voorzieningen voor mantelzorg en vrijwilligerswerk - onderzoek instellen na melding - maatwerkverplichting/passende ondersteuning - jaarlijks cliëntervaringsonderzoek - onafhankelijke cliëntondersteuning en 24 uur beschikbaar met luisterend oor/advies - samenwerking andere gemeenten indien efficiënter - inwoners betrekken bij beleid 	<p>burgers</p> <ul style="list-style-type: none"> - gegevens voor het onderzoek verstrekken

Tabel 4.1

(Vervolg)

	gemeenten	burgers
verwachtingen	<ul style="list-style-type: none"> - beleid afstemmen op lokale situatie - vernieuwende arrangementen - zo integraal mogelijke dienstverlening door actieve samenwerking met andere partijen (o.a. zorgverzekeraars en zorgaanbieders) - goed opdrachtgeverschap richting zorgaanbieders - ruimte bieden aan initiatieven van inwoners 	<ul style="list-style-type: none"> - meer betrokkenheid bij elkaar / voor elkaar zorgen - eigen verantwoordelijkheid nemen - meewerkend opstellen bij het gemeentelijk onderzoek

4.4 Onderliggende aannamen

De hiervoor beschreven doelen, verplichtingen en verwachtingen van de Wmo zijn gestoeld op een aantal aannamen. Die worden in deze paragraaf uitgewerkt.

Er is draagvlak voor de beoogde veranderingen onder de uitvoerende partijen

Aangezien partijen veel (beleids)ruimte bij de uitvoering van de Wmo 2015 hebben, hangt veel af van de inzet en bereidheid van de uitvoerende partijen. De wetgever lijkt de aanname te maken dat deze partijen (lokale beleidsmakers, zorgaanbieders, professionals) de beoogde verandering in cultuur en praktijk ondersteunen. Ook gaat de wetgever ervan uit dat deze partijen de ruimte die ze krijgen, zullen benutten om invulling te geven op een manier die aansluit bij de uitgangspunten van de wet.

Gemeenten zorgen voor betere en goedkopere ondersteuning

Een andere aanname is dat gemeenten hun taken op het vlak van maatschappelijke ondersteuning met minder budget kunnen uitvoeren en deze ondersteuning beter op inwoners kunnen afstemmen dan de rijksoverheid. Gemeenten hebben dus een dubbele opdracht om met minder middelen betere resultaten te behalen. Het rijk verwacht dat gemeenten maatschappelijke ondersteuning goedkoper kunnen organiseren, onder andere door het inzetten van lichtere vormen van ondersteuning dan voorheen. De veronderstelling is dat zulke voorzieningen voorhanden zijn en dat lichtere vormen van ondersteuning voor (een deel) van de doelgroep toereikend zullen zijn bij het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie. De doelgroep waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn, werd vanaf 1 januari 2015 uitgebreid, waardoor gemeenten vaker met zwaardere en meervoudige problematiek te maken krijgen. Het rijk gaat ervan uit dat gemeenten (bv. beleidsmedewerkers, Wmo-consulenten) voldoende kennis en ervaring hebben of in huis halen om de nu uitgebreidere doelgroep op efficiënte wijze kwalitatief goede ondersteuning te bieden die is afgestemd op hun persoonlijke situatie.

Betrokken partijen zijn bereid en in staat tot samenwerking

In de Wmo 2015 doet de wetgever een oproep tot meer samenwerking tussen de partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van de Wmo 2015 en de aanpalende wetten (bv. Zvw, Wlz, de Jeugdwet en de Participatiewet). Hieronder ligt de aanname dat partijen binnen en rondom de Wmo 2015 bereid en in staat zijn tot de gewenste samenwerking. Een complicerende factor kan zijn dat de opdrachten aan verschillende partijen een verschillende nadruk op samenwerking hebben. Gemeenten hebben een expliciete opdracht om de Wmo 2015 af te stemmen met de andere wetten en samenwerking te zoeken met zorgverzekeraars. Ook zorgverzekeraars hebben volgens de Zvw (artikel 14a, lid 1 en 2) de taak om hun werkwijze af te stemmen met gemeenten (Staatsblad 2014: 42). Hierbij wordt – anders dan in de Wmo 2015 – geen expliciete oproep tot het bewerkstelligen van goede samenwerking gedaan. Onder de Wlz is geen opdracht tot samenwerking te vinden. Wel wordt hier de mogelijkheid om te experimenteren met verbeteringen in de samenwerking genoemd en wordt aandacht besteed aan gegevensuitwisseling tussen Wlz-partijen en de partijen die betrokken zijn bij de Wmo 2015 en de Zvw.

Er is potentieel voor het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie

Ten aanzien van het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie lijken er aannamen te zijn over verschillende aspecten daarvan. Ten eerste wordt aangenomen dat mensen zelfredzaam willen zijn en willen participeren; ten tweede dat zelfredzaamheid en participatie kunnen toenemen (gezien bv. de beperkingen die mensen hebben); ten derde dat mensen in staat zijn om meer zelf te doen dan ze eerst deden; en ten vierde dat mensen ten opzichte van een gespreksvoerder in staat zijn aan te geven wat zij (en hun sociale netwerk) wel en niet kunnen en willen, en als ze hiertoe niet in staat zijn, dat ze dan op de hoogte zijn van de mogelijkheid om een onafhankelijke cliëntondersteuner in te schakelen, en deze mogelijk willen en kunnen benutten.

Er kan een groter beroep worden gedaan op sociale netwerken

Onder de Wmo 2015 worden inwoners geacht een groter beroep te doen op hun sociale netwerk (indien aanwezig) voor het bevorderen van hun zelfredzaamheid en participatie. Dit veronderstelt dat de inwoners bereid zijn om hun sociale netwerk (meer) in te schakelen voor zorg en ondersteuning. Ook is er ruimte en bereidheid nodig aan de kant van het sociale netwerk om zich (meer) voor de cliënt te gaan inzetten.

4.5 Ontwikkelingen na 1 januari 2015

Sinds januari 2015 zijn er verschillende Kamerstukken verschenen waarin een aantal specifieke aandachtspunten, aanvullingen en wijzigingen in de Wmo 2015 worden toegelicht.

Naar een merkbaar betere praktijk

De ontwikkelagenda *Volwaardig meedoen 2016-2018* (TK 2015/216), die in mei 2016 werd gepresenteerd, laat enkele accentverschuivingen zien wat betreft de Wmo 2015 en de uit-

voering daarvan. De belangrijkste verschuiving is dat er meer nadruk wordt gelegd op het verbeteren van de praktijk voor zowel gebruikers van zorg en ondersteuning als voor professionals. Eerder lag het accent vooral op de overdracht van taken en het waarborgen van continuïteit van zorg (de transitie). Met deze ontwikkelagenda wordt een nieuwe fase ingeluid waarin men zich op een daadwerkelijke verandering richt, oftewel een merkbaar betere praktijk (de transformatie). De ontwikkelagenda identificeert drie speerpunten voor het realiseren van de beoogde transformatie. Deze punten sluiten nauw aan bij de eerdergenoemde doelen van de Wmo 2015:

- versterking van de positie van de cliënt;
- maatwerk in levensbrede zorg en ondersteuning, gericht op zelfredzaamheid en participatie;
- een inclusieve samenleving, verrijkt door maatschappelijke initiatieven.

Het belang van zorgvuldig onderzoek

Het belang van zorgvuldig onderzoek voor het al dan niet toekennen van ondersteuning wordt benadrukt door de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws 2015). In meerdere gemeenten werden voorzieningen namelijk ingetrokken of verminderd zonder dat zorgvuldig onderzoek had plaatsgevonden. Zo werd huishoudelijke hulp in verschillende gemeenten aangemerkt als een zogenoemde algemeen gebruikelijke voorziening, waardoor er geen individueel onderzoek plaatsvond. Het ontbreken van dit onderzoek past niet in de bedoeling van de Wmo 2015, aldus de staatssecretaris:

Zoals ik in eerdere brieven aan u heb geschreven is het strijdig met de Wmo 2015 om in uw verordening of beleidsregels vooraf, categoriaal bepaalde typen ondersteuning uit te sluiten als bijdrage aan iemands zelfredzaamheid, zoals hulp bij het huishouden, zonder daarbij een zorgvuldig onderzoek te doen naar de ondersteuningsvraag en de manier waarop daarin op een voor de betreffende cliënt passende wijze kan worden voorzien. (vws 2015: 2)

Noten

- 1 Hiermee wordt aangesloten bij de uitgangspunten van het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, dat op 13 december 2006 in New York tot stand kwam.
- 2 Hierbij hanteren we conform Pommer en Boelhouwer (2016: 10) een enge definitie van het ‘sociaal domein’, namelijk: ‘alles wat lokale overheden doen op het gebied van werk, zorg en jeugd conform de afbakening in de Participatiewet (werk), de Wmo 2015 (ondersteuning) en de Jeugdwet (jeugd)’. De ruime definitie omvat ook gemeentelijke beleidsterreinen (bv. onderwijs en inkomen) die niet in de voorgenoemde drie decentralisatiewetten zijn besloten.
- 3 Zelfredzaamheid: het uitvoeren van de noodzakelijke algemene dagelijkse levensverrichtingen (handelingen die mensen dagelijks in het gewone leven verrichten, met inbegrip van persoonlijke verzorging), en het voeren van een gestructureerd huishouden (TK 2013/2014: 122).
- 4 Participatie: het deelnemen aan het maatschappelijke verkeer, dit wil zeggen dat iemand, ondanks zijn lichamelijke of geestelijke beperkingen, op gelijke voet met anderen in redelijke mate mensen kan ont-

- moeten, contacten kan onderhouden, boodschappen kan doen en aan maatschappelijke activiteiten kan deelnemen. Daarvoor is het ook een vereiste dat hij zich kan verplaatsen (TK 2013/2014: 123).
- 5 In de Wmo [uit 2007] (Staatsblad 2006) was met behulp van een negental beleidsvelden, ook wel prestatievelden genoemd, omschreven wat ‘maatschappelijke ondersteuning’ was en daarmee wat de reikwijdte van de wet was. Op de genoemde terreinen werden van de gemeente inspanningen verwacht en kon de gemeente door de bevolking worden aangesproken.
 - 6 Het bestrijden van huiselijk geweld en daarmee samenhangende maatregelen worden in deze evaluatie buiten beschouwing gelaten.
 - 7 Persoonsgebonden budget (pgb): bedrag waaruit namens het college betalingen worden gedaan voor diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen die tot een maatwerkvoorziening behoren, en die een cliënt van derden heeft betrokken (TK 2013/2014).
 - 8 Het beleidsplan is het document waarin het gemeentelijke beleid wordt vastgelegd en periodiek wordt bijgesteld op basis van de veranderende ontwikkelingen en de ervaringen. Daarnaast zal de gemeenteraad – mede met het oog op duidelijkheid voor de burger over de van de overheid te verwachten prestaties en de rechtszekerheid – bij verordening [op gemeentelijk niveau vastgesteld algemeen verbindend voorschrift] een aantal zaken moeten regelen die noodzakelijk zijn om de wet en het beleidsplan goed uit te voeren (TK 2013/2014: 133).

Literatuur

- Pommer, Evert en Jeroen Boelhouwer (red.) (2016). *Overall rapportage sociaal domein 2015. Rondom de transitie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Staatsblad (2006). Wet van 29 juni 2006, houdende nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wet maatschappelijke ondersteuning). In: *Staatsblad*, jg. 2006, nr. 351.
- Staatsblad (2014). Wet van 9 juli 2014, houdende regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015). In: *Staatsblad*, jg. 2014, nr. 280.
- TK (2013/2014). *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)*. Memorie van Toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33841, nr. 3.
- TK (2015/2016). *Voortgang en ambitie Wmo, volwaardig meedoen*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 2 mei 2015. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015/2016, 29538, nr. 214.
- vws (2015). *Aandachtspunten en actuele ontwikkelingen Wmo 2015*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Geraadpleegde websites

www.righttochallenge.nl

5 Bedoelingen van de wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet

Lia van der Ham

5.1 Aanleiding en doelen

Dit hoofdstuk richt zich op verpleging en verzorging thuis, ofwel de wijkverpleging. In het kader van de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) is een deel van de zorg die onder de voormalige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) viel, waaronder wijkverpleging, met ingang van 2015 onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) komen te vallen.¹ Door een wijziging van het Besluit zorgverzekering werd de inhoud van het basispakket van de (verplichte) zorgverzekering uitgebreid met verpleging en verzorging thuis. Verpleging en verzorging wordt in dit verband gedefinieerd als: 'Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop' (TK 2013/2014a: 7).

Concreet gaat het bij verpleging en verzorging bijvoorbeeld om medicatie toedienen, wonden verzorgen en hulp bij het aankleden en wassen in de thuisomgeving. Deze zorg wordt voornamelijk geleverd aan mensen met lichamelijke aandoeningen – waarbij meestal sprake is van medische problematiek – en mensen met dementie. Verzorging die meer in het verlengde ligt van begeleiding (i.t.t. geneeskundige zorg) valt sinds 2015 onder de Wmo 2015.

De aanleiding om zowel verpleging als verzorging thuis onder te brengen in de nieuwe aanspraak wijkverpleging (en niet in de Wmo 2015), lag in de wens om meer samenhang te creëren in de zorg voor mensen met een lichamelijke aandoening door dit in eenzelfde wettelijk kader onder te brengen: 'De behoefte aan samenhang tussen verpleging en verzorging komt voort uit de idee dat het onwenselijk is om lijfsgebonden zorg voor mensen – in de praktijk van alle dag – op te splitsen' (TK 2013/2014b: 2).

Met het onderbrengen van de verpleging en verzorging zonder verblijf in de Zvw wil de wetgever de eerstelijnszorg versterken en via de inzet van lichte vormen van zorg zelfredzaamheid en participatie stimuleren:

Hierdoor wordt deze zorg dichterbij de andere eerstelijnszorg gepositioneerd. De inzet van lichtere vormen van zorg en ondersteuning in de nabijheid van mensen bevordert de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie en vermindert het beroep op zwaardere vormen van zorg.
(TK 2013/2014a: 6)

De doelen van de nieuwe aanspraak wijkverpleging sluiten nauw aan bij de doelen van de HLZ als geheel (betere kwaliteit van ondersteuning en zorg, grotere betrokkenheid in de samenleving, en financiële houdbaarheid; zie ook hoofdstuk 3). In een Kamerbrief (TK 2013/2014a: 5, 6, 10) en de Memorie van Toelichting bij de Wmo 2015 (TK 2013/2014c: 4,

5, 9) zijn de doelen van de nieuwe aanspraak wijkverpleging terug te vinden. Een aantal van deze doelen heeft betrekking op het zorgsysteem:

- een beroep op zwaardere vormen van zorg verminderen/voorkomen;
- kwaliteit van dienstverlening vergroten;
- kosten beheersen.

Daarnaast zijn ook doelen op het niveau van inwoners/cliënten geformuleerd:

- zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie bevorderen;
- mensen zo lang mogelijk thuis laten wonen.

In het volgende tekstfragment worden verschillende van de eerdergenoemde doelen met elkaar in verband gebracht:

Verzekeraars worden verantwoordelijk voor het hele geneeskundige domein, van verpleging en verzorging thuis tot en met opname in het ziekenhuis. Zo ontstaat ook een financiële prikkel om zo doelmatig mogelijk kwalitatief goede zorg te leveren in de eerste lijn. De bekostiging van de nieuwe aanspraak wijkverpleging in de Zvw zal zo worden ingericht dat een prikkel ontstaat voor 'ontzorgen' [demedicaliseren] en het vergroten van de zelfredzaamheid.

(TK 2013/2014c: 4)

Samengevat richt de nieuwe aanspraak wijkverpleging zich op stelselniveau op de volgende twee doelen: betere kwaliteit van zorg en financiële houdbaarheid. Wat betreft het functioneren van mensen met een zorgbehoefte zijn de centrale doelen: meer zelfredzaamheid en participatie en zo lang mogelijk thuis wonen (zie tabel 5.1).

5.2 Wetgeving en bestuurlijk kader

Wijkverpleging in het basispakket van de zorgverzekeraar

Iedereen die in Nederland woont of werkt, is verplicht een basisverzekering voor zorg te hebben (Rijksoverheid 2017). Verzekeraars moeten iedere ingezetene accepteren die een verzekering wil afsluiten. De basisverzekering dekt standaardzorg van bijvoorbeeld de huisarts, het ziekenhuis of de apotheek. De dekking wordt bepaald door de rijksoverheid en vastgelegd in de Zvw en lagere regelgeving (Besluit zorgverzekering en Regeling zorgverzekering). De inhoud van het basispakket is daardoor bij elke zorgverzekeraar hetzelfde. Daarnaast kunnen burgers een aanvullende verzekering afsluiten, waarvan de inhoud kan verschillen tussen zorgverzekeraars. Door de nieuwe aanspraak wijkverpleging in de Zvw kan een verzekerde op basis van zijn/haar zorgverzekering aanspraak maken op deze zorg, dan wel op de vergoeding van de kosten van deze zorg (Zorginstituut Nederland 2017). De wijkverpleegkundige indiceert deze zorg. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht, wat betekent dat een verzekeraar ervoor moet zorgen dat de verzekerden (een vergoeding van) zorg krijgen als ze daar aanspraak op hebben. Voor persoonlijke verpleging en verzorging (wijkverpleging) betaalt men geen eigen risico en ook geen eigen bijdrage.

De functie en rol van de wijkverpleegkundige

In het kader van de nieuwe aanspraak wijkverpleging werd met ingang van 2015 de functie van wijkverpleegkundige uitgebreid met het indiceren, toewijzen en coördineren van (wijkverpleegkundige) zorg. Dat kunnen enerzijds taken zijn die samenhangen met de zorgverlening, zoals het coördineren ervan, coaching (bv. ondersteuning bij zelfmanagement) en individuele, zorggerelateerde preventie. De hbo-opgeleide wijkverpleegkundige heeft een centrale rol: hij/zij bepaalt samen met de individuele cliënt en zijn/haar netwerk welke zorg nodig is. De activiteiten omvatten anderzijds ook ondersteuning bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) (zoals wassen en aankleden) bij mensen met een hoog risico op een behoefte aan geneeskundige zorg (bv. kwetsbare ouderen). Wijkverpleegkundige zorg kan vanuit verschillende functies worden geleverd; wie de zorg gaat geven, wordt door de specifieke omstandigheden bepaald. Dit kan bijvoorbeeld een verzorgende, een casemanager dementie of een wijkverpleegkundige zijn (Franke et al. 2017; TK 2013/2014a) (zie kader 5.1 voor verdere toelichting).

Kader 5.1 Functies van waaruit wijkverpleegkundige zorg wordt gegeven

In de publicatie *Evaluatie van de wijkverpleging* van het NIVEL wordt een uitgebreide beschrijving van de functie van wijkverpleegkundige gegeven:

‘Wijkverpleegkundige’ is geen beschermde titel. Het landelijke Expertisegebied Wijkverpleegkundige stelt echter duidelijk dat het om een generalistisch werkende, hbo-opgeleide verpleegkundige gaat die bij mensen thuis komt (de Bont e.a., 2012) [...] Dat de hbo-opgeleide wijkverpleegkundige een spilfunctie heeft in de zorg aan huis, impliceert echter zeker niet dat alleen zij deze zorg biedt. In teams van thuiszorgorganisaties, werken wijkverpleegkundigen veelal samen met mbo-opgeleide verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden. (Franke et al. 2017: 24-25)

Verbinden van het sociale en medische domein

De wetgever ziet de rol van wijkverpleegkundige als een belangrijke schakel tussen de cliënt, zijn of haar sociale omgeving en de verschillende professionals vanuit de zorg, gemeenten en welzijnsorganisaties. Het idee is dan ook dat de wijkverpleegkundige een brug kan slaan tussen de sociale aspecten (sociale omgeving, gemeenten, welzijnsorganisaties) en de medische aspecten (zorg van vooral huisartsen) van zorg en ondersteuning. Om een impuls aan de samenhang tussen het sociale en medische domein te geven, werd in 2015 een aparte Zvw-prestatie² ‘wijkgericht werken’ – ook wel Segment 1 (S1) genoemd – in het leven geroepen (Franke et al. 2017). Activiteiten die binnen deze prestatie vielen, betreffen signalerende, regisserende en coördinerende activiteiten die niet aan een individuele verzekerde zijn te koppelen. Deze taken vallen sinds 2017 onder de prestatie ‘beloning op maat’.³

Afstemming tussen zorgverzekeraars en gemeenten

Zorgverzekeraars hebben volgens de Zvw de taak om hun modelovereenkomst en werkwijze af te stemmen met gemeenten:

De zorgverzekeraar zorgt dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de gemaakte afspraken, bedoeld in artikel 5.4.1, van de Wet maatschappelijke ondersteuning.

De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn taken op grond van deze wet uitvoert af met de colleges van burgemeester en wethouders, met het oog op de wettelijke taken van die laatsten op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning. (Zvw, artikel 14a, lid 1 en 2)

Dit punt wordt in de wetstekst niet verder uitgewerkt.

5.3 Verwachtingen richting actoren

Rondom de nieuwe aanspraak wijkverpleging formuleert de wetgever verschillende algemene verwachtingen over ‘goede samenwerking’ die er zou moeten zijn tussen de betrokken partijen:

Goede samenwerking in de wijk, met inzet van professionals uit de verschillende disciplines (zoals maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en verzorgenden), maakt het mogelijk het sociale en het medische domein met elkaar te verbinden. (TK 2013/2014a: 7)

In het kader van de wijkverpleging is de verwachting dat de functie van (bepaalde) wijkverpleegkundigen op zo’n manier wordt ingevuld dat deze deel uitmaakt van de bredere eerstelijnszorg. De wijkverpleegkundige vervult dan samen met de huisarts een generalistische rol. De verpleegkundige stemt de zorg af met andere professionals om tot een samenhangend zorgtraject te komen (TK 2013/2014a). De wetgever benadrukt het belang van samenwerking tussen verschillende professionals (verpleegkundigen, huisartsen, medisch specialisten) die betrokken zijn bij het zorgtraject van een individuele cliënt. Zij zouden er samen voor zorgen dat zorg gericht is op ‘zo lang mogelijk thuis wonen’. De verpleegkundige wordt ook geacht alert te zijn op signalen uit de omgeving van burgers, bijvoorbeeld vanuit het sociale wijkteam. Wanneer in een gemeente een of meerdere wijkteams aanwezig zijn, wordt verwacht dat de wijkverpleegkundige functie daarin vertegenwoordigd is. Overigens wordt niet van alle wijkverpleegkundigen verwacht dat ze zo’n ‘verbindende’ rol vervullen. Wanneer er meerdere wijkverpleegkundigen zijn, kan men afspraken maken over wie zulke wijkgerichte taken op zich neemt.

Tabel 5.1

Overzicht van doelen, wetgeving en verwachtingen rondom wijkverpleging (Zvw)

doelen	<ul style="list-style-type: none"> - financiële houdbaarheid - betere kwaliteit van zorg - meer zelfredzaamheid en participatie - zo lang mogelijk zelfstandig wonen 	
wetgeving	<p>zorgverzekeraars</p> <ul style="list-style-type: none"> - verpleging en verzorging zonder verblijf in basispakket - afstemming met gemeenten - meer samenhang sociaal en medisch domein (aparte prestatie 'wijkgericht werken' tot 2017) 	<p>wijkverpleegkundigen</p> <ul style="list-style-type: none"> - uitbreiding functie wijkverpleegkundige
verwachtingen	<ul style="list-style-type: none"> - goede samenwerking met betrokken partijen 	<ul style="list-style-type: none"> - generalistische rol vervullen (samen met huisarts) in eerstelijnszorg - zorg afstemmen en samenwerken met andere hulpverleners - signalen uit wijk en omgeving van burgers oppikken - deelnemen aan wijkteam indien aanwezig

5.4 Onderliggende aannamen

In de voorgaande paragrafen van dit hoofdstuk is beschreven wat de doelen van de aanspraak wijkverpleging zijn en hoe deze zijn uitgewerkt in verplichtingen en verwachtingen. Hierbij lijken de volgende aannamen te zijn gemaakt door de wetgever:

- Zorgverzekeraars zullen daadwerkelijk investeren in doelmatige en goedkopere zorg in de eerste lijn.
- Zorgverzekeraars zijn bereid om te investeren in het bewerkstelligen van goede samenwerking.
- Wijkverpleegkundigen hebben voldoende mogelijkheden (bv. middelen, tijd en kennis) om goede zorg in de wijk te bieden en verbindingen met het sociale domein te leggen.
- Wijkverpleegkundigen hebben voldoende motivatie en slagkracht om samenwerking met andere partijen aan te gaan.
- Ook bij andere partijen (vooral huisartsen, gemeenten, maatschappelijk werkers, medewerkers van sociale teams) is bereidheid en ruimte voor samenwerking.
- De wettelijke kaders van de Zvw en Wmo 2015 bieden voldoende ruimte en aanknopingspunten om samenhangende zorg te kunnen leveren.

5.5 Ontwikkelingen na 1 januari 2015

Wijkgericht werken

Een aantal ontwikkelingen in de wijkverpleging sinds 2015 komen voort uit wijzigingen in de beleidsregels en bijbehorende prestaties, die de NZa elk jaar uitbrengt. In 2015 en 2016 werd onderscheid gemaakt tussen de segmenten S1 (wijkgericht werken) en S2 (wijkverpleging voor individuele verzekerden). Met ingang van 2017 verviel dit onderscheid, omdat het volgens de wetgever onvoldoende bijdroeg aan de verbinding tussen het sociale en medische domein (vws 2015). Nu biedt voornamelijk ‘beloning op maat’ in de beleidsregel van de NZa uit 2017 ruimte voor wijkgericht werken.

Bestuurlijk akkoord wijkverpleging

In juni 2017 werd het Bestuurlijk akkoord wijkverpleging 2018 *Bouwen aan kwaliteit* ondertekend door ActiZ organisatie van zorgondernemers (ActiZ), Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), Patiëntenfederatie Nederland (PFN), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (v&vn) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van vws (TK 2016/2017). Volgens dit akkoord komt er meer geld beschikbaar voor de wijkverpleging en het eerstelijnsverblijf. Ook vestigt het akkoord aandacht op de kwaliteit van wijkverpleging en de ontwikkeling van het vak:

Met het tekenen van het bestuurlijk akkoord bouwen we verder aan het waardevolle fundament van de wijkverpleging waarmee mensen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen. De inhoudelijke ontwikkeling van het vak staat hierbij voorop. (TK 2016/2017: 1)

Om deze zaken verder uit te werken, werd een zogenoemde ontwikkelagenda in het Bestuurlijk akkoord opgenomen, met de volgende vier speerpunten: kwaliteit van zorg, arbeidsmarkt en opleiden, substitutie (van zorg), en samenwerking, verbinden en versterken (TK 2016/2017).

Noten

- 1 Naast wijkverpleging kwamen ook het tweede en derde jaar intramurale op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg (ggz) en extramurale behandeling van mensen met een zintuiglijke beperking onder de Zvw te vallen. Deze laatste elementen blijven in deze evaluatie echter buiten beschouwing. Met ingang van 1 januari 2017 werd ook eerstelijnsverblijf (ELV) ondergebracht in het basispakket van de Zvw. In 2015 en 2016 viel dit onder de Wet langdurige zorg (Wlz). In hoofdstuk 6, waarin de Wlz aan de orde komt, lichten we het ELV verder toe.
- 2 De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt ‘prestaties’ vast (activiteiten en verrichtingen) die een zorgaanbieder in rekening kan brengen bij een zorgverzekeraar. Dit gebeurt ook voor verpleging en verzorging (wijkverpleging). De NZa brengt elk jaar een nieuwe beleidsregel uit met daarin de prestaties (Franke et al. 2017).
- 3 Deze prestatie biedt ruimte om op maat afspraken te maken over de beloning van innovatie, kwaliteit, uitkomsten van zorg of naar de bediende populatie van de zorgaanbieder (NZa 2017).

Literatuur

- Francke, A.L., P.M. Rijken, K. de Groot, A.J.E. de Veer, K.A.M. Verkleij en H.R. Boeije (2017). *Evaluatie van de wijkverpleging. Ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals*. Utrecht: NIVEL.
- NZa (2017). *Beleidsregel BR/REG-17113*. Geraadpleegd op 25 januari 2018 via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUc_21569_22/1.
- Rijksoverheid (2017). *Zorgverzekering*. Geraadpleegd op 25 januari 2018 via <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering>.
- TK (2013/2014a). *Zorg en maatschappelijke ondersteuning*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 4 maart 2014. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 29538, nr. 152.
- TK (2013/2014b). *Toekomst AWBZ*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 6 november 2013. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 30597, nr. 380.
- TK (2013/2014c). *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)*. Memorie van Toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33841, nr. 3.
- TK (2016/2017). *Herziening zorgstelsel*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 28 juni 2017. Tweede Kamer, vergaderjaar 2016/2017, 29689, nr. 835.
- vws (2015). *Voorhangbrief bekostiging verpleging en verzorging thuis*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Zorginstituut Nederland (2017). *Wijkverpleging (Zvw)*. Geraadpleegd op 25 januari 2018 via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/w/wijkverpleging-zvw>.

6 Bedoelingen van de Wet langdurige zorg

Nora Kornalijnslijper

6.1 Aanleiding en doelen

In hoofdstuk 3 is de achtergrond van de Hervorming Langdurige Zorg uitvoerig toegelicht. Die vormt mede de achtergrond van de Wet langdurige zorg (Wlz), die in dit hoofdstuk wordt behandeld. De invoering van de Wlz, die in de plaats is gekomen van delen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), maakt deel uit van deze hervorming. Om meerdere redenen vond de regering de AWBZ niet langer geschikt (TK 2013/2014a: 7). Zij meende dat de AWBZ dreigde vast te lopen in steeds ingewikkeldere regelgeving. Voorts was er volgens de regering een groot gat ontstaan tussen de letter van de wet en de werking van de AWBZ in de praktijk. Ook het grote aantal mensen met recht op zorg op grond van de AWBZ, dat was opgelopen tot ruim 800.000, vormde een reden voor vervanging van de wet: 'Dat is meer dan tien keer zoveel als bij de invoering van de wet werd beoogd.' (TK 2013/2014: 6). Door de extramurale AWBZ-zorg (zoals begeleiding, dagbesteding, persoonlijke verzorging en verpleging) naar het domein van de gemeenten (Wet maatschappelijke ondersteuning Wmo, de Wmo 2015) en dat van de zorgverzekeraars (Zorgverzekeringswet, de Zvw) over te hevelen, hield men een kern-AWBZ over voor mensen die aangewezen zijn op langdurige 24 uurszorg. De kern-AWBZ werd ondergebracht in een nieuwe wet: de Wlz. In 2013 werd verwacht dat hier maximaal 200.000 mensen op zouden zijn aangewezen en dat dit aantal met de demografische groei mee zou ontwikkelen. De regering heeft ervoor gekozen met een geheel nieuwe wet te komen, om te markeren dat er een trendbreuk met het verleden heeft plaatsgevonden (TK 2013/2014a: 7). Hoewel er ook veel van de AWBZ overeind is gebleven, waren de veranderingen – aldus de regering – dusdanig ingrijpend dat deze niet via een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) konden worden geregeld.

De Wlz is een volksverzekering en er is precies in vastgelegd wanneer iemand in aanmerking komt voor langdurige zorg uit die wet, onder welke voorwaarden, welke organisaties betrokken zijn bij de uitvoering ervan en wat hun taken en plichten zijn. Informatie over de doelen of doelstellingen van de Wlz is te vinden in de Memorie van Toelichting (MvT) bij de Wlz (TK 2013/2014a: 4). De doelstelling van de Wlz wordt in de MvT als volgt omschreven:

Het doel van deze wet is dat ouderen met een blijvende somatische of psychogeriatrische beperking en mensen met blijvende verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen passende zorg krijgen met aandacht voor het individuele welzijn. Basisprincipes die in de Wet langdurige zorg (Wlz) voorop staan, zijn dat we uitgaan van wat mensen (nog) wel kunnen in plaats

*van wat zij niet kunnen. Oftewel: regie naar vermogen. Kwaliteit van leven staat voorop.
Het motto van Wlz is: 'Met professionele zorg, zo thuis mogelijk!' (TK 2013/2014a: 2)*

Niet alleen is het doel van de Wlz om mensen met blijvende beperkingen zoals die hiervoor omschreven zijn passende zorg te bieden met aandacht voor hun individuele welzijn. Ook worden met de Wlz de volgende doelstellingen beoogd: 'een doelmatig en doeltreffend zorgstelsel, het beheersen van de kosten in de zorg en de bescherming en bevordering van de positie van de consument' (NZa 2016). Mensen die op de Wlz zijn aangewezen, moeten niet meer zorg krijgen dan nodig is, en die zorg moet aanvullend zijn op wat mensen zelf nog kunnen en wat hun sociale netwerk kan bijdragen aan zorg en ondersteuning. Bovendien verwijst 'passende zorg' naar het leveren van maatwerk.

6.2 Wetgeving en bestuurlijk kader

De Wlz is net als zijn voorganger, de AWBZ, een publiekrechtelijke sociale volksverzekering. Mensen zijn dan ook van rechtswege verzekerd. Het is een algemene wet waarin wordt geregeld welke verzekerden recht hebben op langdurige zorg, hoe ze dat recht op zorg tot gelding kunnen brengen en wat de inhoud is van de verzekerde zorg. Voorts wordt geregeld welke organisaties bij de uitvoering van de wet betrokken zijn en welke taken en verantwoordelijkheden ze hebben. Ook wordt de positie van de Wlz ten opzichte van de andere domeinen (de Wmo 2015 en de Zvw) verhelderd. Hierna lichten we de belangrijkste kenmerken van de Wlz toe.

Wlz-uitvoerders (zorgverzekeraars en zorgkantoren)

De Wlz wordt uitgevoerd door zorgkantoren, die (net als onder de AWBZ) per regio functioneren en die de zorginkoop, de administratie en de pgb-toekenning mede namens de overige zorgverzekeraars in die regio uitvoeren. Zorgverzekeraars zijn in juridische zin verantwoordelijk voor het uitvoeren van deze wet voor hun eigen verzekerden, maar dragen hun taken over aan zorgkantoren. De regering verwacht dat de zorgkantoren meer werk maken van de zorginkoop dan vroeger, en dat ze burgers informeren over het (beschikbare) aanbod en de kwaliteit van zorg in de regio. Ook moeten ze burgers helpen die om bemiddeling vragen bij het vinden van een zorgaanbieder.

Zorgkantoren en zorgverzekeraars hebben net als onder de AWBZ een zorgplicht. Dat betekent dat ze voldoende zorg van voldoende kwaliteit moeten inkopen voor hun verzekerden.⁷

Jaarlijks maken zorgkantoren hun zorginkoopbeleid kenbaar aan zorgaanbieders en maken ze met hen afspraken over prijs, volume en kwaliteit. Daarnaast controleren zorgkantoren of gedeclareerde zorg overeenkomt met indicatiebesluiten en productieafspraken, en of gedeclareerde zorg daadwerkelijk en doelmatig is geleverd (TK 2013/2014a: 51-52).

Overigens ligt het financiële risico van de uitvoering van de Wlz bij de staat en niet bij de zorgverzekeraars. Om de uitgaven toch te kunnen beheersen, wordt gewerkt met regionale budgettaire kaders.

Wie hebben recht op langdurige zorg?

De kring van verzekerden bestaat uit iedereen die in Nederland woont of werkt en loonbelasting betaalt. Iemand die daartoe behoort, is automatisch verzekerd voor de Wlz, ongeacht of die verzekerde dat wil of niet. Vreemdelingen die illegaal in Nederland verblijven, zijn uitgesloten van de Wlz-verzekering (TK 2013/2014b).²

Mensen komen in aanmerking voor zorg op grond van de Wlz wanneer ze vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening/beperking of vanwege een of meerdere handicaps van verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke aard blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag de nabijheid van zorg. In de Wlz is dat als volgt geformuleerd:

Een verzekerde heeft recht op zorg die op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden is afgestemd voor zover hij naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op die zorg is aangewezen omdat hij, vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap een blijvende behoefte heeft aan:

- a permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde, of*
- b 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 voor hem zelf te voorkomen,*
- b1 door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of*
- b2 door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.*

(Wlz, art. 3.2.1, lid 1)

Voor de bepaling van welke mensen in aanmerking komen voor zorg onder de Wlz zijn beleidsregels opgesteld. Hierin worden begrippen gedefinieerd, het wegingskader uitgewerkt, de grondslagen beschreven en beleidsregels voor gebruikelijke zorg vermeld (CIZ 2015).

Gebruikelijke zorg is de dagelijkse verzorging en opvoeding die (pleeg)ouders/wettelijk vertegenwoordigers aan kinderen geacht worden te bieden. Voor zover sprake is van gebruikelijke zorg is er geen recht op Wlz-zorg (CIZ 2016a, bijlage 3).

Een cruciaal begrip is 'blijvende zorgbehoefte', dat in de beleidsregels voor 2017 als volgt wordt omschreven:

De behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid zoals bedoeld in artikel 3.2.1. van de Wlz is blijvend, dat wil zeggen van niet voorbijgaande aard. Eventuele functionele verbeteringen kunnen het beperkingenbeeld van verzekerde niet zodanig wijzigen dat de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid vervalt. (CIZ 2015: 7)

Inhoud van de verzekerde zorg in de Wlz

De verzekerde zorg in de Wlz bestaat uit een integraal pakket dat de volgende onderdelen kan omvatten (TK 2013/2014a: 17):

- verblijf in een instelling;
- persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging;
- behandeling;
- Wlz-behandeling;
- algemene medische zorg;
- hulpmiddelen;
- vervoer voor begeleiding of behandeling;
- woningaanpassingen voor cliënten tot 18 jaar.

Een aantal onderdelen (zoals extramurale behandeling, ADL-assistentie en eerstelijnsverblijf) is als subsidieregeling ondergebracht bij de Wlz. Eerstelijnsverblijf (ELV; een voorziening voor kortdurend verblijf) is met ingang van 1 januari 2017 overgegaan naar de Zvw. Een nadere toelichting hierop is te vinden in paragraaf 6.5 en in hoofdstuk 7.

Sinds 1 januari 2017 is de hulp bij het huishouden van cliënten met een Modulair Pakket Thuis (MPT), zie later deze paragraaf, of met overbruggingszorg overgeheveld van de Wmo 2015 naar de Wlz.³

Toegang en indicatiestelling

Het ciz onderzoekt welke aanvragers van Wlz-zorg toegang hiertoe krijgen en welke niet. Ook indiceert het ciz mensen die een beroep doen op de eerdergenoemde subsidieregelingen extramurale behandeling, ADL-assistentie en eerstelijnsverblijf. Net als onder de AWBZ moet een aanvraag voor langdurige zorg worden ingediend bij het ciz. Dit orgaan beoordeelt aan de hand van een afwegingskader of de aanvrager aan de gestelde criteria voldoet. Dit afwegingskader maakt deel uit van de beleidsregels indicatiestelling Wlz, die jaarlijks door het ciz worden vastgesteld (ciz 2015). In dit afwegingskader zijn de volgende stappen onderscheiden:

- controleren van de aanvraag;
- in kaart brengen van de zorgsituatie;
- vaststellen behoefte aan ‘permanent toezicht’ of ‘24 uur per dag zorg in de nabijheid’;
- vaststellen of de zorgbehoefte blijvend is;
- vaststellen of iemand voldoet aan de eisen voor de toegang tot de Wlz;
- besluiten of iemand recht heeft op Wlz-zorg (ciz 2018:8).

In de laatste stap wordt het indicatiebesluit Wlz vastgesteld met het zorgprofiel waarop de cliënt is aangewezen. In elke zorgsector worden meerdere zorgprofielen onderscheiden. Dat geldt voor de volgende sectoren:

- verpleging en verzorging (v&v);
- verstandelijk gehandicapt (vg);
- licht verstandelijk gehandicapt (LVG);

- lichamelijk gehandicapt (LG);
- zintuiglijk gehandicapt, auditief en communicatief (zgaud);
- zintuiglijk gehandicapt, visueel (zgviz);
- ggz, B-groep (ggz-B).

Binnen de sector Verpleging en Verzorging (v&v) bestaan bijvoorbeeld de zorgprofielen vv Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging, vv Beschermd wonen met intensieve dementiezorg, vv Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging, enzovoort.

Cliënten met ggz-problematiek hebben de eerste drie jaar geen toegang tot Wlz

Bij het ingaan van de Wlz is besloten om ggz-problematiek niet als grondslag voor toelating tot de Wlz-zorg op te nemen. Mensen die op 31 december 2014 drie jaar of langer in een ggz-instelling verbleven vanwege behandeling voor hun aandoening zijn wel toegelaten tot de Wlz. Dat betrof 9025 personen. Sinds 1 januari 2015 is ggz-problematiek geen grondslag voor de Wlz, ook autisme niet, tenzij er sprake is van een verstandelijke/lichamelijke beperking of dementie; dan geldt dát als grondslag. De nieuwe groep mensen die sinds 1 januari 2015 drie jaar in een ggz-kliniek verblijven wegens behandeling zijn dus (nog) niet toegelaten tot de Wlz; een besluit daarover is uitgesteld. De financiering van hun zorg valt onder de Zvw.

Leveringsvormen

Cliënten die een Wlz-indicatie hebben gekregen, hebben het wettelijke recht om te kiezen hoe ze de zorg geleverd willen krijgen. Behalve zorg in natura (zin) die in een instelling wordt geleverd, is het ook mogelijk te kiezen voor een Volledig Pakket Thuis (vpt), een Modulair Pakket Thuis (mpt) of een persoonsgebonden budget (pgb). Het zorgkantoor bekijkt of de gekozen leveringsvorm verantwoord en doelmatig kan worden geleverd. De criteria voor de doelmatigheidstoets zijn opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland in samenwerking met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De eisen aan het vpt en het pgb zijn verscherpt, zodat er meer waarborgen zijn dat zorg buiten de instelling verantwoord is (Zorgverzekeraars Nederland 2015).

Wanneer iemand een indicatie heeft voor langdurige zorg, dan moet hij/zij in overleg met de klantmanager van het zorgkantoor bespreken hoe dit recht wordt verzilverd. Hoewel het aanvankelijk niet de bedoeling was om de langdurige zorg uit de Wlz in 'losse' onderdelen te verstrekken, is hiertoe toch overgegaan om de mensen die onder de AWBZ een indicatie in 'functies en klassen' hadden een overbrugging te bieden (TK 2013/2014b). Langdurige zorg kan worden geleverd als zorg in natura in een instelling, maar ook als een vpt waarbij men de zorg die anders in de instelling was verleend thuis kan krijgen (met uitzondering van medische behandeling). Een voorwaarde is dan wel dat het vpt 'doelmatig' blijkt te zijn volgens de doelmatigheidstoets van het zorgkantoor. Daarnaast bestaat de mogelijkheid van een mpt, waarbij men zowel zorg in natura thuis geleverd kan krijgen, maar ook delen via een pgb zelf kan regelen. Als de cliënt (of iemand namens de

cliënt) volgens het zorgkantoor zelf de regie kan voeren, dan behoort ook een pgb tot de mogelijkheden (TK 2013/2014b).

Positie van de cliënt en onafhankelijke cliëntondersteuning

De Wlz gaat uit van een grotere invloed van de cliënt op hoe en waar de zorg wordt geleverd en van het recht op onafhankelijke cliëntondersteuning.⁴ Mensen die toegang tot Wlz-zorg zoeken, kunnen daarbij de hulp inroepen van een onafhankelijke cliëntondersteuner. Gemeenten zijn op grond van de Wmo 2015 verplicht hiertoe voorzieningen te organiseren (Wmo 2015, artikel 2.1.4). Cliënten die zijn toegelaten tot de Wlz kunnen op grond van deze wet een beroep doen op onafhankelijke cliëntondersteuning. Hiervoor moet het zorgkantoor zorgen.

De wet besteedt aandacht aan ‘de zeggenschap van de verzekerde over zijn leven’ (Staatsblad 2014). Daarin wordt ingegaan op de verschillende rechten van de verzekerde:

- een bespreking met de zorgverleners voor of kort na aanvang van de zorgverlening;
- de mogelijkheid om een persoonlijk plan in te dienen;
- twee keer per jaar de gemaakte afspraken evalueren en actualiseren met de zorgaanbieder;
- de verzekerde moet door de zorgaanbieder worden gewezen op de mogelijkheid van cliëntondersteuning;
- de mogelijkheid om de mantelzorger(s) te betrekken bij de besprekingen tussen verzekerde (of diens vertegenwoordiger) en zorgaanbieder.

Ook is bepaald dat de zorgaanbieder niet gehouden is tot meer dan ‘overeenkomt met de zorg waarop de verzekerde recht heeft ingevolge het indicatiebesluit’ (Staatsblad 2014).

De achterliggende gedachte bij het verstevigen van de cliëntpositie is dat de cliënt zich voorheen vaak moest schikken naar de zorginstelling en de manier waarop de zorg is georganiseerd. De regering wil dat zorginstellingen zich meer richten naar de wensen van hun cliënten.

Ook de zorgplanbespreking die iedere zorgaanbieder met zijn cliënt moet houden, is een wettelijke eis, met als doel de wensen van de cliënt centraler te stellen en het sociale netwerk er nauwer bij te betrekken. De nadruk in de zorg moet minder op het medisch perspectief liggen en meer op welzijn en kwaliteit van leven (TK 2013/2014a: 5).

Taakverdeling tussen de zorgdomeinen

Voor het goed functioneren van de langdurige zorg is een heldere verdeling van taken en verantwoordelijkheden nodig, en de bereidheid van partijen om nauw samen te werken. In hoofdstuk 6 van de Memorie van Toelichting bij de Wlz wordt uitgebreid stilgestaan bij de positiebepaling van de Wlz ten opzichte van de andere domeinen die ook delen van de langdurige zorg bestrijken.

De Wlz is voorliggend aan de andere wetten, te weten de Wmo 2015, de Zvw en de Jeugdwet. Dit betekent dat als een cliënt recht heeft op verblijf met daarmee samenhangende

zorg de gemeente bijvoorbeeld een maatwerkvoorziening kan weigeren. Wanneer daarentegen een cliënt niet in aanmerking komt voor toegang tot de Wlz, dan hoort de cliënt in het gemeentelijk domein en/of de Zvw de ondersteuning en/of zorg te krijgen die hij/zij nodig heeft. Het kan ook zijn dat iemand met een zware zorgbehoefte – en daardoor mogelijk recht op Wlz-zorg – dankzij de inspanningen van zijn/haar sociale netwerk slechts een beperkte formele ondersteunings- en/of zorgvraag heeft. In die gevallen kan het doelmatiger zijn dat mantelzorger(s), gemeente en zorgverzekeraar die persoon thuis helpen, in plaats van een vpt of een pgb uit de Wlz te geven. ‘Van de gemeente mag dan ook een uiterste inspanning worden verwacht om daaraan [het zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving blijven wonen, red.] bij te dragen.’ (TK 2013/2014a: 59). De gemeente mag dit niet zomaar weigeren zonder onderzoek en beslissing op het verzoek. Anderzijds kunnen de gemeente en de verzekeraar niet worden gedwongen de gehele zorgbehoefte van een Wlz-gerechtigde te compenseren. ‘De gemeente en verzekeraar beslissen dus uiteindelijk zelf of zij het nog doelmatig en verantwoord vinden om de benodigde zorg en ondersteuning vanuit de Wmo 2015, Jeugdwet en/of Zvw voort te zetten’ (TK 2013/2014a: 70).

De Wlz en Zvw bevatten voor een deel vergelijkbare onderdelen, maar voor een andere doelgroep. Ook hier geldt de hoofdregel dat als iemand op grond van de Wlz recht heeft op bepaalde zorg, dat recht niet óók bestaat op grond van de Zvw. Uitzonderingen hierop zijn intensieve kindzorg en palliatieve terminale thuiszorg, die ondergebracht zijn in de aanspraak wijkverpleging van de Zvw.

De regering merkt op dat de zorg op grond van de Zvw vooral gericht is op genezing of behoud van lichamelijke en geestelijke functies. Gekozen is om ook de zorg voor mensen met dementie – overwegend kwetsbare ouderen – hieronder te plaatsen. De reden om dat te doen is, aldus de MvT bij de Wlz, dat zorgverzekeraars kansen zien op verbetering van kwaliteit van leven:

Dit kan doordat wijkverpleging onderdeel wordt van de eerstelijnszorg en er belangrijke prikkels ontstaan om mensen zo goed mogelijk thuis te helpen en te voorkomen dat zij doorstromen naar de Wlz. De zorgverzekeraar kan bevorderen dat verzekerden één doorlopende zorglijn krijgen aangeboden. Het accent ligt daarbij op zelfmanagement, regie naar vermogen en gezondheids-winst. (TK 2013/2014a: 60-61)

6.3 Verwachtingen richting actoren

De algemene verwachtingen van de regering met betrekking tot de Hervorming Langdurige Zorg staan beschreven in hoofdstuk 3. Specifiek verwacht de regering van de Wlz dat deze doelmatiger zal worden uitgevoerd dan diens voorganger, de AWBZ (TK 2013/2014a). In deze paragraaf zetten we de verwachtingen per betrokken partij uiteen. In tabel 6.1 zijn de doelen en verwachtingen van de Wlz samengevat.

Zorgaanbieders

De regering verwacht dat zorgaanbieders meer rekening zullen houden met de wensen van cliënten. Tegelijkertijd treft ze maatregelen om te voorkomen dat zorgaanbieders de zorgwaarde van hun cliënten sneller dan nodig verhogen om zodoende meer middelen te krijgen: ‘De regering verwacht dat zorgaanbieders vaker het volledig pakket thuis (vpt) gaan inzetten om tegemoet te komen aan de wens van cliënt om in zijn eigen woonruimte te voorzien. Dit draagt bij aan de innovatie in de zorg’ (TK 2013/2014a: 28). Ook wordt van zorgaanbieders verwacht dat zij doelmatige, verantwoorde innovatieve zorg zullen leveren.

Zorgkantoren

De regering verwacht dat zorgkantoren cliënten helpen om hun Wlz-indicatie te verzilveren en bovendien dat ze bij het inkopen van zorg meer aandacht besteden aan kwaliteit en innovatie en tegelijkertijd doelmatigheid:

De regering verwacht van zorgkantoren dat zij aanbieders zorgvuldig onderling vergelijken op klanttevredenheid, kwaliteit en doelmatigheid van zorg en verwacht dat deze criteria bij de lengte en de continuering van contracten, de prijzen en de volumes een rol spelen.

(TK 2013/2014a: 27)

De regering verwacht van de uitvoerders van de Wlz dat zij zich stevig – meer dan in de AWBZ – inspanssen voor goede, innovatieve zorg voor hun verzekerden en een doelmatige uitvoering van de Wlz. (TK 2013/2014a: 35)

De Wlz-uitvoerders worden op basis van deze wet verplicht hun werkzaamheden op een doelmatige wijze uit te voeren. Zij dienen maatregelen te treffen ter voorkoming van onnodige zorg en van uitgaven die hoger zijn dan noodzakelijk. (TK 2013/2014a: 78)

Gemeenten en zorgverzekeraars

De regering verwacht dat gemeenten (Wmo 2015) en zorgverzekeraars (Zvw) de overige langdurige zorg en ondersteuning waarborgen.

Cliënten en sociale omgeving

De regering verwacht van cliënten dat ze meer dan voorheen verantwoordelijkheid nemen voor hun zorgsituatie en daarbij zoveel mogelijk zelfredzaamheid of samenredzaamheid nastreven. Dit komt ook tot uiting in het betalen van eigen bijdragen voor Wlz-zorg.

De maatschappij moet nauwer betrokken worden bij de langdurige zorg, omdat dit bijdraagt aan een betere kwaliteit van leven van cliënten. Opname in een instelling voor verpleging en verzorging of voor gehandicaptenzorg betekent dan ook niet dat er een eind komt aan mantelzorg of vrijwilligerswerk. Mantelzorgers en vrijwilligers moeten nadrukkelijk nauwer worden betrokken bij de zorg en ondersteuning van cliënten.

De Wlz beoogt een positieve bijdrage te leveren aan de verbetering van de kwaliteit van leven van de burgers die op deze wet zijn aangewezen.

Tabel 6.1

Doelen en verwachtingen Wlz

doelen	<ul style="list-style-type: none"> - betere kwaliteit zorg - (meer) kwaliteit van leven - regie naar vermogen - financiële houdbaarheid 	
wetgeving	<p>professionals/uitvoerders/aanbieders</p> <ul style="list-style-type: none"> - zorgplicht voor Wlz-uitvoerders - praktische uitwerking zorgplicht door zorgkantoren - indicatiestelling door een onafhankelijke instelling (ciz) - indicatie in 'zorgprofielen' - zorgplanbespreking zorgaanbieder met cliënt 	<p>cliënt</p> <ul style="list-style-type: none"> - recht op zorg volgens toegangscriteria - keuze cliënt voor zorg in natura, VPT, MPT of pgb - recht op cliëntondersteuning - zorgplanbespreking zorgaanbieder met cliënt
verwachtingen	<ul style="list-style-type: none"> - Wlz-uitvoerders helpen cliënt om zorg te verzilveren - zorgaanbieders leveren doelmatige, verantwoorde innovatieve zorg - gemeenten en zorgverzekeraars waarborgen overige langdurige zorg en ondersteuning 	<ul style="list-style-type: none"> - zelfredzaamheid cliënt - minder beroep op formele zorg, meer inschakelen informele zorg - mantelzorgers zorgen langer en intensiever voor cliënt

Bron: scp

6.4 Onderliggende aannamen

Mensen deden in het verleden een groter beroep op formele langdurige zorg dan nodig

Een van de onderliggende aannamen is dat mensen in het verleden een groter beroep op formele langdurige zorg deden dan nodig was, en dat daardoor het beroep op de AWBZ zo enorm is toegenomen in de loop van de tijd. Door meer beperkende toelatingscriteria te hanteren, kan het beroep op formele langdurige zorg worden verkleind. De aanname is dat de behoefte aan deze zorg en het beroep daarop dan beter in balans komen.

Het sociale netwerk kan en wil meer zorgen voor intensief zorgbehoevende personen

Een belangrijke aanname is dat het sociale netwerk meer voor intensief zorgbehoevende personen kan en wil zorgen. Dit lijkt de basis te vormen van de beoogde 'cultuuromslag'. De regering vindt dat 'langdurige zorg te veel geïnstitutionaliseerd is', 'dat de mogelijkheden om meer bij te dragen aan het welbevinden van mensen met langdurige zorgbehoeften onvoldoende worden benut', 'dat solidariteit in het oude stelsel [de AWBZ, red.] grotendeels financieel is ingevuld' (TK 2013/2014a: 4). Mantelzorg moet doorgaan ook nadat de cliënt naar een instelling is verhuisd. Vrijwilligers moeten een grotere rol spelen bij de zorg voor intensief zorgbehoevende personen.

De Wlz voor een kleinere kring maakt betere kwaliteit van zorg mogelijk

De aanname achter de Wlz is dat toelating van een veel kleinere kring cliënten tot de Wlz het mogelijk maakt kwalitatief betere zorg te leveren.

6.5 Ontwikkelingen na 1 januari 2015

Kwaliteit van de ouderenzorg

De regering besteedt in enkele recente beleidsbrieven aandacht aan de kwaliteit van de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg. In de beleidsbrief *Waardigheid en trots* (TK 2014/2015) zet de regering uiteen hoe ze de kwaliteit van de ouderenzorg wil vergroten en alvast wil inspelen op de wensen van de toekomstige generatie ouderen. De ouderenzorg moet worden verbeterd en de risico's op kwaliteitstekorten moeten worden weggenomen. Ook zal de ouderenzorg toekomstbestendig moeten worden. Daarvoor zijn de volgende maatregelen aangekondigd:

- beter en ander toezicht: scherper toezicht op onder de maat presterende instellingen door de Inspectie Gezondheidszorg;
- meer samenwerking tussen cliënt, mantelzorger en zorgverlener: zorg beter afstemmen met cliënt en mantelzorger;
- veilige zorg: bestuurder van een instelling moet meer betrokken zijn bij de kwaliteit van de zorg;
- ruimte voor kwaliteit van de professionals: meer aandacht voor deskundigheid van personeel en voor opleidingen;
- betrokken bestuurders: betrokken bestuurders moeten zichtbaar zijn op de werkvloer;
- openheid en transparantie: kwaliteit van de verpleeghuiszorg wordt transparant.

Vervolgens is in februari 2016 de beleidsbrief *Waardig leven met zorg* verschenen, die ingaat op de vernieuwing van de langdurige zorg (TK 2015/2016a). Hierin beschrijft de regering hoe ze in samenspraak met een groot aantal organisaties de ambitie heeft geformuleerd om waardig leven met zorg in de Wlz te bevorderen en hoe ze dat wil gaan doen. De aanleiding hiervoor is dat de beoogde omslag naar een meer persoonsgerichte zorgverlening vanwege praktische problemen⁵ nog niet was gerealiseerd (TK 2015/2016a: 5). In samenspraak met het veld zijn tien actiepunten beschreven die in de komende drie jaar de belemmeringen voor een meer persoonsgerichte zorgverlening moeten wegnemen. Enkele voorbeelden daarvan zijn de keuzemogelijkheden van mensen vergroten, informatie vereenvoudigen, de toegang tot de Wlz vereenvoudigen en minder belastend maken, en innovaties in de langdurige zorg stimuleren (TK 2015/2016a: 7-8).

Het kabinet heeft begin 2017 eenmalig 100 miljoen euro beschikbaar gesteld voor de verpleeghuiszorg voor ouderen. Met dat geld kunnen extra medewerkers worden aangenomen op locaties waar dat het hardst nodig is. Op 13 januari 2017 is het *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg* van kracht geworden (Zorginstituut Nederland 2017). In dit kader worden vereisten voor zorgorganisaties op het gebied van kwaliteit omschreven. Vanaf 2018 is er structureel 435 miljoen euro per jaar extra beschikbaar voor verpleeghuiszorg. Met dit

geld kunnen verpleeghuizen vanaf 2018 ongeveer 7000 extra voltijdsmedewerkers aannemen. Dit is nodig om te kunnen voldoen aan de nieuwe kwaliteitsnormen en om ervoor te zorgen dat ouderen in alle verpleeghuizen in Nederland betere zorg krijgen (TK 2016/2017).

Kwaliteit van de gehandicaptenzorg

De voornemens voor de verbetering van de gehandicaptenzorg staan in de beleidsbrief ‘Samen werken aan een betere gehandicaptenzorg’ (TK 2015/2016b). In deze brief constateert de staatssecretaris dat de zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking in het algemeen op orde is. Toch is er een gezamenlijke ambitie van regering en relevante veldpartijen om de zorg te verbeteren. De kern hiervan is het streven om ‘zorg en ondersteuning te organiseren vanuit het leven van de mens met een beperking. Een goede dialoog tussen cliënten en zorgverleners wordt daarvoor essentieel geacht (TK 2015/2016b: 1). De volgende aandachtspunten moeten leiden tot verbeteringen in de gehandicaptenzorg:

- versterking van de positie van de cliënt;
- investeren in cliënten met bijzondere zorg- en ondersteuningsvragen;
- toegeruste, betrokken professionals;
- bestuurders met visie en de samenwerking bevorderen;
- transparantie, (technologische) innovatie en samenwerking.

Voor de gehandicaptenzorg is een nieuw kwaliteitskader ontwikkeld. Het Zorginstituut Nederland heeft het *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022* opgenomen in het register voor kwaliteitsstandaarden (Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017). Dit kader geldt voor aanbieders van zorg die onder de Wlz vallen. Door de opname in het register is het kader nu een veldnorm, waardoor het geldt als leidend principe voor het zorginkoopbeleid 2018 en het toezicht door de IGZ.

Toegang ggz-cliënten tot Wlz pas in 2021

Op het moment van schrijven van dit rapport (maart-april 2018) spreekt het ministerie van vws met diverse partijen over de openstelling van de Wlz voor (een deel van de) ggz-cliënten. De staatssecretaris voorziet dat dit pas in 2021 kan ingaan (TK 2017/2018). In een brief aan de Tweede Kamer van 28 maart 2018 wijzen ggz-aanbieders (RIBW Alliantie, Federatie Opvang en Ggz Nederland) erop dat ze een inclusieve samenleving voorstaan, ‘waarin een ieder tot zijn/haar recht komt en als gelijkwaardige burger naar vermogen mee kan doen. Burgers wonen waar mogelijk zelfstandig thuis en ontvangen als dat nodig is ook zoveel mogelijk zorg en ondersteuning thuis’.⁶ Er is echter een groep psychisch kwetsbare mensen die permanent op een veilige en beschutte woonomgeving is aangewezen. Dat zijn bijvoorbeeld mensen die op veel levensdomeinen nog onvoldoende of geen eigen regie hebben, waardoor ze niet binnen afzienbare termijn (begeleid) zelfstandig kunnen wonen. Een deel van de cliënten van beschermd wonen maakt gebruik van een vijfjarig overgangsrecht AWBZ-Wmo en heeft een indicatie tot 2020. De genoemde ggz-aanbieders

wijzen erop in hun brief dat deze cliënten dan voor 1 januari 2020 geherindiceerd moeten zijn en dan mogelijk een jaar later te maken krijgen met een overgang naar de Wlz.

Eerstelijnsverblijf

Eerstelijnsverblijf (ELV) is ‘medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, waarbij 24-uurs toezicht of zorg in de nabijheid aanwezig is, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg’ (Wet langdurige zorg, art. 11.1.5, lid c).

Sinds 2015 wordt ELV vergoed uit de zogenoemde subsidieregeling eerstelijnsverblijf: een tijdelijke regeling die onder de Wlz valt (zie kader 6.1 voor verdere toelichting). De minister van vws heeft de Tweede Kamer op 31 mei 2016 laten weten dat ELV met ingang van 1 januari 2017 naar de Zvw wordt overgeheveld (TK 2015/2016c). Ze schrijft in de bijbehorende brief dat ze dit als een belangrijk onderdeel van de Hervorming Langdurige Zorg ziet, dat bijdraagt aan het verbeteren van kwaliteit van leven en langer thuis wonen:

Een ontbrekende schakel in de zorg dicht bij huis is de mogelijkheid tot kortdurende opname bekostigd vanuit de Zvw. Een gedegen organisatie van het eerstelijns verblijf vanuit de Zvw per 2017 is het sluitstuk van de hervorming van de langdurige zorg. (TK 2015/2016c: 1)

Sinds mei 2016 is het genoemde budget voor ELV van 180 miljoen euro tweemaal opgehoogd tot een bedrag van 243,1 miljoen euro (in oktober 2016).

Kader 6.1 Toelichting eerstelijnsverblijf

ELV is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven, maar waarvoor geen opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling, waaronder (geriatrische) revalidatiezorg, aangewezen is. Doel is het analyseren van de aandoening(en) en/of beperking(en) en de gevolgen hiervan, deze opheffen c.q. stabiliseren zodat terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie mogelijk is. Als terugkeer geen optie blijkt te zijn, wordt vastgesteld welke vervolgzorg passend is voor de patiënt.

Bron: Verenso (2015: 5)

Noten

- 1 Bron: Wat is zorgplicht? Geraadpleegd op 12 januari 2018 via <https://www.nza.nl/over-nza/wat-doet-de-nza/toezicht-door-de-nza>.
- 2 Een volksverzekering is in Nederland een verplichte, publiekrechtelijke verzekering voor iedere natuurlijke persoon die legaal ingezetene van Nederland is. Ook een niet-ingezetene van Nederland die ter zake van een in Nederland verrichte arbeidsovereenkomst aan de loonbelasting is onderworpen, is in beginsel verzekerd voor de volksverzekeringen. Degene die verzekerd is voor de volksverzekeringen wordt aangeduid als ‘verzekerde’.

- 3 'Alle Wlz-cliënten met een Modulair Pakket Thuis (MPT) of overbruggingszorg die nu nog huishoudelijke hulp van gemeenten ontvangen, gaan in één keer per 1 april 2017 over naar de Wlz. Nieuwe cliënten of bestaande Wlz-cliënten met MPT/overbruggingszorg zonder huishoudelijke hulp kunnen al vanaf 1 januari 2017 in de Wlz terecht voor huishoudelijke hulp als de cliënt dat wenst', aldus de vng. Bron: *Overhevelen HH thuiswonende Wlz-cliënten: nieuwe afspraken*, 23 november 2016, geraadpleegd op 23 november 2017 via <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/maatwerkvoorzieningen/nieuws/overhevelen-hh-thuiswonende-wlz-clienten-nieuwe-afspraken>.
- 4 Het recht op onafhankelijke cliëntondersteuning is geregeld in artikel 4.2.1, lid 3 van de Wlz.
- 5 De staatssecretaris wijst daarbij in de beleidsbrief op het bestaan van wachtlijsten in de zorg, echtparen die na een decennialang huwelijksleven nog gescheiden worden, drempels voor zorgcoöperaties.
- 6 Brief van RIBW Alliantie, Federatie Opvang en GCZ Nederland aan de vaste kamercommissie voor vws, geraadpleegd op 9 april 2018 via http://www.ribwalliantie.nl/upload/documents/2017/Gezamenlijke%20brief%20GCZ%20Nederland%20Federatie%20Opvang%20en%20RIBW%20Alliantie%20AO%20Wlz%2028%20maart%202018_.pdf.

Literatuur

- ciz (2015). *Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2016*. Utrecht: Centrum indicatiestelling zorg.
- Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg (2017). *Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022. Landelijk kader binnen de Wlz*. Utrecht: Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg.
- NZa (2016). *Overzicht doelstellingen Wlz*. Geraadpleegd op 17 april 2018 via <https://www.zorgkennis.net/downloads/kennisbank/zk-kennisbank-Doelstellingen-Wet-langdurige-zorg-4454.pdf>.
- Staatsblad (2014). Wet van 3 december 2014, houdende regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg). In: *Staatsblad*, jg. 2014, nr. 494.
- TK (2013/2014a). *Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg)*. Memorie van Toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33891, nr. 3.
- TK (2013/2014b). *Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg)*. Nota van wijziging (21 augustus 2014). Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33891, nr. 17 (herdruk).
- TK (2014/2015). *Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen*. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 10 februari 2015. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014/2015, 31765, nr. 124.
- TK (2015/2016a). *Waardig leven met zorg*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 februari 2016. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015/2016, 34104, nr. 105.
- TK (2015/2016b). *Gehandicaptenbeleid. Samen werken aan een betere gehandicaptenzorg*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 juli 2016. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015/2016, 24170, nr. 152.
- TK (2015/2016c). *Langdurige zorg. Eerstelijnsverblijf in de zorgverzekering per 1 januari 2017*. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 mei 2016. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015/2016, 34104, nr. 125.
- TK (2016/2017). *Langdurige Zorg*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 6 juli 2017 aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) inzake het voorlopige budgettaire kader Wlz 2018. Bijlage bij Tweede Kamer, vergaderjaar 2016/2017, 34104 nr. 188.

TK (2017/2018). *Langdurige Zorg. Stand van zaken toegang Wlz voor mensen met een psychische stoornis*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 maart 2018. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017/2018, 34104 nr. 207.

Verenso (2015). *Afwegingsinstrument eerstelijns verblijf*. Utrecht: Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde.

Zorginstituut Nederland (2017). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg Samen leren en verbeteren*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Zorgverzekeraars Nederland (2015). *Toetsingskader doelmatige en verantwoorde zorg thuis. Definitieve versie, 29 juni 2015*. Geraadpleegd op 12 januari 2018 via <https://assets.zn.nl/p/32768/Toetsingskader%20doelmatige%20oen%20verantwoorde%20zorg%20thuis.pdf>.

7 Toegang tot maatschappelijke ondersteuning en wijkverpleging

Anna Maria Marangos, Maaïke den Draak, Lia van der Ham, Nora Kornalijnslijper en Peteke Feijten

- Er is weinig zicht op (aantallen) niet-gebruikers van ondersteuning.
 - De bekendheid met het Wmo-loket of sociaal wijkteam is het grootst onder mensen met een lichamelijke beperking (zeven van de tien) en het kleinst onder mensen met psychische problematiek (vier van de tien).
 - Wijkverpleging is bij de meeste mensen bekend. Lageropgeleiden zijn er minder bekend mee dan anderen, maar hebben wel de meeste behoefte aan deze hulp. Mensen met een migratieachtergrond en psychische problematiek zijn onvoldoende in beeld.
 - Belangrijke redenen van niet-gebruik van ondersteuning en zorg zijn: de weg niet kunnen vinden, het systeem te ingewikkeld vinden, niet in aanmerking denken te komen, de eigen bijdragen als hoog inschatten, en de aanvraagprocedure te lang vinden duren. Niet alleen (potentiële) cliënten kunnen de weg niet goed vinden in het zorgsysteem; dit geldt ook voor professionals.
 - Mensen voor wie de toegang tot ondersteuning complex is, komen ook nauwelijks terecht bij degenen die hen daarbij kunnen helpen: de onafhankelijke cliëntondersteuners.
 - De ervaringen met het gemeentelijk onderzoek lopen uiteen.
 - Een kwart van de Wmo-melders is ontevreden over de oplossing uit het gemeentelijk onderzoek; het aantal klachten en bezwaarschriften is echter relatief klein.
-

7.1 Inleiding

Mensen die ondersteuning of zorg nodig hebben, komen voor diverse keuzes te staan. Ze krijgen misschien hulp van hun sociale netwerk, bijvoorbeeld bij huishoudelijk werk, de tuin, vervoer, begeleiding of organisatorische taken. Een andere optie is deze hulp zelf inkopen of zelf hulpmiddelen aanschaffen zoals een aangepaste auto, scootmobiel of vervoer per taxi. In hoeverre dit lukt, hangt uiteraard af van de financiële situatie, maar ook van het vermogen om een en ander zelf uit te zoeken. Nog een andere optie is een beroep doen op de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015). Bekend is dat mensen vaak meerdere sporen tegelijk bewandelen: zelf ondersteuning inkopen, inzet van hun sociale netwerk en/of een beroep doen op formele ondersteuning via de Wmo 2015 (Feijten et al. 2017; Marangos et al. 2018). De ene persoon zal een keuze voor bepaalde ondersteuning of zorg meer afgewogen maken dan een ander. Bij ouderen is er vaak sprake van tijdsdruk en volgen keuzemomenten elkaar sneller op, en bij mensen met psychische problemen speelt het probleem van onvoldoende aanbod, wat invloed kan hebben op de keuzes die ze hebben (Patiëntenfederatie et al. 2017).

De achterliggende gedachte van de Hervorming Langdurige Zorg is dat mensen zich eerst zoveel mogelijk zelf proberen te redden, eventueel met hulp van hun sociale netwerk. Als dat niet (meer) lukt, is er voor zelfstandig wonenden¹ en hun mantelzorgers (formele) ondersteuning vanuit de Wmo 2015 beschikbaar. Zie hoofdstuk 4 voor een uitgebreide analyse van de bedoelingen van deze wet.

Dit hoofdstuk zoekt een antwoord op de vraag in hoeverre mensen met uiteenlopende beperkingen en hun mantelzorgers toegang hebben tot de Wmo 2015 en tot de Zorgverzekeringswet (Zvw) voor wat betreft wijkverpleging en eerstelijnsverblijf (ELV). Gemeenten voeren de Wmo 2015 uit en bieden onder andere hulp bij het huishouden, woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen, rolstoelen, buurthuisvoorzieningen en ondersteuning van informele hulp (mantelzorgers en vrijwilligers), begeleiding, dagbesteding, beschermd wonen en gratis onafhankelijke cliëntondersteuning.

De zorgverzekeraars zijn in het kader van de Zvw verantwoordelijk voor verpleging en verzorging thuis. Voor de toegang hiertoe heeft de wijkverpleging sinds januari 2015 een belangrijke rol gekregen, namelijk het beoordelen welke zorg nodig is (de indicatiestelling) en regelen dat deze wordt geboden.

Onderzoeksvragen

Dit hoofdstuk beantwoordt de volgende onderzoeksvragen:

- Kunnen en komen mensen met een behoefte aan ondersteuning terecht bij hun gemeente?²
- Kunnen en komen mensen die verpleging en verzorging nodig hebben terecht bij de wijkverpleging en het eerstelijnsverblijf (ELV)? Hoe gaan deze met de hulpvraag om en hoe ervaren alle betrokkenen dit?
- Hoe ontwikkelt het aantal bezwaar- en beroepszaken zich?
- Hoe ontwikkelt de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep zich?

Onderzoekbronnen

De belangrijkste onderzoekbronnen voor dit hoofdstuk zijn *Zicht op de Wmo 2015* (Feijten et al. 2017), *Evaluatie van de wijkverpleging* (Francke et al. 2017), *Cliëntervaringen Wmo en Jeugd: Benchmark van de éénmeting* (Beerepoot et al. 2017) en *De Wmo 2015 in de praktijk* (Van der Ham et al. 2018).³

Opbouw

De opbouw van dit hoofdstuk is thematisch, waarbij telkens de verschillende wetten aan bod komen. De eerste twee onderzoeksvragen over het terechtkunnen en -komen bij de gemeente of wijkverpleging wordt besproken in de thema's bekendheid en niet-bereik (§ 7.2), routes naar ondersteuning, wijkverpleging en eerstelijnsverblijf (§ 7.3), en cliëntondersteuning (§ 7.4). Hoe de gemeenten en wijkverpleging omgaan met de hulpvraag van cliënten en hoe alle betrokkenen dit ervaren, komt aan de orde in de thema's het

gemeentelijk onderzoek in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (§ 7.5) en de indicatiestelling voor wijkverpleging (§ 7.6).

Bij het gemeentelijk onderzoek in de Wmo 2015 (§ 7.5) komen het aantal en de ontwikkeling van bezwaar- en beroepszaken tegen Wmo-besluiten aan de orde, en bij de indicatiestelling voor wijkverpleging enkele belangrijke geschillen (§ 7.6). De Zvw kent namelijk geen mogelijkheid tot bezwaar en beroep; volgens die wet kunnen mensen die niet tevreden zijn zich tot een geschillencommissie wenden.

7.2 Bekendheid en (niet-)bereik

Bekendheid en (niet-)bereik van de Wmo 2015

Om een beroep op de Wmo 2015 te kunnen doen, is het nodig dat de aanwezigheid van een Wmo-loket of sociaal wijkteam bekend is. Volgens een analyse van de gemeentelijke cliëntervaringsonderzoeken⁴ was ongeveer driekwart van de Wmo-cliënten vooraf op de hoogte van waar men met zijn hulpvraag terecht kon (vng 2017a). Ook Wmo-melders die al eerder ondersteuning of zorg hebben gekregen, waren hiervan goed op de hoogte (Feijten en Schyns 2017). Dat ligt voor de hand: de melders uit deze onderzoeken zijn immers al eerder daadwerkelijk bij de gemeente terechtgekomen.⁵ Om erachter te komen hoe het gesteld is met de bekendheid van de Wmo 2015 bij mensen met beperkingen die (nog) níét bij de gemeente terecht zijn gekomen, zijn vragen gesteld aan verschillende panels. Uit deze panelonderzoeken (onder mensen met lichamelijke beperkingen, psychische problemen en familie van mensen met een verstandelijke beperking) blijkt dat deze groepen niet in dezelfde mate bekend zijn met het Wmo-loket of het sociaal wijkteam. In 2015 kenden mensen met een lichamelijke beperking het Wmo-loket het best (zeven van de tien). Zes van de tien familieleden van mensen met een licht of matige verstandelijke beperking zei in 2015 het Wmo-loket of sociaal wijkteam te kennen. Het gaat hier om mensen met een verstandelijke beperking die niet in een instelling wonen. Van de mensen met aanhoudende en ernstige psychische problematiek kenden in 2015 slechts vier op de tien het Wmo-loket of sociaal wijkteam (Place en Hulsbosch 2016). Verreweg de meeste van de door Place en Hulsbosch ondervraagde mensen (bijna negen op de tien) woonden (begeleid) zelfstandig, dus voor hen kan bekendheid met de Wmo 2015 relevant zijn.

Bekendheid met wijkverpleging (Zvw) is groot

De bekendheid met wijkverpleging is groot, blijkt uit een enquête in 2017 onder mensen met een chronische ziekte of beperking (Francke et al. 2017). Bijna 90% van hen zei van het bestaan van wijkverpleging te weten. Ruim driekwart van de totale groep wist wel van het bestaan van wijkverpleging, maar maakte er geen gebruik van. Een op de tien zei niet op de hoogte te zijn van het bestaan van wijkverpleging. Opvallend is de significant grotere onbekendheid onder laagopgeleiden, terwijl zij juist een relatief grote behoefte hebben aan wijkverpleging (Francke et al. 2017).

Redenen en gevolgen van niet-gebruik zijn divers

Er is weinig onderzoek gedaan naar het niet-gebruik van ondersteuning en zorg. Dat is ook begrijpelijk, want vaak worden respondenten geworven via gemeenten of zorg-aanbieders. Mensen die wel hulp nodig hebben, maar zich niet hebben gemeld voor ondersteuning of zorg, kunnen dan uiteraard niet in zo'n onderzoek worden meegenomen.

Ondanks het geringe onderzoek dat zich specifiek op niet-gebruik richt, zijn er wel indicaties te geven. Landelijk kwantitatief onderzoek van Verbeek-Oudijk et al. (2017) ging in op de onvervulde hulpbehoefte en concludeerde het volgende: 3% van de zelfstandig wonende volwassen Nederlanders in 2015 gaf aan behoefte te hebben aan zorg en ondersteuning (hulp bij het huishouden, verzorging, verpleging of begeleiding) en deze niet te krijgen. Dit aandeel verschilt niet met dat van 2014. Bij mensen met een matige of ernstige lichamelijke beperking is dit aandeel 9%. Zij hebben vooral behoefte aan hulp bij het huishouden. 'Een behoefte hebben' wil niet zeggen dat mensen dan ook daadwerkelijk om ondersteuning hebben gevraagd of ernaar hebben gezocht. Er kunnen allerlei redenen zijn om geen ondersteuning aan te vragen (Verbeek-Oudijk et al. 2017).

De *Overall rapportage sociaal domein 2016* meldt dat slechts voorzichtige aanwijzingen over niet-gebruik zijn verkregen op basis van de resultaten van de groep mensen die geen gemeentelijke voorziening gebruiken (Pommer en Boelhouwer 2017). Zo is ruim een derde deel (van degenen die geen voorzieningen gebruiken) laagopgeleid, heeft een derde deel problemen bij het uitvoeren van dagelijkse handelingen, heeft bijna 10% een laag inkomen en wordt 7% als zeer eenzaam beschouwd. Deze groepen zouden we als risicogroepen kunnen definiëren.

Er kan ook sprake zijn van niet-gebruik van ondersteuning of zorg omdat een aanvraag hiervoor (gedeeltelijk) is afgewezen. Gevraagd (in 2016) aan de Wmo-melders van wie na het gemeentelijk onderzoek geen maatwerkvoorziening was verstrekt (1,5 van de tien melders) wat de reden hiervan was, zei een kwart dat hun aanvraag was afgewezen (Marangos en Schyns 2017). Een derde deel van de Wmo-melders die geen maatwerkvoorziening had ontvangen, gaf aan dat de gemeente zo'n voorziening niet nodig vond en daardoor kwam het niet tot een officiële aanvraag. Sommige melders zetten de aanvraag zelf niet door omdat ze de eigen bijdrage te hoog vonden, omdat ze opzagen tegen de rompslomp van het indienen van een aanvraag, omdat de procedure te lang duurde of omdat het beter was om zelf te bewegen (in plaats van een hulpmiddel te gebruiken). Als reden van het niet ontvangen van een maatwerkvoorziening werd ook de aanwezigheid van wachtlijsten genoemd. Zelf noemden Wmo-melders van wie de aanvraag (gedeeltelijk) afgewezen was nadelige gevolgen van het niet krijgen van een maatwerkvoorziening. Zo gaf een derde deel aan vaker thuis te blijven dan gewenst en een zesde deel zei minder sociale contacten te hebben dan gewenst. Uit een meldactie van de Patiëntenfederatie Nederland (2018) kwamen als meest genoemde gevolgen van het niet krijgen van ondersteuning: zelf naar een oplossing moeten zoeken, minder goed dagelijkse handelingen kunnen uitvoeren, achteruitgang van de financiële situatie, verergering van klachten of problemen, en een grotere afhankelijkheid van andere mensen (Patiëntenfederatie Nederland 2018).

Over de toegang tot wijkverpleging zeggen wijkverpleegkundigen zelf (eind 2016/begin 2017) dat deze over het algemeen goed is (Francke et al. 2017). Ze proberen in de wijk te signaleren wie zorgbehoefstig is. Vooral voor kwetsbare ouderen en mensen met dementie worden activiteiten georganiseerd om zorgbehoeften te signaleren, aldus de wijkverpleegkundigen. Toch denken ze dat er ook kwetsbare groepen zijn die niet goed in beeld komen, namelijk mensen met psychische problematiek en mensen met een migratieachtergrond.

Van de mensen met een chronische ziekte of beperking die geen gebruikmaken van wijkverpleging, maar wel van het bestaan afwisten, zei maar 2% wijkverpleging nodig te hebben. Dit is gevraagd in een enquête op basis van een landelijke steekproef, eind 2016 / begin 2017 (Francke et al. 2017). Misschien betekent deze conclusie dat er weinig niet-gebruikers van wijkverpleging zijn. Die 2% kan een onderschatting zijn, want het is mogelijk dat niet-gebruikers van wijkverpleging ook niet meedoen aan onderzoeken. De voornaamste redenen voor de niet-gebruikers die wel verpleging nodig hadden en die wisten van het bestaan hiervan, was dat ze niet door onbekenden willen worden geholpen of dachten er niet voor in aanmerking te komen. Van de niet-gebruikers die níet van het bestaan van wijkverpleging wisten, zei 8% wijkverpleging nodig te hebben. Naast hun onbekendheid met de wijkverpleging speelde bij deze laatste groep vooral dat ze niet wisten hoe ze wijkverpleging kunnen krijgen, ze dachten er niet voor in aanmerking te komen of dachten dat de kosten hoog zouden zijn. Deze redenen werden ook gevonden in een eerder onderzoek naar redenen van niet-gebruik van maatschappelijke ondersteuning (Marangos et al. 2013).

Ook huisartsen lieten zich uit over redenen van niet-gebruik en hun opvattingen liepen uiteen (zie Bijlage A, te vinden op www.scp.nl bij dit rapport). Sommige huisartsen zeiden dat het zorgsysteem te ingewikkeld is en de eigen bijdragen te hoog, anderen wijten niet-gebruik vooral aan de persoonlijke karakters en het ziektebeeld van mensen. Praktijk-ondersteuners noemden in interviews in 2017 een aantal patiëntgroepen die volgens hen een verhoogde kans op onvervulde zorgbehoeften hebben, namelijk patiënten met dementie, patiënten die specialistische ggz nodig hebben, patiënten met een complexe zorgvraag en weinig mantelzorg, zorgmijders en (andere) patiënten die onvoldoende bekend zijn met de toegang tot de zorg en de zorgmogelijkheden (De Groot et al. 2018).

De weg naar ondersteuning blijkt moeilijk te vinden

Een deel van de cliënten zei dat ze de weg naar het Wmo-loket of het wijkteam goed konden vinden (zie eerder in deze paragraaf), maar voor een substantieel deel van de cliënten, mantelzorgers en professionals bleek die weg moeilijk vindbaar. Een kwart van de Wmo-melders zei in 2016 dat het een beetje of zelfs veel moeite kostte om de juiste persoon te pakken te krijgen (Feijten en Schyns 2017). Dat aandeel komt overeen met het aandeel melders uit de gemeentelijke cliëntervaringsonderzoeken dat in 2016 negatief antwoordde op de stelling 'ik wist waar ik moest zijn met mijn hulpvraag' (VNG 2017a). Beerepoot et al. (2017), die voor 71 gemeenten nadere analyses uitvoerden op deze gegevens, concludeerden dat de toegang naar Wmo-ondersteuning in 2016 iets is verbe-

terd ten opzichte van het jaar ervoor. Cliënten in kleine gemeenten wisten beter de weg te vinden (Beerepoot et al. 2017). Jonge melders (tot 55 jaar) kostte het vooral veel moeite om de weg te vinden (Feijten en Schyns 2017). Mogelijk hebben zij relatief ingewikkelde of specifieke problematiek, of zijn ze kritischer dan oudere melders. In interviews in 2017 zeiden cliënten van de Wmo 2015 dat ze vooral moeite hadden om de weg te vinden op het gebied van dagbesteding, begeleiding en het persoonsgebonden budget (pgb) (Van der Ham et al. 2018).

De Nationale ombudsman wijst erop dat veel burgers niet goed weten waar en bij wie zij terecht kunnen met hun zorgaanvraag (Tuzgöl-Broekhoven et al. 2018). In een onderzoek van de Patiëntenfederatie Nederland et al. (2017) werd het zorgsysteem soms met een doolhof vergeleken. Het systeem werd door geïnterviewden erg ingewikkeld gevonden en ze ervoeren dat ze van het kastje naar de muur werden gestuurd. Een ander recent rapport van de Patiëntenfederatie Nederland (2018), naar aanleiding van een meldactie, concludeerde dat een derde deel van de deelnemers moeite had om zorg en/of ondersteuning te regelen als dat nodig is. Volgens dat rapport hebben vooral mensen met een verstandelijke beperking, een psychische aandoening en ouderen moeite om zelf de benodigde zorg en ondersteuning te regelen.

Huisartsen zagen in 2017 ook dat deze groepen moeite hebben met de toegang (zie Bijlage A). Een aantal van hen noemt het zorgsysteem erg ingewikkeld. Deze huisartsen zeiden dat zij of hun praktijkondersteuners veel tijd kwijt zijn aan het zoeken naar de juiste personen voor patiënten die het zelf niet kunnen regelen. Andere professionals, zoals zorgaanbieders en zorgverzekeraars, waren in 2017 van mening dat de complexiteit van het systeem sinds 2015 is toegenomen, waardoor het voor burgers en hulpverleners vaak niet duidelijk is welke instantie waarvoor verantwoordelijk is (Van der Ham et al. 2018). Verschillende andere rapportages noemen de complexiteit en ingewikkeldheid van het systeem ook een belangrijk knelpunt (o.a. Blom en Van den Broek 2017; Tuzgöl-Broekhoven et al. 2017).

Zelfs cliëntondersteuners, van wie we veronderstellen dat zij bij uitstek de weg weten te vinden, zeiden veel tijd te besteden aan het zoeken van het juiste loket of de juiste persoon (Van Bergen et al. 2016). Daar komt bij dat het bestaan van cliëntondersteuners onbekend is bij veel mensen met beperkingen (zie § 7.4).

Als we specifiek naar verschillende vormen van ondersteuning kijken, levert de toegang tot relatief eenvoudige (en al eerder via gemeenten verstrekte) ondersteuning, zoals een rolstoel of scootmobiel, voor acht op de tien cliënten weinig problemen op (Beerepoot et al. 2017). Bij vormen van ondersteuning die vaak bij complexere problematiek komt kijken (bv. begeleiding), wist ongeveer een op de drie cliënten niet (goed) waar ze moesten zijn met hun hulpvraag.

Financiële drempels voor maatschappelijke ondersteuning

Als mensen worden geïnterviewd over de toegang tot ondersteuning of zorg noemen ze (ook) vrijwel altijd de hoge kosten of de hoge eigen bijdragen als reden van niet-gebruik. Cliënten zelf noemen dit, maar ook mantelzorgers, Wmo-consulenten, huisartsen en

praktijkondersteuners (o.a. Feijten et al. 2017; De Groot et al. 2018). De consultants denken dat vooral mensen met middeninkomens afzien van ondersteuning vanwege de eigen bijdragen. Het feit dat middeninkomens vaak niet in aanmerking komen voor allerlei toeslagen of subsidies, betekent meestal dat ze na het betalen van de eigen bijdrage netto nauwelijks meer overhouden dan lagere inkomens. Voor de Wmo-melders was voor de meesten van hen de eigen bijdrage geen reden om af te zien van de ondersteuning (Feijten et al. 2017). Slechts een op de twintig zag vanwege de eigen bijdrage helemaal of gedeeltelijk af van ondersteuning, of zocht naar een goedkopere oplossing. In datzelfde onderzoek vonden vier op de tien deelnemende gespreksvoerders van gemeenten dat de stelling ‘door de hoogte van de eigen bijdrage zien armere mensen af van een aanvraag voor ondersteuning’ grotendeels tot helemaal van toepassing. Dat zoveel gespreksvoerders deze stelling van toepassing vonden, kan komen doordat deelnemende gespreksvoerders vaak te maken kregen met mensen die om deze reden afhaken nog voordat een aanvraag is ingediend. Een andere reden kan zijn dat ze dachten dat sommige mensen zich vanwege de eigen bijdrage niet eens melden.

Het is lastig om te bepalen of mensen de eigen bijdrage niet kunnen betalen (gezien hun inkomen en overige uitgaven) of dat ze het gevraagde bedrag niet overhebben voor de ondersteuning die ze krijgen. Goed zicht hierop verkrijgen wordt (ook) bemoeilijkt doordat de eigen bijdragen voor maatwerkvoorzieningen en voor algemene voorzieningen op verschillende manieren worden vastgesteld. De eigen bijdrage voor maatwerkvoorzieningen wordt door het CAK berekend, en soms krijgen cliënten pas na maanden het te betalen bedrag te horen. Omdat deze eigen bijdrage persoonsafhankelijk is en gemaximeerd volgens landelijke regels, zou deze in principe betaalbaar moeten zijn. Eigen bijdragen voor algemene voorzieningen (bv. activiteiten in een buurthuis en in sommige gemeenten ook voorzieningen zoals dagbesteding en hulp bij het huishouden)⁶ worden niet door het CAK vastgesteld, maar door de gemeente of de (zorg)aanbieder. Deze eigen bijdragen mogen de kostprijs niet te boven gaan, maar ze kunnen wel oplopen. Zonder actief beleid van gemeenten cumuleren deze eigen bijdragen met eventuele eigen bijdragen voor maatwerkvoorzieningen, eigen bijdrage voor andere algemene voorzieningen en eigen bijdragen voor de Wet langdurige zorg (Wlz) (Soeters en Verhoeks 2015).

Een indicatie van de problematiek geeft het onderzoek onder melders van de Wmo 2015 (Feijten et al. 2017). Bijna een op de tien Wmo-melders gaf in 2016 aan in financiële problemen te zijn gekomen door het betalen van de eigen bijdrage.

Omdat de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) signalen ontving dat mensen als gevolg van de eigen bijdragen het gebruik van ondersteuning stopzetten, vroeg ze aandacht voor deze problematiek aan haar leden (VNG 2016). Eind 2016 zouden 80 gemeenten hun eigen bijdragen hebben verlaagd (De Koster 2016) en in 2017 werd de maximale landelijke eigen bijdrage voor de Wmo 2015 verlaagd (CAK 2017). In hoofdstuk 15 is in een berekening deze verlaging van de eigen bijdragen te vinden.

Waarschijnlijk worden de eigen bijdragen gemiddeld gezien nog lager als het voornemen van kabinet-Rutte III zal worden doorgevoerd. Dat voornemen houdt in dat het huidige

systeem van eigen bijdragen wordt omgezet naar een zogenoemd abonnementstarief. Dit betekent dat de eigen bijdrage een vast bedrag wordt, namelijk € 17,50 per vier weken, ongeacht gebruik, inkomen, vermogen en huishoudenssamenstelling (TK2017/2018). Met deze maatregel hoopt kabinet-Rutte III de stapeling van eigen bijdragen bij gebruikers te voorkomen en de uitvoeringskosten en administratieve uitgaven in het kader van de Wmo 2015 te drukken. Gemeenten uitten kritiek op dit voornemen. In een reactie op het Regeerakkoord 2017-2021 zegt de VNG dat het abonnementstarief het principe van 'bijdragen naar draagkracht' onderuithaalt en dat het zal leiden tot een toename van de vraag naar voorzieningen (VNG 2017b). In dagblad *Trouw* beschreven hoogleraar Bestuur en Economie Raymond Gradus en tien wethouders de ongewenste sociale gevolgen die zij voorzien bij het abonnementstarief (Trouw 2017). Naast de aanzuigende werking zou dat systeem de motivatie bij cliënten onderuithalen om gebruik te maken van hun eigen kracht.

7.3 Routes naar ondersteuning, wijkverpleging en eerstelijnsverblijf

Routes naar ondersteuning op basis van de Wmo 2015

Als iemand een maatwerkvoorziening vanuit de Wmo 2015 wil verkrijgen, moet daarvan eerst melding worden gedaan (zie ook hoofdstuk 4). De Memorie van Toelichting bij de Wmo licht toe dat de wet geen eisen stelt aan de vorm of plek waar zo'n melding wordt gedaan. Uit het onderzoek onder Wmo-melders blijkt dat de meeste mensen hun melding in 2016 telefonisch deden (bijna twee op de drie), bijna twee op de tien ging ervoor naar het gemeentehuis of een buurthuis, en minder dan een op de tien nam contact op via e-mail, brief of website (Feijten en Schyns 2017).

Volgens professionals (zoals Wmo-gespreksvoerders, wijkverpleegkundigen en leden van sociale wijkteams) kwamen meldingen in 2016 vrijwel altijd binnen via het centrale Wmo-loket of klantcontactcentrum van de gemeente (Schellingerhout en Heering 2017). Soms kwamen meldingen voor Wmo-ondersteuning binnen via de wijkverpleging (Schellingerhout en Schyns 2017). Het kwalitatieve onderzoek van Van der Ham et al. (2018) bevestigt dat beeld. In dat onderzoek kwam naar voren dat telefonisch contact via het klantcontactcentrum als nadeel heeft dat mensen vaak meerdere keren worden doorverbonden en hun hele verhaal dan (opnieuw) moeten vertellen, voordat ze iemand te spreken krijgen met kennis van zaken, en dat zorgt voor frustraties bij sommige melders.

Niet alle cliënten die nieuw instromen in de Wmo 2015 zijn onbekenden van de gemeente. Ook vanuit de Jeugdwet – waar de gemeenten eveneens verantwoordelijk voor zijn – stromen cliënten in. Diverse partijen signaleren knelpunten in de praktijk bij de overgang van de Jeugdwet naar de Wmo (Van den Berg et al. 2017; Blom en Van den Broek 2017; Ebben en Berghuis 2017; Feijten et al. 2017; Friele et al. 2018; Van der Ham et al. 2018; Pons et al. 2016; ROB 2017). In hoofdstuk 14 gaan we in op deze knelpunten en de overgang vanuit de Jeugdwet.

Hoewel vrijwel alle meldingen via het Wmo-loket binnenkomen, kunnen mensen ze ook bij een sociaal (wijk)team indienen (zie kader 7.1). Ook de combinatie van een centraal Wmo-loket en daarnaast sociale (wijk)teams is niet ongebruikelijk (Van der Ham en Den

Draak 2018). Ruim vier op de vijf geënuquêteerde gemeenten met een sociaal (wijk)team gaf aan dat deze teams een belangrijk aanspreekpunt vormen voor melders (Van der Ham en Den Draak 2018). Van Arum en Van den Enden (2018) zagen in hun studie naar sociale (wijk)teams in 2017 dat burgers in 73% van de 185 responderende gemeenten zelf contact kunnen opnemen met het (wijk)team. Daarnaast werden het gemeentelijk loket en/of telefoonnummer (79%) en verschillende ketenpartners (bv. huisarts, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werk) vaak genoemd als mogelijke toegangswegen tot het wijkteam. Het minst genoemd was de mogelijkheid dat medewerkers van het wijkteam zelf bewoners proactief benaderen (in 39% van de gemeenten). Verschillende geïnterviewden in het onderzoek van Van der Ham en Den Draak (2018) vonden dat de bekendheid en toegankelijkheid van de sociale (wijk)teams kon worden verbeterd.

De huisartsen die in 2017 zijn geïnterviewd, zeiden vrijwel allemaal dat ze niet of nauwelijks contact hebben met de gemeentelijke consulenten of de wijkteams wanneer een patiënt van hen maatschappelijke ondersteuning nodig heeft en niet zelf een melding kan regelen (zie Bijlage A). Wel zeiden ze meestal rechtstreeks contact op te nemen met de aanbieders van hulp bij het huishouden, wanneer ze (meer van) deze ondersteuning nodig vinden.

De toegang tot Wmo-ondersteuning was in 2017 in de meeste gemeenten breed georganiseerd (breder dan de Wmo 2015), vaak gecombineerd met toegang tot andere ondersteuning op het terrein van het sociaal domein (Van der Ham en Den Draak 2018). Deze trend naar verbreding van de toegang werd al onder de Wmo van 2007 ingezet (Vonk et al. 2013).

Kader 7.1 De inzet van sociale (wijk)teams bij toegang tot zorg en ondersteuning

Een van de duidelijkste ontwikkelingen in de afgelopen jaren is het ontstaan van multidisciplinaire, sociale teams, die al dan niet gebiedsgericht werken. Omdat elke gemeente de toegang tot ondersteuning op haar eigen manier regelt, verschilt per gemeente wat de reikwijdte van deze teams is, wie er in het wijkteam zitten en wat de taken zijn bij de toegang tot zorg en ondersteuning. Wel hebben wijkteams gemeen dat ze hulpvragen van inwoners integraal, vanuit meerdere invalshoeken aanpakken, in samenwerking met andere partijen.

In 2017 werkte 83% van de gemeenten met een sociaal (wijk)team (Van Arum en Van den Enden 2018; Van der Ham en Den Draak 2018). De meest voorkomende vorm is een breed integraal team voor alle hulpvragen (Van Arum en Van den Enden 2018). Partijen die het vaakst in (wijk)teams vertegenwoordigd zijn, zijn maatschappelijk werkers (76%), Wmo-consulenten (71%) en MEE-consulenten (67%). Ook wijkverpleegkundigen (52%) en medewerkers welzijn en maatschappelijke dienstverlening (51%) maken regelmatig deel uit van de integrale (wijk)teams. Daarnaast werken (wijk)teams met veel verschillende partijen samen, waaronder huisartsenpraktijken, woningcorporaties en vrijwilligersorganisaties/-centrales (Van Arum en Van den Enden 2018).

Routes naar wijkverpleging en knelpunten bij de keuze voor een aanbieder

Volgens cliënten van de wijkverpleging namen zij in 2016 in de meeste gevallen zelf contact op met de wijkverpleging, of deed een familielid of bekende dat namens hen. Ook kwam het contact vaak tot stand via zorgprofessionals zoals de huisarts, praktijkondersteuner of via het ziekenhuis. Toegangsroutes via het sociaal wijkteam of de gemeente kwamen aanzienlijk minder vaak voor (Francke et al. 2017). Wijkverpleegkundigen zeiden (in 2017) minder vaak dat het contact door de cliënt zelf werd gelegd. Volgens hen verliep het contact in de meeste gevallen via zorgprofessionals, zoals huisartsen en verpleegkundigen in ziekenhuizen. Kwalitatieve data ondersteunen dat: geïnterviewde huisartsen zeiden dat zij vaak zelf, of hun praktijkondersteuner, direct contact opnemen met wijkverpleegkundigen of de instantie die verpleging en verzorging aanbiedt in de gemeente (zie Bijlage A).

Om tot een keuze tussen aanbieders van wijkverpleging te komen, hadden ruim acht op de tien cliënten in 2015 en 2016 geen organisaties vergeleken (Puijk et al. 2018). Ze wisten meteen van welke organisatie ze zorg wilden ontvangen, of lieten de zorg regelen door een verwijzer. Cliënten die wel zorgaanbieders hadden vergeleken, letten het meest op de ervaringen van anderen met de organisatie en op de tijden waarop de zorg kon worden geleverd. Zorgprofessionals bevestigden in 2017 dit beeld en gaven aan dat er knelpunten zijn ten aanzien van de keuzevrijheid van cliënten voor wijkverpleging. De belangrijkste daarvan zijn het personeelstekort, waardoor cliënten niet bij alle zorgaanbieders kunnen worden aangenomen, en het ontbreken van inzicht in het zorgaanbod (Puijk et al. 2018).

Routes naar eerstelijnsverblijf en verdeelde meningen over de toegang

Voor mensen die tijdelijk niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven, maar voor wie een opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling of (geriatrische) revalidatiezorg niet nodig is, bestaat er eerstelijnsverblijf (ELV).

Belangrijk bij ELV is de voorwaarde dat het verblijf medisch noodzakelijk is. In de Kamerbrief *Langdurige zorg* uit 2016 wordt een gedegen organisatie van het ELV gezien als sluitstuk van de hervorming van de langdurige zorg (TK 2015/2016). ELV zou mensen in staat stellen om zoveel mogelijk kwaliteit van leven te behouden en zo lang als het gaat thuis in de eigen vertrouwde omgeving te blijven wonen.

De helft van de ELV-gebruikers kwam in 2016 rechtstreeks vanuit de thuissituatie naar het ELV en de andere helft via het ziekenhuis, inclusief de afdeling spoedeisende hulp (NZA 2017). Uit enkele interviews met huisartsen (eind 2017) viel op hoe verdeeld huisartsen over de toegang tot het ELV denken (zie Bijlage A). Er zijn huisartsen die vinden dat de toegang goed verloopt sinds zij zelf de indicaties stelden. Zij kennen hun patiënten namelijk goed en zien zichzelf om die reden als de juiste persoon om in te schatten wat nodig is. Huisartsen die in een regio werkten waarin een centraal meldpunt is, waren vooral positief. Het centrale meldpunt zoekt voor de huisartsen naar een geschikte plaats voor de betreffende patiënt. Huisartsen die zo'n meldpunt missen, zeiden soms lang te moeten rondbellen om ergens een bed te vinden. Naar hun idee schiet het aanbod tekort en komt

het voor dat het beschikbare bed niet bij zorgvraag van de patiënt past. Ook praktijkondersteuners zijn in 2017 gevraagd naar hun mening over de toegang tot ELV (De Groot et al. 2018). Zij waren overwegend positief over deze voorziening, maar vonden het regelen van ELV doorgaans veel tijd kosten. Volgens hen is er een tekort aan beschikbare bedden. Hoe de procedures en financiële kaders in elkaar steken, blijkt lang niet altijd duidelijk te zijn voor huisartsen en praktijkondersteuners.

7.4 Cliëntondersteuning

De rol van cliëntondersteuners

Cliëntondersteuners zijn in het leven geroepen om de positie van cliënten te versterken en hebben een belangrijke rol bij de toegang tot maatschappelijke ondersteuning (Van Bergen et al. 2016). De Memorie van Toelichting bij de Wmo stelt dat met het geven van cliëntondersteuning wordt bedoeld op activiteiten die de burger de weg wijzen in het veld van maatschappelijke ondersteuning.

Onafhankelijke cliëntondersteuning was al opgenomen in de Wmo van 2007 en is opnieuw verankerd in de Wmo 2015.⁷ Gemeenten hebben de plicht om gratis en levensbrede cliëntondersteuning te bieden. Net als voor de andere vormen van ondersteuning hebben gemeenten ook hierbij veel beleidsruimte en daardoor bestaat er een breed palet aan cliëntondersteuning. Gemeenten maken zowel gebruik van formele (professionele) als van informele onafhankelijke cliëntondersteuners, als van de combinatie van beide (Van Bergen et al. 2016). Voorbeelden van formele onafhankelijke cliëntondersteuners zijn MEE-consulenten, Zorgbelang en maatschappelijk werkers. MEE en Zorgbelang zijn cliëntorganisaties die informatie, advies en ondersteuning bieden. Voorbeelden van informele onafhankelijke cliëntondersteuners zijn leden van patiëntenorganisaties en vrijwillige ouderenadviseurs.

Zeer weinig mensen zijn op de hoogte van cliëntondersteuners

Er blijken knelpunten in de toegang tot cliëntondersteuning te zijn. Zo valt uit onderzoeken over 2015 en 2016 op dat de onbekendheid met het begrip onafhankelijke cliëntondersteuning groot is. Dat merkten cliëntondersteuners zelf op (Van Bergen et al. 2016), maar het bleek des te meer uit navraag onder diverse doelgroepen. Ongeveer twee derde tot 80% kende het begrip niet. Bij mensen met een lichamelijke beperking en bij mensen die zich melden voor ondersteuning vanuit de Wmo was dat in 2015 80% (Feijten en Schyns 2017; Sattoe et al. 2017), bij gemeentelijke cliëntervaringsonderzoeken 74% (VNG 2017a), en bij naasten van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een ernstige psychische aandoening kende in 2016 ongeveer twee derde het begrip niet (resp. Voss et al. 2017 en Place et al. 2017).

Cliënten die door hun aandoening en/of onvoldoende redzaamheid en sociale steun juist behoefte aan onafhankelijke cliëntondersteuning hebben, zullen deze vaak niet kunnen vinden. De bedoeling van de wetgever om de positie van deze cliënten te versterken,

slaagt dan niet. Het betreft vaak cliënten met beperkt ziekte-inzicht en regieproblemen. Zij hebben hulp nodig bij het formuleren van hun vraag om ondersteuning en zorg.

Er is behoefte aan meer informatie over cliëntondersteuning

Lang niet iedereen heeft cliëntondersteuning nodig. Mensen die zelf goed in staat zijn om de weg te zoeken of die een sociaal netwerk hebben dat de regie voor hen voert, zullen er minder of geen behoefte aan hebben. In verschillende onderzoeken zei een aanzienlijke groep mensen echter dat ze graag geïnformeerd hadden willen worden over cliëntondersteuning. Van degenen met een ernstige lichamelijke beperking had ruim vier op de tien daar meer over willen weten (Sattoe et al. 2017). En van de Wmo-melders die niet op de hoogte waren, had bijna een vijfde hiervan gebruik willen maken als ze ervan hadden geweten (Feijten et al. 2017).

Het gebruik van cliëntondersteuning

Ongeveer 8% van de Wmo-melders en van de mensen met een lichamelijke beperking kreeg eind 2015/2016 hulp van een cliëntondersteuner (Feijten en Schyns 2017; Sattoe et al. 2017). Uit gemeentelijke cliëntervaringsonderzoeken waarin naar het gebruik van cliëntondersteuning gevraagd is, komt een percentage van 11% gebruik, waarbij wordt aangetekend dat dit in 2016 niet hoger is dan het jaar ervoor (Beerepoot et al. 2017). Ten aanzien van de toegang zeiden cliëntondersteuners zelf dat ze vooral van betekenis zijn door mensen te informeren, te adviseren, te helpen bij het formuleren van hun ondersteuningsbehoefte en bij het maken van een persoonlijk plan (Van Bergen et al. 2016). Mensen die contact met een cliëntondersteuner hadden, waren vooral positief over de manier waarop zij meedenken en hun kennis van de zorg (Harnas en Toersen 2017). Cliëntondersteuners zelf vinden dat ze niet alleen belangrijk zijn voor de cliënten, maar ook voor consulenten. Zo informeren ze hen over de ernst van de ondersteuningsbehoefte van cliënten en voorzien hen van kennis over doelgroepen waarmee gemeenten in de afgelopen jaren vaker te maken hebben gekregen, zoals mensen met een verstandelijke beperking of een ernstige psychische aandoening.

Veel knelpunten bij cliëntondersteuning

Naast de positieve ervaringen zijn er ook meerdere punten van zorg (o.a. Van Bergen et al. 2016; Van der Ham et al. 2018). Die hebben bijvoorbeeld betrekking op de grote onbekendheid, de beperking van taken die cliëntondersteuners ervaren (in sommige gemeenten mogen ze cliënten slechts bij de toegang bijstaan en bv. niet bij bezwaarschriften), de soms geringe keuzevrijheid (gemeenten zouden soms alleen informele cliëntondersteuners aanbieden), maar ook over hoe onafhankelijk de cliëntondersteuners nu eigenlijk zijn (bv. als ze ook indicaties stellen in een wijkteam). Ook cliënten noemen de onduidelijkheid over de mate van onafhankelijkheid een probleem; er zijn mensen die aangaven af te zien van cliëntondersteuning omdat ze twijfelden aan de onafhankelijkheid van de cliëntondersteuning (Harnas en Toersen 2017). De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Van Rijn) werd in een vrij vroeg stadium

van deze problemen op de hoogte gebracht en noemde in de zomer van 2017 in zijn Kamerbrief hoe er door diverse partijen aan de aanpak van de knelpunten werd gewerkt (TK 2016/2017). Met handreikingen, koploperprojecten, experimenten en aanvullende afspraken wordt gestreefd naar het verbeteren van de bekendheid, kwaliteit en onafhankelijkheid van cliëntondersteuning. De bekendheid met onafhankelijke cliëntondersteuning leek in 2017 iets verbeterd ten opzichte van 2016 (Beerepoot et al. 2017).

7.5 Het gemeentelijk onderzoek in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015

Om de vraag naar de toegankelijkheid tot maatschappelijke ondersteuning te kunnen beantwoorden, is ook het gemeentelijk onderzoek in de Wmo 2015 van belang. Uit dat onderzoek naar de behoeften en mogelijkheden van melders volgt vaak een aanvraag voor een maatwerkvoorziening (Marangos en Schyns 2017). Op een aanvraag hoort een beschikking te volgen: een schriftelijk besluit of de aanvraag wel, niet of gedeeltelijk wordt toegekend. Het onderzoek en het besluit naar aanleiding daarvan zijn – naast het kunnen vinden van de weg – bepalend voor de toegang tot maatschappelijke ondersteuning.

De uitvoering van het gemeentelijk onderzoek door Wmo-gespreksvoerders

Als mensen zich voor ondersteuning melden, volgt vaak (in 2016 bij vier van de vijf melders) een onderzoek van de gemeente naar de persoonlijke situatie (Feijten en Schyns 2017). Zo'n onderzoek dient om na te gaan wat de ondersteuningsbehoefte precies is en wie welke hulp zou kunnen bieden.

Het onderzoek bestaat in elk geval uit een gesprek met een consulent/gespreksvoerder. Wmo-melders zeiden dat ze zo'n gesprek vaak hadden bij hen thuis (Feijten en Schyns 2017). Tijdens dit gesprek werd relatief weinig gebruikgemaakt van onafhankelijke cliëntondersteuning en de mogelijkheid om een persoonlijk ondersteuningsplan in te dienen. Ook waren deze twee instrumenten bij lang niet iedereen bekend.

Het gesprek werd vaak levensbreed gevoerd, met aandacht voor aspecten die de wetgever aanbeveelt. Die aspecten zijn vooral behoeften, persoonskenmerken, voorkeuren, wat kunnen mensen op eigen kracht, mogelijkheden van mantelzorg en het gebruik van algemene voorzieningen. Dat voor deze aspecten vaak aandacht was, bleek uit zowel het perspectief van de melders als dat van de gespreksvoerders. In ongeveer een à twee op de vijf gesprekken bleven bepaalde thema's onbesproken, aldus de Wmo-melders in 2016, bijvoorbeeld vrijetijdsbesteding en financiën. Regelmatig waren mantelzorgers aanwezig bij de gesprekken. Zij vonden dat er in die gesprekken vaker niet dan wel aandacht werd gegeven aan de hulp en ondersteuning die zij boden. Ook gespreksvoerders zelf zeiden dat ze hier niet altijd aandacht aan schonken.

Uit ongeveer honderd observaties van huisbezoeken⁸ kwam echter een ander beeld naar voren ten aanzien van de aandacht die in gesprekken tussen professionals en cliënten wordt besteed aan de eigen kracht en aan de mogelijkheden van mantelzorg (Bredewold et al. 2016). Bredewold et al. concluderen dat professionals in verreweg de meeste

gesprekken niet aansturen op grotere zelfredzaamheid en zeker niet altijd een (groter) beroep doen op het sociale netwerk van cliënten. Ze zetten uiteen waarom er naar hun mening een kloof is tussen wat professionals en beleidsmakers als ideaal zien en de feitelijke praktijk. Zo wordt door professionals vaak geen beroep gedaan op het sociale netwerk, omdat dat al veel doet en niet meer aankan of niet geschikt is voor (meer) zorg. Soms ontbreekt het cliënten aan een sociaal netwerk. Als het er wel is, speelt mee dat cliënten aangeven het heel vervelend te vinden om bepaalde intieme handelingen te laten uitvoeren door naasten. Dat laten ze liever door professionals doen die emotioneel verder van hen af staan. Dat rollen veranderen (bv. van 'liefhebbende oma' naar 'hulpverlener') wordt ook als ongewenst ervaren, en veel mensen zijn niet graag afhankelijk van een ander.

Kritiek op kennis en vaardigheden van gespreksvoerders in het gemeentelijk onderzoek

In onderzoek van Schellingerhout en Heering (2017) hadden de meeste Wmo-gespreksvoerders⁹ een hbo-opleiding en ruim twee derde van hen was meer dan acht jaar werkzaam in het sociaal domein. De meest voorkomende professionele achtergrond van de bevraagde gespreksvoerders was maatschappelijk werk of een paramedisch beroep. Naast (wijk)verpleegkundigen waren er onder hen ook mensen met sociaal-medische en medisch-therapeutische beroepen. Ook ergotherapie, fysiotherapie, gezinstherapie, psychologie en psychiatrie werden genoemd. In de meeste gemeenten was een deel van de gespreksvoerders specialist (zij hadden voornamelijk kennis op één bepaald gebied) en een deel generalist (zij hadden overstijgende kennis op meerdere gebieden).

Gespreksvoerders uit het onderzoek van Feijten en Schyns (2017) waren over het algemeen positief over hun gespreksvoering met Wmo-melders. Ze vonden dat ze voldoende vaardigheden hadden om de hulpvraag van de cliënt helder te krijgen en dat ze voldoende tot ruim voldoende kennis over het ondersteuningsaanbod in hun gemeente hadden. Toch zei ook ongeveer een kwart van hen dat hun kennis van melders met een psychische of psychiatrische aandoening, met psychogeriatrische problemen (waaronder dementie) en melders met multiprobleemsituaties (zoals daklozen en ernstig verslaafden) onvoldoende was.

Ook ongeveer een kwart van de Wmo-melders was ontevreden over de deskundigheid van degenen met wie het gemeentelijk onderzoek plaatsvond. In het onderzoek van Patiëntenfederatie Nederland (2018) was zelfs ruim een op de vier mensen die zorg en/of ondersteuning van de gemeente kregen ontevreden over de deskundigheid van de gespreksvoerders. Hierbij moet worden aangetekend dat dat onderzoek is gebaseerd op een meldactie, waaraan waarschijnlijk relatief veel ontevreden mensen deelnamen. In gesprekken met 26 onafhankelijk cliëntondersteuners kwamen de kennis en ervaringen van gespreksvoerders meerdere malen aan bod (Van Bergen et al. 2016). Onafhankelijke cliëntondersteuners merkten dat gespreksvoerders nog weinig ervaring hebben met mensen met een verstandelijke beperking of psychische problematiek, waardoor ze niet goed hun behoeften kunnen bespreken.

Wisselende ervaringen met het gemeentelijk onderzoek

De in 2016 bevroegde Wmo-melders, mantelzorgers en gespreksvoerders waren vaker tevreden over het gemeentelijke onderzoek (Feijten en Schyns 2017) dan de Wmo-melders (in 2017) in het onderzoek van Patiëntenfederatie Nederland (2018). Feijten en Schyns concludeerden dat de meeste melders van mening waren dat de gespreksvoerder voldoende tijd nam voor het gesprek, goed luisterde, deskundig was en hen betrok bij het vinden van een oplossing. Wel was bijna een kwart ontevreden over de mate waarin de gespreksvoerder rekening hield met hun wensen.

Gespreksvoerders stelden dat het niet altijd lukte om ‘de vraag achter de vraag’ helder te krijgen. Er zal overigens lang niet altijd een achterliggende vraag zijn. Melders en mantelzorgers die over meerdere gespreksaspecten ontevreden waren, gaven het vaakst aan dat dat te maken had met onvriendelijke of gehaaste bejegening door de gespreksvoerder (Feijten et al. 2017).

Na afloop van het gesprek zei twee derde van de Wmo-melders niet geïnformeerd te zijn over de mogelijkheid van een pgb, en vond een derde deel van de melders dat men niet (goed) op de hoogte was gesteld van de vervolprocedure. Eveneens een op de drie melders zei geen gespreksverslag te hebben ontvangen.

Meerdere onafhankelijk cliëntondersteuners zeiden tijdens gesprekken in 2016 dat ze vaak constateerden dat er tijdsdruk is bij Wmo-gespreksvoerders, waardoor gesprekken niet altijd zorgvuldig kunnen verlopen (Van Bergen et al. 2016).

De bevindingen uit de gemeentelijke cliëntervaringsonderzoeken zijn positief: in vergelijking met 2015 is de tevredenheid van cliënten met het gemeentelijk onderzoek in 2016 verbeterd in de gemeenten waarin Beerepoot et al. (2017) onderzoek deden.¹⁰ Terwijl in 2015 nog een kwart van de cliënten ontevreden was, was dit een jaar later gedaald naar 16%.

Bezwaar- en beroepszaken tegen Wmo-besluiten

In het SCP-rapport *Zicht op de Wmo 2015* (Feijten et al. 2017) werd beschreven dat in 2016 een kwart van de melders ontevreden was over de oplossing die uit het gemeentelijk onderzoek kwam. Als redenen daarvoor noemden ze onder andere financiële onhaalbaarheid van de oplossing en de afwezigheid van (extra) ondersteuning van het sociale netwerk. Dit sluit aan bij de bevinding dat een kwart van de gespreksvoerders (ook in 2016) van zichzelf zei moeite te hebben om bij het vinden van een oplossing rekening te houden met potentiële mantelzorgers en met de financiële situatie van de melder. Van de mantelzorgers was (in 2016) ongeveer een vijfde ontevreden met de oplossing voor Wmo-de melder (doorgaans hun naaste) (Marangos en Schyns 2017).

Als mensen niet tevreden zijn met de geboden oplossing en een officiële beschikking krijgen, kunnen ze een bezwaarschrift indienen. De Nationale ombudsman wees erop dat een bezwaarschrift indienen niet altijd mogelijk is, omdat er lang niet altijd beschikkingen worden afgegeven door gemeenten (Tuzgöl-Broekhoven et al. 2017).

Cliëntondersteuners zeiden inderdaad regelmatig mee te maken dat hun cliënten geen beschikkingen kregen en daardoor geen bezwaarschrift konden indienen (Van Bergen

et al. 2016). Of Wmo-melders altijd een beschikking kregen, is onbekend. Bij een kwart van de Wmo-melders die geen maatwerkvoorziening toegewezen kregen, was sprake van een afwijzende beschikking na een aanvraag; bij de rest volgde na de melding geen officiële aanvraag (Marangos en Schyns 2017).

In eerdere onderzoeken is op verschillende manieren naar bezwaar- en beroepszaken tegen Wmo-besluiten gekeken. Van Wmo-melders die een afwijzing kregen, zei een op de tien een bezwaarschrift te hebben ingediend (Marangos en Schyns 2017). Dit is ongeveer hetzelfde aandeel als in de Wmo-evaluatie 2010-2012 (Kromhout et al. 2014). Ruim een kwart van de bezwaarschriften werd gegrond verklaard en de helft werd afgewezen, aldus de melders. De rest van de bezwaarschriften was nog in behandeling op het moment van onderzoek.

Beleidscoördinatoren is via de SCP-enquête Lokale Uitvoeringspraktijk Wmo (LUW'17) gevraagd naar het aantal bezwaarschriften in hun gemeenten. In 2016 werden gemiddeld 1,2 bezwaarschriften per 100 afgegeven beschikkingen ingediend (gebaseerd op gegevens van 130 gemeenten).¹¹ In 2015 was dat een stuk hoger, met gemiddeld 2,2 bezwaarschriften per 100 afgegeven beschikkingen (gebaseerd op gegevens van 122 gemeenten).¹² Het verschil laat zich mogelijk verklaren door het feit dat 2015 een overgangsjaar was met versoberde herindicaties (zoals hulp bij het huishouden). In 2016 waren zowel gemeentelijke medewerkers als cliënten waarschijnlijk meer gewend aan het nieuwe wettelijke kader en het bijbehorende lokale beleid. Ook ligt het in de lijn der verwachting dat met de knip tussen de melding en de aanvraag een (toenemend) deel van de kansarme aanvragen al bij de melding wordt afgevangen. Zowel in 2016 als in 2015 werden gemiddeld ruim acht op de tien bezwaarschriften in hetzelfde jaar afgehandeld (resp. 126 en 122 bezwaarschriften in totaal). Daarvan werd in beide jaren 22% gegrond verklaard (resp. 119 en 110 bezwaarschriften).

Van uitspraken van rechtbanken en de Centrale Raad van Beroep (CRvB) is een getalsmatig overzicht verkregen via de website www.rechtspraak.nl. Hierbij moet worden aangetekend dat de CRvB, als hoogste bestuursrechter, alle uitspraken publiceert. Rechtbanken bepalen zelf welke uitspraken ze publiceren; vaak wordt gekozen voor publicatie van uitspraken op terreinen die in discussie zijn, zoals hulp bij het huishouden. Bezwaar- en beroepszaken lopen niet altijd uit op een uitspraak; de uitkomst kan ook een schikking zijn. In een schikking treffen gemeente en cliënt een regeling en wordt de bezwaar- of beroepsprocedure stopgezet. Schikkingen worden niet gepubliceerd, waardoor het onbekend is hoe vaak deze voorkomen.

Tabel 7.1

Overzicht van het aantal uitspraken van rechtbanken en van de Centrale Raad van Beroep, voor Wmo 2007 en Wmo 2015^a

	rechtbanken Wmo 2015	rechtbanken Wmo 2007	Centrale Raad van Beroep Wmo 2015	Centrale Raad van Beroep Wmo 2007
2018	2	1	7	1
2017	103	49	22	175
2016	101	53	11	272
2015	63	115	1	149
2014	–	92	–	212
2013	–	89	–	151
2012	–	70	–	118
2011	–	98	–	106
2010	–	107	–	67
2009	–	74	–	31
2008	–	56	–	4
2007	–	32	–	1

a Het betreft hier alleen uitspraken die op www.rechtspraak.nl zijn gepubliceerd.

Opvallend is dat het aantal uitspraken in de eerste jaren van de Wmo 2015 duidelijk groter is dan die in de eerste jaren van de Wmo 2007. Dat heeft zeer waarschijnlijk te maken met de vele zaken die zijn aangespannen in verband met de hulp bij het huishouden.

Kader 7.2 Jurisprudentie over de procedure van melding en aanvraag in de Wmo 2015

In de Wmo 2015 is wettelijk vastgelegd dat de procedure niet begint met een *aanvraag*, maar met een *melding*: in artikel 2.3.2 is vastgelegd dat er eerst een melding moet plaatsvinden (Wmo 2015 art. 2.3.2). Verder is geregeld dat direct een aanvraag indienen zonder melding niet mogelijk is, tenzij er na de melding niet binnen zes weken gemeentelijk onderzoek heeft plaatsgevonden. Tegen het wettelijk vastleggen van deze procedure, die afwijkt van de Algemene wet bestuursrecht (Awb), zijn voor de invoering van de Wmo 2015 bedenkingen aangevoerd, onder andere door de Raad voor de Rechtspraak. Deze bedenkingen zijn niet terug te vinden in problemen die geleid hebben tot jurisprudentie. Opvallend is dat er niet één uitspraak is gedaan waarin deze procedure aanleiding is geweest tot het vernietigen van een besluit.

Kader 7.3 Jurisprudentie over voorzienbaarheid in de Wmo

Het begrip ‘voorzienbaarheid’ heeft beperkt recente jurisprudentie opgeleverd. Door gemeenten wordt vaak geredeneerd dat wie ouder wordt of wie een progressieve handicap heeft een eigen verantwoordelijkheid heeft op grond waarvan hij/zij bijvoorbeeld tijdig naar beter aangepaste woonruimte moet gaan zoeken, niet moet verhuizen naar een woning die op termijn ongeschikt kan worden, of geld moet reserveren voor een verhuizing of de aanschaf van een traplift. Ook wordt wel gesteld dat sommige verhuizingen (bv. op grond van leeftijd verhuizen naar een aanleunwoning) ‘algemeen gebruikelijk’ zijn.

Over dit thema wordt elk jaar wel een uitspraak gedaan. In 2010 en 2015 waren het er zelfs drie. Op een na alle uitspraken verwerpen het uitgangspunt ‘algemeen gebruikelijk’, ‘voorzienbaar’, of dat er ‘gereserveerd’ had moeten worden. In 2015 is één ondersteunende uitspraak gedaan door de rechtbank Midden-Nederland. De rechtbank oordeelde als volgt.

Daargelaten de vraag of het uitgangspunt dat de cliënt vanaf 2002 al heeft kunnen sparen voor een eventueel noodzakelijke verhuizing een juiste is, volgt de rechtbank de gemeente in het standpunt dat gezien de gezins- en woonsituatie van eiser een verhuizing vanaf 2009 voorzienbaar was. Dit blijkt uit de omstandigheid dat eiser zich zelf in 2009 heeft ingeschreven bij Woningnet voor een andere woning. Dat de reden voor het op termijn willen verhuizen naar een andere woning op dat moment gelegen was in de gezinsuitbreiding van eiser en niet in een verergering van zijn klachten als gevolg van zijn ziekte, doet niets af aan het gegeven dat eiser vanaf 2009 al rekening kon houden met de mogelijkheid van een verhuizing in de nabije toekomst en met de daarbij behorende kosten. De rechtbank ziet niet in waarom van eiser niet verwacht kan worden dat hij, evenals mensen zonder beperkingen, zich in financiële zin voorbereid op een gebeurtenis als een verhuizing, omdat een dergelijke gebeurtenis nu eenmaal onderdeel uitmaakt van het gebruikelijke leefpatroon van een mens met veranderende behoeften. Gesteld noch gebleken is dat eiser als gevolg van cognitieve beperkingen niet tot reserveren in staat was. (ECLI:NL:RBMNE:2015:880)

Kader 7.4 Jurisprudentie over eigen bijdragen in de Wmo

Grondslag in de verordening

Over eigen bijdragen is een aantal uitspraken gedaan. Sommige daarvan bevestigen eerder gedane uitspraken, andere zijn volstrekt nieuw. Een gemeente die voor de eigen bijdrage geen grondslag in de verordening had opgenomen, werd door de rechtbank Overijssel teruggefloten: zonder grondslag in de verordening geen eigen bijdrage. Deze uitspraak uit 2016 betreft nog de Wmo 2007 (uitspraak ECLI:NL:RBOVE:2016:4293).

Ditzelfde geldt voor wijzigingen in het systeem van eigen bijdragen: ook dat kan alleen met een grondslag in de verordening (ECLI:NL:CRVB:2016:2383).

Van geen eigen bijdrage naar wel een eigen bijdrage

Gemeenten die aanvankelijk voor bepaalde groepen voorzieningen geen eigen bijdrage hebben gevraagd, gaan soms later alsnog daartoe over. Ze doen dit niet met terugwerkende kracht, maar met ingang van een datum die na een beleidswijziging ligt. Bevestigd is de vaste jurisprudentie dat dit is toegestaan, mits daarbij de mogelijkheid wordt gegeven verder van de voorziening af te zien om daardoor geen eigen bijdrage te hoeven betalen (ECLI:NL:CRVB:2016:978).

Hetzelfde is in feite gesteld in de uitspraak waarin de raad bepaalde dat het college van B&W de mogelijkheid moet hebben flexibel om te gaan met de eigen bijdrage, indien nodig door deze te vragen na een eerdere verstrekking (ECLI:NL:CRVB:2016:1788).

Eigen bijdrage naast de ritbijdrage

Sinds de invoering van het collectief vervoer is er vaste jurisprudentie dat er een ritbijdrage mag worden gevraagd, zoals ieder ander deze ook betaalt als er van het reguliere openbaar vervoer gebruik wordt gemaakt, dus ‘grosso modo het blauwe strippenkaarttarief’. Een gemeente die besloot voor de overige kosten een eigen bijdrage te vragen, werd in het gelijk gesteld, waarbij de raad berekende of betrokkene daardoor niet meer dan de kostprijs moest betalen, zoals bepaald in de Wmo. Omdat de gemeente ondanks de extra eigen bijdrage nog een deel zelf betaalde, kon de Raad met de eigen bijdrage akkoord gaan (ECLI:NL:CRVB:2016:2370).

Een eigen bijdrage in een bijzondere situatie

In een bijzondere situatie, waarbij een afspraak werd gemaakt die van het normale beleid afwijkt en waarbij niet werd gesproken over het feit dat er een eigen bijdrage zou worden geheven, vond de Rechtbank Amsterdam dat deze eigen bijdrage niet mocht worden gevraagd. Aangezien het een bijzondere situatie betrof, had dit vooraf moeten worden besproken, omdat het niet onlogisch was dat zonder aankondiging de cliënt dacht dat dit niet hoefde (ECLI:NL:RBAMS:2016:2370).

Een klacht indienen is lastig

Als Wmo-melders ontevreden zijn over andere kwesties, bijvoorbeeld over de manier waarop ze bejegend zijn door een consultant of iemand die de ondersteuning levert, of over de kwaliteit van de ondersteuning, dan kunnen ze een klacht indienen bij de gemeente. De toegang hiertoe blijkt lastig, gezien het grote aandeel Wmo-melders dat niet wist waar hij/zij terecht kon met een klacht: meer dan de helft van de Wmo-melders die ontevreden waren met de gekozen oplossing of over de verkregen maatwerkvoorziening wist (in 2016) niet waar men met een klacht terecht kon. Van degenen die dat wel wisten, diende ongeveer een derde deel daadwerkelijk een klacht in. Het is niet bekend of dit altijd officiële klachten waren (Marangos en Schyns 2017).

De meeste klachten gingen over de vermindering van het aantal uren hulp bij het huishouden. Marangos en Schyns (2017) beschrijven dat het niet de juiste procedure lijkt om dit via een klacht aan de orde te stellen, maar misschien hadden deze melders geen officiële beschikking gekregen en konden ze daarom geen bezwaar aantekenen. De Nationale ombudsman concludeerde in maart 2017 dat de toegang tot de klachten- en bezwaarprocedure in het sociaal domein onder druk staat, onder andere omdat gemeenten niet altijd officiële beschikkingen afgeven en veel mensen niet weten waar of hoe ze een even-

tuele klacht kunnen indienen (Tuzgöl-Broekhoven et al. 2017). Cliëntondersteuners zeiden ook regelmatig te zien dat gemeenten zich beperken tot een gespreksverslag en geen officiële beschikking afgeven (Van Bergen et al. 2016).

Andere klachten van de Wmo-melders gingen vooral over de kwaliteit van de zorg of hulpmiddelen, en de manier waarop met hen is omgegaan. Meer dan de helft van hen was (in 2016) ontevreden over de uitkomst van de klachtafhandeling (Marangos en Schyns 2017).

7.6 De indicatiestelling voor wijkverpleging

De uitvoering van de indicatiestelling

Sinds de Hervorming Langdurige Zorg mogen hbo-opgeleide verpleegkundigen zelf cliënten indiceren. De wijkverpleegkundigen die aan focusgroepen deelnamen in het onderzoek naar de wijkverpleging (Francke et al. 2017) vonden dit een positieve ontwikkeling. Deze verpleegkundigen vonden dat ze doelgerichter en met meer aandacht voor preventie kunnen indiceren dan voorheen door medewerkers van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) werd gedaan. Ook waren de wijkverpleegkundigen van mening dat de indicaties beter aansluiten op de zorgvraag van de cliënt, doordat zij de cliënt thuis bezoeken.

Uit de focusgroepen en het vragenlijstonderzoek van Francke et al. (2017) bleek dat in 2016 de indicaties voor wijkverpleging grotendeels door hbo-opgeleide verpleegkundigen werden gesteld. Bijna negen van de tien hbo-opgeleide verpleegkundigen (86,3%) gaven aan zelf indicaties te stellen. Ook 34,1% van de mbo-opgeleide verpleegkundigen en 5,6% van de verzorgenden zeiden dat ze in 2016 zelf indicaties stelden. Vanwege het tekort aan hbo-verpleegkundigen stelden in de praktijk ook mbo-verpleegkundigen zelf indicaties. Ongeveer een kwart van de wijkverpleegkundigen had volgens het vragenlijstonderzoek van Francke et al. (2017) de mogelijkheid om te indiceren voor gemeentelijke ondersteuning. Mbo-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden zeiden vaker dat de hbo-opgeleide verpleegkundigen uit hun team wel kunnen indiceren voor gemeentelijke ondersteuning. Het was echter voor twee op de tien mbo-opgeleide verpleegkundigen en ruim drie op de tien verzorgenden niet duidelijk of hbo-opgeleide verpleegkundigen hiervoor kunnen indiceren.

Ongeveer acht op de tien verpleegkundigen en verzorgenden houden rekening met de mogelijkheid om een cliënt een handeling aan te leren, alsook met de mogelijkheid dat mantelzorgers een deel van de zorg op zich kunnen nemen en dat hulpmiddelen een oplossing kunnen geven voor de zorgvraag van de cliënten. Ook vragen ze aanvullende informatie op over de cliënt, vooral bij de mantelzorgers. Ruim acht op de tien verpleegkundigen en verzorgenden die indicaties stellen, vragen om aanvullende informatie bij de mantelzorgers van hun cliënten. Daarnaast gebeurt dat bij andere zorgprofessionals (vooral huisartsen).

Kennis en vaardigheden van indicatiestellers

Binnen de wijkverpleging is de hbo-opgeleide wijkverpleegkundige de spil: hij/zij moet samen met de individuele cliënt en zijn/haar sociale netwerk bepalen welke zorg nodig is. Wijkverpleegkundige zorg wordt niet alleen door hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen geboden. In teams van thuiszorgorganisaties werken wijkverpleegkundigen vaak samen met mbo-opgeleide verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden. Alle voornoemde zorgprofessionals leveren (elementen van) wijkverpleging, waarbij in de praktijk geen heel scherpe scheidslijnen bestaan tussen de taken van de diverse professionals. In het algemeen worden bij de complexere zorgtaken (bv. de indicatiestelling of complexe technische interventies) hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen of mbo-opgeleide verpleegkundigen ingezet, en bij de laag complexe zorg (bv. hulp bij wassen en aankleden) vaak verzorgenden of helpenden op mbo-niveau.

Volgens cijfers van Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) (Bloemendaal et al. 2015) werkten er in de wijken in Nederland in 2015:

- ongeveer 7560 hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen;
- ongeveer 10.900 mbo-opgeleide verpleegkundigen;
- ongeveer 43.000 mbo-opgeleide zorgprofessionals (mbo-2 of mbo-3).

Ervaringen van cliënten en mantelzorgers met de indicatiestelling door wijkverpleging zijn overwegend positief

Bij het merendeel van de cliënten (73%) vond het indicatiegesprek plaats binnen een week na de contactlegging (cliënten met een herindicatie zijn buiten beschouwing gelaten). Bij 12% was dat binnen twee weken; 2% rapporteerde een langere wachttijd tot het indicatiegesprek en 13% wist niet (meer) hoelang de tijd tussen de aanvraag en het indicatiegesprek was geweest.

De tevredenheid over het indicatiegesprek is hoog, met een gemiddelde tevredenheidsscore van 2,9 bij cliënten en 2,8 bij mantelzorgers (op een schaal van 1 tot 3). Cliënten en mantelzorgers merkten wel op dat een aantal aspecten niet waren besproken, zoals de vraag of mantelzorgers het nog wel kunnen volhouden.

Ruim de helft van de cliënten zei dat ze konden kiezen uit meerdere aanbieders. Bij een vijfde was er niet zo veel te kiezen, omdat er maar één aanbieder actief was in de omgeving. Ruim 80% kon bij het indicatiegesprek meebeslissen over het type en het tijdstip van de benodigde zorg. Verder gaf 24% aan dat ze konden meebeslissen over welke zorgverlener de wijkverpleging geeft. Jongere cliënten beslisten vaker mee dan oudere cliënten (Francke et al. 2017).

Uit een ander onderzoek kwam naar voren dat cliënten lang niet altijd weten dat ze kunnen kiezen uit meerdere zorgaanbieders, en dat ze zelden kiezen voor een specifieke organisatie (Tegelaar en Van Haastert 2015).

Ervaringen van wijkverpleegkundigen zijn ook overwegend positief, al is er nog wel wat te verbeteren

Wijkverpleging is in de ogen van verpleegkundigen en verzorgenden zelf goed toegankelijk voor mensen die een zorgvraag hebben (Francke et al. 2017). Echter, vooral mensen met psychische problemen of mensen met een migratieachtergrond zouden nauwelijks in beeld komen bij de wijkverpleging. Uit dit evaluatieonderzoek bleek verder dat betrokken zorgprofessionals vaak positief zijn over de indicatiestelling. Tegelijkertijd liet het onderzoek zien dat in de indicatiegesprekken lang niet altijd aan de orde komt of cliënten naast wijkverpleging ook andere hulp nodig hebben (bv. huishoudelijke hulp of een andere voorziening via de gemeente). Dit doet vermoeden dat van integraal indiceren nog lang niet altijd sprake is. Vanuit het streven naar zorg en ondersteuning op maat kan hier nog winst worden behaald.

Geschillen in plaats van bezwaar en beroep

Als mensen het niet met het besluit van de zorgverzekeraar eens zijn, kan er in het geval van de Zvw geen bezwaar en beroep worden ingediend zoals bij de Wmo 2015. Als er een meningsverschil ontstaat, is de eerste stap om met de zorgverzekeraar te proberen tot overeenstemming te komen. Lukt dat niet, dan kan men een beroep doen op een ombudsman die aan de geschillencommissie is verbonden. Die kan bemiddelen, maar ook aangeven daartoe geen kans te zien. Als de ombudsman geen resultaat oplevert, kan men naar de geschillencommissie. In sommige gevallen vraagt de geschillencommissie advies aan het Zorginstituut Nederland.

Kader 7.5 **Geschil Zorgverzekeringswet: pgb en uren begeleiding**

Betrokkene is een man met een ernstige vorm van COPD. Hij wil graag een pgb hebben voor eenentwintig uur zorg, waarvan achttien uit te voeren door zijn echtgenote en drie door iemand anders, om de echtgenote in staat te stellen eens ergens heen gaan. De zorgverzekeraar kent veertien uur toe. Die zijn bedoeld voor ADL-assistentie, en de andere uren vindt de verzekeraar niet onder de Zvw vallen. Die zijn bedoeld om aan de conditie te werken en worden ingevuld met gezamenlijk wandelen. Ook Zorginstituut Nederland adviseert die resterende zeven uur niet toe te kennen, omdat dit niet onder ADL-assistentie valt, maar begeleiding is. Betrokkene stelt bij de gemeente te hebben geïnformeerd. Die zegt dat het níét gaat om begeleiding zoals die onder de Wmo 2015 valt. Het is hier duidelijk geen kwestie van een grensgeschil. In Wmo-termen zou men kunnen zeggen dat het gezamenlijk wandelen van partners ofwel ‘algemeen gebruikelijk’ is, ofwel ‘gebruikelijke hulp’, maar geen begeleiding in de zin van de Wmo. En als je het heel precies zou willen of moeten bekijken, is het wandelen niet bedoeld om te participeren, maar voor een betere conditie: dat valt onder gezondheidszorg. Zorginstituut Nederland stelde dat de gevraagde ondersteuning ook niet onder de Zvw valt.

Kader 7.6 Geschil Zorgverzekeringswet: geen pgb vanwege planbaarheid

De verzekerde in kwestie wil een pgb voor verpleging en verzorging ontvangen. Dit wordt door de zorgverzekeraar geweigerd, omdat die van mening is dat het mogelijk een Wlz-indicatie betreft. De Wlz-indicatie is aangevraagd, maar geweigerd, omdat de betrokkene zelf kan alarmeren en er dus geen sprake is noodzaak tot 24 uurszorg in de nabijheid. Het ciz tekent aan dat de betrokkene niet wil meewerken aan een onderzoek of de betrokkene in staat is zelf te alarmeren. De geschillencommissie oordeelt dat er geen recht op een pgb bestaat, omdat er niet aan de voorwaarden wordt voldaan: op wisselende tijden zorg nodig die niet van tevoren inplanbaar is. Dat geldt ook voor onverwacht toiletgebruik. Dat dit onverwacht komt, geldt voor iedereen. De geschillencommissie spreekt in haar advies niet over de relatie Zvw-rgb en de Wlz. Dat is merkwaardig, want juist omdat er niet wordt voldaan aan de voorwaarden voor een pgb, kan er ook geen sprake zijn van een indicatie voor de Wlz.

7.7 Samenvatting en conclusies

Om te achterhalen of mensen terecht kunnen en -komen bij de gemeente (Wmo 2015), de wijkverpleging of het eerstelijnsverblijf (Zvw) zijn de bekendheid van en de routes naar zorg en ondersteuning onderzocht.

De mate waarin mensen bekend zijn met het Wmo-loket of het sociaal wijkteam verschilt tussen groepen. Mensen met een lichamelijke beperking waren hiermee het meest bekend (zeven op de tien), van naasten van mensen met een verstandelijke beperking waren zes op de tien ermee bekend en van de mensen met aanhoudende en ernstige psychische problematiek wist slechts vier op de tien van het bestaan van een Wmo-loket of wijkteam. De bekendheid met wijkverpleging is groot te noemen. Negen van de tien mensen met een chronische ziekte of beperking zeiden van het bestaan hiervan te weten. Zorgelijk is het feit dat lageropgeleiden er minder bekend mee zijn dan anderen, terwijl zij er wel de meeste behoefte aan hebben.

Het feit dat mensen niet weten waar ze terecht kunnen, is een van de redenen van het niet-gebruik van ondersteuning of zorg. Er is weinig bekend over het niet-gebruik. Wel weten we dat mensen met een lage opleiding, een laag inkomen of met ernstige eenzaamheid relatief weinig zorg en ondersteuning gebruiken. Volgens wijkverpleegkundigen zijn mensen met een migratieachtergrond en mensen met psychische problematiek onvoldoende in beeld. Uit diverse onderzoeken blijkt dat de mensen die de weg naar ondersteuning uiteindelijk hebben gevonden hier in een kwart van de gevallen veel moeite mee hadden.

De weg niet kunnen vinden, het systeem te ingewikkeld vinden, niet in aanmerking denken te komen, de aanvraagprocedure te lang vinden duren en de eigen bijdragen als hoog inschatten werden gevonden als belangrijke redenen van niet-gebruik van ondersteuning en zorg.

Voor mensen die ondersteuning nodig hebben, maar de toegang te complex vinden, zou een onafhankelijke cliëntondersteuner van grote waarde kunnen zijn. Deze persoon kan

helpen bij het vinden van de weg, bij het in kaart brengen van de hulpvraag en bij het contact met de gemeente. Gemeenten hebben de plicht om kosteloos levensbrede cliënt-ondersteuning te bieden. Echter, ook de onbekendheid met onafhankelijke cliëntondersteuning bleek groot. Het doel van de wetgever om de positie van cliënten te versterken door middel van een onafhankelijke cliëntondersteuner wordt dan ook vaak niet gerealiseerd. Mensen met beperkt ziekte-inzicht en regieproblemen (zoals mensen met beginnende dementie, met een verstandelijke beperking en met psychische problemen) krijgen daardoor mogelijk moeilijker toegang tot zorg en ondersteuning dan andere hulpvragers. Er kwamen in de afgelopen jaren ook andere knelpunten met betrekking tot cliëntondersteuning aan het licht, bijvoorbeeld dat de onafhankelijkheid van de cliëntondersteuner onder druk staat. In de zomer van 2017 is een Kamerbrief verzonden met daarin beschreven hoe aan de knelpunten wordt gewerkt door (en in samenwerking met) diverse partijen.

Mensen die zich voor de Wmo 2015 meldden, deden dit vrijwel allemaal via het centrale Wmo-loket of klantcontactcentrum van de gemeente. Sociale (wijk)teams worden door de geënuquëeerde gemeenten met een of meer van deze teams als belangrijk aanspreekpunt voor melders gezien, ook al werden de meldingen zelf daar meestal niet gedaan. In ongeveer vier op de tien van de ondervraagde gemeenten gingen leden van deze wijkteams proactief op zoek naar mensen met (multi)problematiek.

Mensen die wijkverpleging nodig hebben, namen vaak zelf (of via een mantelzorger) contact op met de zorgaanbieder. Ook kwam het contact tot stand via zorgaanbieders zoals huisartsen of via het ziekenhuis.

De route naar het ELV loopt sinds 2017 voor mensen die vanuit de thuissituatie naar het ELV gaan via de huisarts, en voor mensen die vanuit het ziekenhuis komen loopt dit via de medisch specialist (en ook wel via de transferverpleegkundige). In 2016 kwam ongeveer de helft vanuit de thuissituatie en de andere helft vanuit het ziekenhuis, inclusief de afdeling spoedeisende hulp. Huisartsen en praktijkondersteuners reageerden verdeeld, maar overwegend positief over hoe de toegang tot het ELV is geregeld. Regionale afspraken en centrale meldpunten worden nodig bevonden, anders kost het vinden van een geschikt bed veel tijd.

Ervaringen met de aanvraagprocedure van zowel Wmo-melders als cliënten van wijkverpleging zijn overwegend positief. Ook gespreksvoerders en wijkverpleegkundigen zelf vonden dat de gespreksvoering over het algemeen goed verliep. Wijkverpleegkundigen waren van mening dat zij doelgerichter kunnen indiceren dan dat ciz-medewerkers voorheen deden, onder andere doordat ze vaker bij de cliënten thuis komen. Gespreksvoerders vonden het soms moeilijk om 'de vraag achter de vraag' helder te krijgen, en om bij het zoeken naar een oplossing rekening te houden met (potentiële) mantelzorgers en met de financiële situatie van melders. Kritiek is er onder andere op het weinig doorvragen naar wensen en behoeften van cliënten, en of mantelzorgers ondersteuning nodig hebben. In de praktijk bleken professionals vaak niet aan te sturen op het vergroten van de zelfredzaamheid, noch deden ze een (groter) beroep op het sociale netwerk, terwijl dat wel het ideaal van professionals en beleidsmakers is. De onderzoekers zien meerdere oorzaken

voor deze kloof. Professionals doen vaak geen beroep op het sociale netwerk, omdat dat al veel doet en niet nog meer aankan, of niet geschikt is voor (meer) zorg. Soms ontbreekt het cliënten aan een sociaal netwerk. Cliënten kunnen het heel vervelend vinden om bepaalde intieme handelingen te laten uitvoeren door naasten en om afhankelijk van een ander te zijn. Ook werd het als ongewenst gezien dat rollen veranderen, bijvoorbeeld van oma of partner naar hulpverlener.

Wat betreft de ontwikkeling en het aantal bezwaar- en beroepszaken komen uit dit onderzoek de volgende bevindingen. Hoewel een kwart van de Wmo-melders in 2016 ontevreden was met de oplossing die uit het gemeentelijk onderzoek kwam, is het aantal klachten en bezwaarschriften dat werd ingediend relatief klein. De meeste mensen wisten niet goed waar men hiervoor terecht kon. Van de bevroegde Wmo-melders die een afwijzing kregen, diende in 2016 een op de tien een bezwaarschrift in. Op basis van wat beleidscoördinatoren van gemeenten noemden, waren dat in 2016 om 1,2 bezwaarschriften per 100 afgegeven beschikkingen (gebaseerd op 130 gemeenten). Dat is ongeveer hetzelfde aandeel als in de Wmo-evaluatie 2010-2012. In 2015 was er wel een piek te zien in het aantal bezwaarschriften: 2,2 per 100 beschikkingen. Dit verschil komt waarschijnlijk doordat 2015 een overgangsjaar was met versoberde herindicaties voor bijvoorbeeld hulp bij het huishouden.

Als Wmo-melders het niet met het besluit op hun bezwaarschrift eens zijn, kunnen ze in beroep gaan bij de rechtbank. Bij een voor hen negatief oordeel van de rechtbank is hoger beroep mogelijk bij de CRvB. Bezwaar- en beroepszaken lopen niet altijd uit op een uitspraak; de uitkomst kan ook een schikking zijn. In een schikking treffen gemeente en cliënt een regeling en wordt de bezwaar- en beroepsprocedure stopgezet. Schikkingen worden niet gepubliceerd en ook rechtbanken en de CRvB hoeven niet al hun uitspraken te publiceren, waardoor het onmogelijk is om correcte getalsmatige trends te laten zien. In dit hoofdstuk is in een aantal kaders de ontwikkeling van de jurisprudentie met betrekking tot de toegang tot de Wmo 2015 geplaatst. Er zijn meerdere uitspraken van de CRvB over eigen bijdragen. Gemeenten die eigen bijdragen niet als grondslag in de verordening hebben opgenomen (ook wijzigingen niet), zijn terechtgewezen. In bepaalde situaties mogen gemeenten voor collectief vervoer een eigen bijdrage vragen (naast het reguliere ov-tarief).

De Zvw kent geen procedure voor bezwaar en beroep, maar werkt met een geschillencommissie. Richtinggevende oordelen gaan vooral over het persoonsgebonden budget (pgb). Zo dienen pgb's wel te worden verstrekt vanuit de Zvw als het om ADL-assistentie gaat, maar niet als het gaat om activiteiten zoals gezamenlijk wandelen om de fysieke conditie te verbeteren.

Noten

- 1 Met uitzondering van beschermd wonen. Dit wordt ook via de Wmo 2015 geboden en mensen die hiervan gebruikmaken, wonen niet altijd zelfstandig.
- 2 Inclusief professionals van andere organisaties die in opdracht van de gemeente werken.

- 3 Met dank aan W. Peters (Stimulansz) voor de jurisprudentieanalyse.
- 4 Het gemeentelijke cliëntervaringsonderzoek is wettelijk verplicht en bedoeld als instrument voor horizontale verantwoording naar gemeenteraad, Wmo-raden en belanghebbenden. Doordat elke gemeente dezelfde vragenlijst gebruikt, kunnen gemeenten hun eigen resultaten vergelijken met andere (groepen) gemeenten en met het landelijk niveau. In de periode maart tot en met oktober 2016 zijn de ervaringen van cliënten met een Wmo-maatwerkvoorziening in het jaar 2015 onderzocht. Uit het cliëntenbestand is per gemeente een representatieve steekproef getrokken, door de gemeente zelf of door een onderzoeksbureau. Cliënten bij wie de maatwerkvoorziening is afgewezen, cliënten die gebruikmaken van een algemene voorziening, en mantelzorgers maken geen deel uit van de steekproef. De vragenlijst bestaat uit tien stellingen, met een vijfpuntsschaal van 'helemaal eens' tot 'helemaal niet mee eens' (en daarnaast de antwoordmogelijkheden 'geen mening' en 'niet van toepassing') (VNG 2017a).
- 5 De respondenten van deze onderzoeken zijn ook via gemeenten geworven.
- 6 In een aantal gemeenten zijn voorzieningen die ze voorheen als maatwerkvoorzieningen verstrekten in de categorie 'algemene voorziening' geplaatst, bijvoorbeeld dagbesteding en hulp bij het huishouden.
- 7 In de Wlz is cliëntondersteuning eveneens opgenomen, zie hoofdstuk 8.
- 8 Het betrof hier huisbezoeken die ter beoordeling van een aanvraag dienden, maar ook begeleidingsgesprekken.
- 9 Van wie er zes op de tien in dienst waren bij de gemeente en vier op de tien bij een andere organisatie, zoals een zorgaanbieder, een organisatie voor cliëntondersteuning of een welzijnsorganisatie.
- 10 De gegevens over 2016 hebben betrekking op 71 gemeenten en de gegevens over 2015 op 44 gemeenten (Beerepoot et al. 2017). Of er overlap is tussen de deelnemende gemeenten in 2015 en 2016 staat niet vermeld.
- 11 In de onderzochte groep gemeenten zijn gemeenten met een matige stedelijkheid en gemeente in Utrecht licht oververtegenwoordigd. Gemeenten in de provincie Zuid-Holland zijn licht ondervertegenwoordigd.
- 12 In de onderzochte groep gemeenten zijn gemeenten met een matige stedelijkheid en gemeenten in de provincies Gelderland en Noord-Brabant licht oververtegenwoordigd. Niet-stedelijke gemeenten en gemeenten in de provincie Zuid-Holland zijn licht ondervertegenwoordigd.

Literatuur

- Arum, Silke van en Thijs van den Enden (2018). *Sociale (wijk)teams opnieuw uitgelicht. Derde landelijke peiling onder gemeenten (zomer 2017)*. Utrecht: Movisie. Geraadpleegd op 26 februari 2018 via www.movisie.nl.
- Beerepoot, Rachel, Leon Heuzels, Roy van der Hoeve, Femke van Schelven, Marion Holzmann en Lieke Folsche (2017). *Cliëntervaringen Wmo en Jeugd: Benchmark van de éénmeting*. Enschede: 1&O Research.
- Berg, Esther van den, Maaïke den Draak en Simone de Roos (2017). DEEL C. Onderweg in het sociaal domein. Ervaringen in drie gemeenten met de decentralisaties in 2016-2017. In: Evert Pommer en Jeroen Boelhouwer (red.), *Overall rapportage sociaal domein 2016. Burgers (de)centraal* (p. 297-403). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Bergen, Anne-Marie van, Jan Willem van de Maat en Marjan Hurkmans (2016). *Onafhankelijke cliëntondersteuning. Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van onafhankelijke cliëntondersteuners*. Utrecht: Movisie/Vilans.
- Bloemendaal, Ineke, Gerard van Essen, Sophie Kramer en Willem van der Windt (2015). *Vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen 2015-2019*. Amsterdam: CAOP/Kiwa Charity.
- Blom, Auke en Peter van den Broek (2017). *MEE Signaal. Trend- en signaleringsrapportage 2017*. Utrecht: MEE.
- Bredewold, Femmianne, Thomas Kampen, Loes Verplancke, Evelien Tonkens, Jan Willem Duyvendak (2016). *Een mooie gedachte. Wat professionals denken over zelfredzaamheid en wat ze vervolgens (niet) doen*. Amsterdam/Utrecht: Universiteit van Amsterdam / Universiteit voor Humanistiek.
- CAK (2017). *Verlaging eigen bijdrage 2017*. Geraadpleegd op 24 april 2018 via <https://www.hetcak.nl/over/nieuws/2016/verlaging-eigen-bijdrage-in-2017>.
- Ebben, P. en H. Berghuis (2017). *Meta-analyse naar inhoudelijke aansluiting van wetgeving voor jongeren met een beperking van 18 tot 23 jaar*. Utrecht: Q-Consultzorg. Geraadpleegd op 7 december 2017 via www.rijksoverheid.nl.
- Feijten, Peteke en Peggy Schyns (2017). Het verloop van het meldproces. In: Feijten, Peteke, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering, *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders* (p. 78-106). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Feijten, Peteke, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering (2017). *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Francke, A.L., P.M. Rijken, K. de Groot, A.J.E. de Veer, K.A.M. Verkleij en H.R. Boeije (2017). *Evaluatie van de wijkverpleging. Ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals*. Utrecht: NIVEL.
- Friele, R.D., M.R. Bruning, I.L.W. Bastiaanssen, R. de Boer, A.J.E.H. Bucx, J.F. de Groot, T. Pehlivan, L. Rutjes, F. Sondeijker, T.A. van Yperen en R. Hageraats (2018). *Eerste evaluatie Jeugdwet. Na de transitie nu de transitie*. Den Haag: ZonMw.
- Groot, Kim de, Anke de Veer, Simone Versteeg en Anneke Francke (2018). *Het organiseren van langdurige zorg en ondersteuning voor thuiswonende patiënten. Ervaringen van praktijkondersteuners in de huisartsenzorg*. Utrecht: NIVEL.
- Ham, Lia van der en Maaïke den Draak (2018). Inrichting van de toegang tot Wmo-ondersteuning. In: *De Wmo 2015 in praktijk. De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ham, Lia van der, Maaïke den Draak, Wouter Mensink, Peggy Schyns en Esther van de Berg (2018). *De Wmo 2015 in praktijk. De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Harnas, Susan en Winny Toersen (2017). *Rapport meldactie Cliëntondersteuning*. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland.
- Koster, Yolande de (2016). *80 gemeenten verlagen eigen bijdragen Wmo*. Geraadpleegd op 24 april 2018 via <https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/80-gemeenten-verlagen-eigen-bijdrage-wmo-9554096 lynkx>.
- Kromhout, Mariska, Peteke Feijten, Frieke Vonk, Mirjam de Klerk, Anna Maria Marangos, Wouter Mensink, Maaïke den Draak en Alice de Boer (2014). *De Wmo in beweging. Evaluatie Wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Marangos, Anna Maria (2018). *Maatschappelijke ondersteuning. Keuzes van cliënten en beleid van gemeenten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Marangos, Anna Maria en Peggy Schyns (2017). De uitkomsten van het Gesprek. In: Peteke Feijten, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering, *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders* (p. 107-129). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Marangos, Anna Maria, Mieke Cardol en Mirjam de Klerk (2013). Niet-gebruik van maatschappelijke ondersteuning. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, jg. 91, nr. 6, p. 324-331. NZa (2017). *Markscan acute zorg 2017*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Patiëntenfederatie Nederland (2018). *Rapport meldactie 'Gemeenteraadsverkiezingen'*. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in) en MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid.
- Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in), Ypsilon en MIND (2017). *Als zorg en/of ondersteuning nodig is... Inzicht in routes, keuzemomenten en gewenste ondersteuning*. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland.
- Place, Caroline en Lex Hulsbosch (2016). *Leefsituatie en ervaringen met zorg van mensen met langdurige psychische problemen. Nieuwe bevindingen van het panel Psychisch Gezien*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Place, Caroline, Lex Hulsbosch en Harry Michon (2017). *Tabellenboek bij peiling 10 panel Psychisch Gezien: gemeenten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Pommer, Evert en Jeroen Boelhouwer (red.) (2017). *Overall rapportage sociaal domein 2016. Burgers (de)centraal*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Pons, A.G.A., C. Vreugde en K.J. van de Werfhorst (2016). *Monitor sociaal domein. Meting 6 - mei 2016*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland / Amersfoort: BMC Onderzoek. Geraadpleegd op 15 december 2017 via www.vgn.nl.
- Puijk, Lianne, René Meijer en Nico Baas (2018). *Keuzevrijheid in de wijkverpleging. Onderzoek naar de ervaren knelpunten*. Hilversum: Arteria Consulting.
- ROB (2017). *Zorg voor samenhangende zorg. Over zorgwetten die door gemeenten worden uitgevoerd*. Den Haag: Raad voor het Openbaar Bestuur. Geraadpleegd op 24 januari 2018 via www.raadopenbestuur.nl.
- Sattoe, Jane, Hennie Boeije en Monique Heijmans (2017). *Voorbij zelfredzaamheid: maatwerk voor mensen met lichamelijke beperkingen*. Utrecht: NIVEL.
- Schellingerhout, Roelof en Liesbeth Heering (2017). Gespreksvoerders. In: Peteke Feijten, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering, *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders* (p. 56-77). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schellingerhout, Roelof en Peggy Schyns (2017). Afstemming en samenwerking. In: Peteke Feijten, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering, *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders* (p. 130-147). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Soeters, Marc en Gerrold Verhoeks (2015). *Onderzoek naar eigen bijdragen voor algemene voorzieningen Wmo 2015*. Wassenaar: Zorgmarktadvies.
- Tegelaar R. en C. van Haastert (2015). *Kwaliteit en keuze informatie verpleging en verzorging thuis. Wat vinden mensen belangrijk?* Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland.

- TK (2015/2016). *Langdurige zorg. Eerstelijnsverblijf in de zorgverzekeringswet per 1 januari 2017*. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 mei 2016. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015/2016, 34104, nr. 125.
- TK (2016/2017). *Zorg en maatschappelijke ondersteuning. Brede voortgang onafhankelijke cliëntondersteuning Wmo-Wlz*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 27 juni 2017. Tweede Kamer, vergaderjaar 2016/2017, 29538, nr. 244.
- TK (2017/2018). *Vertrouwen in de toekomst. Regeerakkoord 2017-2021. VVD, CDA, D66 en ChristenUnie*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017/2018, 34700, nr. 34, bijlage 820240.
- Trouw (2017). *Wmo-abonnement heeft ongewenste sociale gevolgen*. Geraadpleegd op 24 april 2018 via <https://www.trouw.nl/opinie/wmo-abonnement-heeft-ongewenste-sociale-gevolgen-a59de682>.
- Tuzgöl-Broekhoven, Annemarie, Walter van den Berg, Midas Dutij, Petri Houweling, Jan Prins en Jeanine Stam (2017). *Terug aan tafel, samen de klacht oplossen. Onderzoek naar klachtbehandeling in het sociaal domein na de decentralisaties*. Den Haag: De Nationale ombudsman.
- Tuzgöl-Broekhoven, Jeanine Stam en Ramazan Atalikyayi (2018). *Zorgen voor burgers. Onderzoek naar knelpunten die burgers ervaren bij de toegang tot zorg*. Den Haag: De Nationale ombudsman.
- Verbeek-Oudijk, Debbie, Lisa Putman en Mirjam de Klerk (2017). *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015. Ontvangen hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- VNG (2016). *Ledenbrief hoogte eigen bijdragen*. Geraadpleegd op 24 april 2018 via https://vng.nl/files/vng/brieven/2016/20160301_ledenbrief_hoogte-eigen-bijdragen-wmo.pdf.
- VNG (2017a). *Clientervaringsonderzoek Wmo 2016*. Geraadpleegd op 15 augustus 2017 via https://vng.nl/files/vng/nieuws_attachments/2016/clientervaringsonderzoek2016.pdf.
- VNG (2017b). *VNG-reactie op het Regeerakkoord 2017-2021. Bijzondere ledenbrief*. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.
- Vonk, Frieke, Mariska Kromhout, Peteke Feijten en Anna Maria Marangos (2013). *Gemeentelijk Wmo-beleid 2010*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Voss, H., T. Meulenkamp, A. Marangos en H. Boeije (2017). *Veel onduidelijkheid bij familieleden van mensen met een verstandelijke beperking over veranderingen in de langdurige zorg*. Utrecht: NIVEL.

8 Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg

Nora Kornalijslijper en Mirjam de Klerk

- Er zijn geen gegevens over het aantal thuiswonende mensen met langdurige en intensieve zorgbehoefte die mogelijk wel voor de Wlz in aanmerking komen, maar zich niet bij de Wlz melden, noch over hoe het hun vergaat.
 - Wlz is beperkt bekend bij aanvragers. Het merendeel van de onderzochte aanvragers krijgt informatie over de Wlz en hoe een aanvraag te doen van zorgverleners of van partner/familie/vrienden. Veel informatie over de Wlz (en over de toegang) is online beschikbaar en daarmee niet voor alle (potentiële) gebruikers toegankelijk; aanvragers van zorg gebruiken internet nauwelijks als bron van informatie.
 - De meeste zorgvragers zijn (heel) tevreden over het contact met ciz-medewerkers. De professionals vinden de aanvraag- en toelatingsprocedure voor de Wlz zeker voor ouderen en mensen met een (lichte) verstandelijke beperking complex: de toelatingscriteria zijn ingewikkeld; de financiële gevolgen van bepaalde keuzes zijn onduidelijk.
 - Het zorgkantoor speelt geen grote rol bij het kiezen van zorg. De meeste zorgvragers weten dat ze zorg in natura willen en van welke zorgaanbieder. Het zorgkantoor helpt degenen die nog geen keuze hebben gemaakt (4% van de zorgvragers) en voert gesprekken met de mensen die de Wlz-zorg geheel of gedeeltelijk thuis willen ontvangen of een pgb willen.
 - Toegangsmedewerkers van het ciz noemen vier groepen die niet of moeilijk toegang tot de Wlz krijgen, omdat ze niet aan de toegangscriteria voldoen, terwijl ze soms ook niet thuis kunnen blijven wonen: kwetsbare ouderen met beperkingen die cognitief geen beperkingen hebben, kinderen/jongeren met een (lichte) verstandelijke beperking, volwassenen die intensieve zorg behoeven en zelf in staat zijn die zorg te regisseren en mensen met psychische aandoeningen.
 - Er zijn signalen van bijvoorbeeld huisartsen en afdelingen spoedeisende hulp dat de zorgvraag van thuiswonende cliënten voor een deel van de groep veel complexer is geworden.
 - Onafhankelijke cliëntondersteuning wordt weinig gebruikt.
-

8.1 Inleiding

Een belangrijke vraag bij de evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg is of mensen met een langdurige behoefte aan zorg, die meer professionele zorg nodig hebben, de weg naar de Wet langdurige zorg (Wlz) kunnen vinden en hoe moeilijk of gemakkelijk dat voor hen is. Doorgaans hebben ze meerdere gezondheidsproblemen tegelijk en vaak van verschillende aard, zoals lichamelijke, psychische of verstandelijke problemen. Voor niet-ingewijden kan het onduidelijk zijn om te weten wanneer men aanspraak kan maken op welke zorg en bij welke instantie men dan moet zijn.

Onderzoeksvragen

Dit hoofdstuk beantwoordt de volgende onderzoeksvragen:

- Kunnen en komen mensen met langdurige, intensieve zorgbehoeften terecht bij de Wet langdurige zorg?
- Hoe ervaren alle betrokkenen – cliënten en uitvoerenden – de wijze waarop de toegang is geregeld en wordt uitgevoerd?

Onderzoekbronnen

Dit hoofdstuk is in belangrijke mate gebaseerd op een deelonderzoek van de HIZ-evaluatie, *Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg. Ervaringen van aanvragers en professionals*, dat is uitgevoerd door BMC (Van Klaveren et al. 2017). Voor dat onderzoek zijn in 2016 gegevens verzameld bij verschillende groepen: mensen die een aanvraag voor Wlz-zorg hebben ingediend bij het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) en hun informele verzorgers, en medewerkers die betrokken zijn bij de toegang tot de Wlz. Dit waren medewerkers van het CIZ, klantadviseurs van het zorgkantoor, medewerkers van zorgaanbieders en transferverpleegkundigen. De gegevens van de CIZ-medewerkers en van het zorgkantoor zijn representatief, die van de zorgvragers en hun mantelzorgers niet.

Kader 8.1 Hoeveel personen zoeken toegang tot de Wlz en wie zijn dat?

Het totaal aantal Wlz-aanvragen bij het CIZ bedroeg in 2016 142.971, waaronder 108.592 reguliere aanvragen voor toelating of wijziging van het zorgprofiel (en 34.379 voor de Wlz-subsidieregelingen eerstelijnsverblijf, ADL-assistentie en extramurale behandeling). Hiervan kregen in dat jaar 98.419 mensen een besluit.¹ Van hen kregen 88.444 cliënten (90%) een besluit dat toegang geeft tot de Wlz en 9975 cliënten (10%) een besluit dat geen toegang verschaft. Daarnaast waren er 34.168 besluiten die toegang geven tot Wlz-subsidieregelingen.

Het merendeel van de mensen die toegang zoeken tot zorg vanuit de Wlz en daarvoor een eerste aanvraag indienen bij het CIZ, is 75 jaar en ouder. Onder de aanvragers bevinden zich meer vrouwen dan mannen. Er vragen ook relatief veel mensen rond hun 18^e jaar zorg aan.

De Wlz onderscheidt 40 zorgprofielen. Het merendeel van de aanspraak op zorgprofielen (zo'n 56%) valt binnen de sector Verzorging en Verpleging (V&V). Daarnaast hebben de besluiten vooral betrekking op toegang voor de zorgprofielen in de sectoren Verstandelijk Gehandicapt (VG) met ongeveer 33%, gevolgd door Lichamelijk Gehandicapt (LG).

Bron: CIZ (2016b: 15)

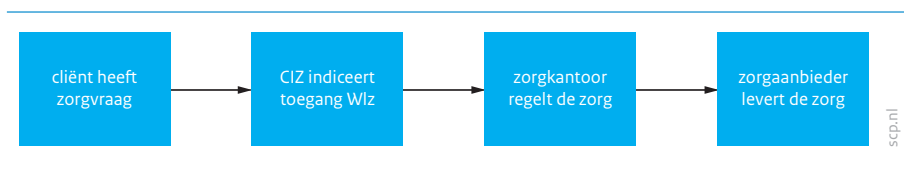
8.2 Hoe is de toegang geregeld?

De toegang tot blijvende langdurige zorg is geregeld in de Wlz en het daarop gebaseerde Besluit langdurige zorg en de bijbehorende Regeling (Staatsblad 2014a; TK 2013/2014). Hierin staat wie in aanmerking komt voor Wlz-zorg (zie ook kader 8.2),² wat de verzekerde

zorg inhoudt, hoe de aanvraag-/indicatieprocedure verloopt en wat een aanvrager met een indicatiebesluit moet doen om de gevraagde zorg te krijgen (zie ook hoofdstuk 6). Voor mensen met psychische/psychiatrische problemen is bepaald dat ze gedurende de eerste drie jaar dat ze een beroep op zorg doen onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) vallen. Dit betekent dat ze tot 1 januari 2018 geen beroep op de Wlz kunnen doen. In dit hoofdstuk over de toegang tot zorg uit de Wlz zijn zij dan ook niet meegenomen. Aan de hand van de partijen die in figuur 8.1 zijn genoemd, geven we een beknopte beschrijving van hoe de toegang is georganiseerd.

Figuur 8.1

Schematische weergave van het formele proces van zorgvraag tot zorglevering in de Wlz



Bron: Van Klaveren et al. (2017)

Cliënt met zorgvraag

Mensen met een langdurige, intensieve zorgvraag die permanent toezicht nodig hebben of 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of meer professionele zorg nodig hebben, kunnen een aanvraag voor Wlz-zorg doen bij het ciz.

De Wlz richt zich op een beperktere doelgroep dan de vroegere Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Samenvattend kunnen we stellen dat alleen de zwaardere zorgprofielen binnen de Wlz vallen.

Routes naar het ciz

Een aanvraag voor Wlz-zorg doet men via een (digitaal) aanvraagformulier. Op dit formulier geeft de aanvrager onder meer aan wat de aanleiding voor de zorgvraag is (ziekte, beperking) en welke problemen de zorgvrager hierdoor ervaart: de profielschets. Ook vermeldt hij/zij of er een voorkeur is voor zorg in een instelling of zorg thuis.

Mensen die een beroep op de Wlz willen doen, kunnen zelf een aanvraag indienen bij het ciz. Meestal doen het sociale netwerk en zorgverleners dat voor of met hen (Van Klaveren et al. 2017). Een zorgverlener kan een wijkverpleegkundige zijn, de hulp bij het huishouden of een begeleider, maar ook een zorginstelling. Zorgaanbieders helpen aanvragers met informatie over het aanvragen van een Wlz-indicatie en door inzicht te geven in de kans op een positief Wlz-indicatiebesluit. Daarnaast helpen ze met de formulieren voor een aanvraag, zoals de profielschets en het verzamelen van de benodigde documenten en medische rapporten. Soms belanden mensen door ziekte of een ongeval in het ziekenhuis. Als hun gezondheidssituatie niet toelaat dat ze terugkeren naar huis, kan een

transferverpleegkundige helpen met het opstellen en indienen van een aanvraag bij het ciz, of dit namens hen doen.

Kader 8.2 Wie komen er in aanmerking voor Wlz-zorg?

De Wlz (art. 3.2.1, lid 1) omschrijft de kring van mensen die in aanmerking komen voor Wlz-zorg als volgt:

Mensen komen in aanmerking voor zorg op grond van de Wlz wanneer zij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of vanwege een of meerdere handicaps van verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke aard blijvend behoefte hebben aan toezicht en/of de nabijheid van zorg.

Een verzekerde heeft recht op zorg die op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden is afgestemd voor zover hij naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op die zorg is aangewezen omdat hij, vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap een blijvende behoefte heeft aan:

- *permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde, of*
- *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 voor hem zelf te voorkomen, door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.*

Bron: Staatsblad (2014)

Taken en verplichtingen van het ciz

Het ciz is onder meer belast met het vaststellen of er recht op zorg bestaat en legt dit vervolgens vast in een indicatiebesluit Wlz (Staatsblad 2014).³ Hiertoe vindt een gesprek met de aanvrager plaats. Dat gebeurt telefonisch of – wanneer in de aanvraag onvoldoende informatie is opgegeven over de aard en de mate van de stoornissen en beperkingen en over het functioneren van de aanvrager – via een huisbezoek (Van Klaveren et al. 2017: 56). Het bepalen van het recht op zorg moet voor alle mensen op gelijke wijze en volgens uniforme en strikte regels gebeuren. Hierbij speelt geen rol of er voldoende zorg is ingekocht door het zorgkantoor (zie hierna). De eventuele aanwezigheid van mantelzorg speelt evenmin een rol bij de beoordeling van het recht op zorg.

Om onafhankelijk te kunnen beoordelen of burgers recht op zorg hebben, heeft het ciz de Wlz vertaald in uniforme en objectieve criteria: de beleidsregels. Deze beleidsregels vormen een nadere uitwerking van en toelichting op belangrijke begrippen in de Wlz, zoals ‘blijvende zorgbehoefte’, ‘permanent toezicht’, ‘24 uur per dag zorg in de nabijheid’, ‘ernstig nadeel’ (zie ook § 8.4) of ‘gebruikelijke zorg’. Deze beleidsregels, die jaarlijks worden aangepast en vastgesteld, zijn bedoeld om uniformiteit te bereiken bij de indicatiestelling door het ciz. De beleidsregels zijn vertaald in een afwegingskader (ciz 2016a).

De medewerkers van het ciz bekijken de aanvraag van de burger aan de hand van het afwegingskader (ciz 2016a). Dit kader bestaat uit zes stappen. Na stap 1 (het controleren

van de aanvraag) en stap 2 (de zorgsituatie in kaart brengen) wordt bekeken of er behoefte is aan ‘permanent toezicht of aan 24 uur zorg in de nabijheid’ (stap 3). Bij stap 4 wordt vastgesteld of de behoefte blijvend is. Bij stap 5 kijkt de ciz-medewerker of iemand voldoet aan de eisen voor toegang van de Wlz: gaat het om de zogenoemde gebruikelijke zorg van ouders aan hun kind, ontvangt de aanvrager al zorg uit een ander domein, en zijn er eventuele uitzonderingen op de toegangscriteria? Wanneer bijvoorbeeld de zorg die ouders aan hun kind geven tot ‘gebruikelijke zorg’ wordt gerekend, komt deze aanvrager niet in aanmerking voor Wlz-zorg.⁴

Daarna besluit het ciz of iemand wel of geen recht heeft op toegang tot Wlz-zorg of – als dat is aangevraagd – op aanpassing van het zorgprofiel. Dat heet het indicatiebesluit (stap 6).

Het indicatiebesluit moet binnen zes weken per brief aan de aanvrager worden meegegeeld. In bijzondere omstandigheden (bij spoed en/of crisis) heeft het ciz twee weken de tijd om de aanvraag af te handelen. Bij aanvragen vanuit het ziekenhuis beslist het ciz binnen 48 uur.

De aanvrager kan een mondelinge toelichting op het besluit van het ciz krijgen. Mensen die het niet met het besluit of het toegekende zorgprofiel eens zijn, kunnen een bezwaarschrift indienen bij het ciz. In dat geval beoordeelt een jurist of juridisch medewerker van het ciz de aanvraag opnieuw.

Het ciz is wettelijk verplicht geschillen over de indicatiestelling ter advies aan het Zorginstituut Nederland voor te leggen; het advies van het Zorginstituut is niet bindend. Om meer duidelijkheid over de precieze inhoud van de verzekerde zorg te scheppen, stelt het Zorginstituut in zogeheten standpunten vast welke zorg verzekerd is.⁵

Mensen die niet in aanmerking voor Wlz-zorg komen, worden (terug)verwezen naar zorg en ondersteuning op grond van de Wmo 2015 en de Zvw.

Taken en verplichtingen van het zorgkantoor

Het zorgkantoor vervult meerdere taken in de toegang tot Wlz-zorg. Een van die taken is het ondersteunen van mensen met een zorgindicatie bij het tot gelding brengen van hun recht op zorg. Het zorgkantoor heeft een zorgplicht en moet ervoor zorgen dat mensen passende Wlz-zorg thuis of in een instelling krijgen. Voorts zorgt het zorgkantoor voor de toekenning van persoonsgebonden budgetten (pgb’s).

Het zorgkantoor ondersteunt mensen met een indicatie voor Wlz-zorg die nog niet weten hoe ze de zorg willen of kunnen invullen, of van welke zorgaanbieder ze zorg willen of kunnen krijgen. In zulke gevallen informeert, overlegt en regelt het zorgkantoor dit met hen.

Het zorgkantoor speelt geen rol wanneer iemand zelf al een zorgaanbieder op het oog heeft. Aanvragers kunnen indien de Wlz-aanvraag is toegewezen rechtstreeks een zorgaanbieder benaderen en samen met deze aanbieder de benodigde zorg regelen.

Mensen die voor Wlz-zorg in aanmerking komen, kunnen kiezen uit vier verschillende leveringsvormen:

- zorg in natura (zin) in een instelling voor verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg of geestelijke gezondheidszorg;
- alle Wlz-zorg ontvangen van een zorgaanbieder die door het zorgkantoor gecontracteerd is en die ook zorg aan huis levert (Volledig Pakket Thuis, vpt);
- zelf Wlz-zorg regelen via een persoonsgebonden budget (pgb);
- een mengvorm van bijvoorbeeld Wlz-zorg in natura aan huis met zelf ingekochte zorg via een pgb (Modulair Pakket Thuis, mpt).⁶

Thuis blijven wonen kan alleen als de zorgvrager dit wil en als de situatie thuis geschikt is om verantwoord en doelmatig zorg te krijgen. Wanneer een zorgvrager een voorkeur heeft voor een van de leveringsvormen met zorg thuis, beoordeelt het zorgkantoor of dit mogelijk is. Het zorgkantoor voert in deze gevallen een zogenoemde doelmatigheidstoets uit.⁷ Als de zorg niet verantwoord of niet doelmatig thuis kan worden geleverd, zoekt het zorgkantoor samen met de cliënt naar een passende instelling waar hij/zij zorg kan krijgen.

Ook heeft het zorgkantoor een taak bij mensen die kiezen voor een pgb om zelf zorg te regelen. Deze mensen krijgen eerst een zogenoemd bewustekeuzegesprek met een medewerker van het zorgkantoor. In dit gesprek verkent het zorgkantoor of de cliënt bewust kiest voor een pgb en bekend is met de plichten die horen bij het beheren hiervan. Ook wordt in dat gesprek nagegaan of de cliënt in staat is om het pgb te beheren of dat er iemand in de omgeving van de cliënt is die dat kan doen.⁸

Zorgkantoren hebben met de invoering van de Wlz nadrukkelijker dan voorheen de taak om burgers van goede informatie en ondersteuning te voorzien. De Nederlandse Zorgautoriteit (Nza), die toezicht houdt op de uitvoering van deze taak door de Wlz-uitvoerders, constateerde in een onderzoek naar de beschikbaarheid van keuze-informatie en cliëntondersteuning dat zorgkantoren zich actiever moeten opstellen en hun zichtbaarheid moeten vergroten (Nza 2015).

Hulp voor cliënten in het toegangsproces, de rol van onafhankelijke cliëntondersteuners

Voor mensen die voor de Wlz in aanmerking komen, is het niet altijd gemakkelijk om hun 'vraag' te formuleren, en ook nog op een manier die helder is voor zorgbemiddelaars en zorgaanbieders. Daarvoor is inzicht nodig in de eigen aandoening en/of beperkingen, maar ook in wat er verkrijgbaar is op de markt van zorg en ondersteuning. Bij bepaalde groepen, zoals ouderen met psychogeriatrische problematiek en mensen met ernstige verstandelijke beperkingen, is het ontbreken van ziekte-inzicht en het niet juist kunnen inschatten van de mate van zelfredzaamheid een onderdeel van de aandoening. Naasten (partner/familie) kunnen helpen met de vraagverheldering en de kennis van en oriëntatie op het lokale of regionale zorgaanbod. Dat is echter niet altijd mogelijk; sommige mensen hebben vrijwel geen sociaal netwerk. In deze gevallen kan een (onafhankelijke) cliëntondersteuner de cliënt en de naasten helpen.⁹

De Wmo 2015 bepaalt dat gemeenten cliëntondersteuning moeten bieden. De wet definieert cliëntondersteuning als:

Onafhankelijke ondersteuning met informatie, advies en algemene ondersteuning die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie en het verkrijgen van een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, preventieve zorg, zorg, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen. (Van Bergen et al. 2016: 36)

De wet is weinig expliciet over de taak en rol van cliëntondersteuners. De wet bepaalt alleen dat het college van B&W ervoor moet zorgen dat cliëntondersteuning beschikbaar is.¹⁰ De onafhankelijke cliëntondersteuner kan ook helpen bij het aanvragen van een indicatie voor Wlz-zorg. Uit kwalitatief onderzoek onder 30 cliëntondersteuners (Van Bergen et al. 2016) komt naar voren dat er een grote verscheidenheid is in de wijze waarop gemeenten de cliëntondersteuning organiseren. Onder de cliëntondersteuners bestaat nog veel onduidelijkheid over hun kerntaken en de afbakening van taken van professionele en vrijwillige ondersteuners. Dat maakt de verantwoordelijkheidsverdeling onduidelijk en het veroorzaakt verwarring bij cliënten.

In datzelfde onderzoek komt ook naar voren dat er in de praktijk vaak een ‘knip’ blijkt te bestaan tussen de cliëntondersteuner van de Wmo 2015 (die onder meer ondersteuning kan bieden bij het verkrijgen van de toegang tot de Wlz) en die van de Wlz (die ondersteuning kan bieden als mensen eenmaal zijn toegelaten tot de Wlz). De meeste aanbieders van onafhankelijke cliëntondersteuning hebben deze functies opgesplitst vanwege de gescheiden financiering. Ondersteuners werken voor een van beide (de Wmo 2015 óf de Wlz). Hierdoor moeten cliënten in veel gevallen van de ene naar de andere onafhankelijke cliëntondersteuner overstappen als ze vanuit de Wmo 2015 en/of de Zvw naar de Wlz overgaan. De aanvraag voor een Wlz-indicatie wordt begeleid door een cliëntondersteuner gefinancierd vanuit de Wmo 2015, terwijl deze vaak minder goed op de hoogte is van de ins en outs van de Wlz-zorg (Van Bergen et al. 2016).

8.3 Bekendheid met de Wet langdurige zorg

In het voorgaande is beschreven hoe de toegang tot de Wlz formeel geregeld is. In deze paragraaf staat de vraag centraal hoe de toegang in de praktijk verloopt. In hoeverre zijn mensen met langdurige zorgbehoeften op de hoogte van waar ze kunnen aankloppen en aan welke eisen ze moeten voldoen om voor Wlz-zorg in aanmerking te komen? En hoe zijn ze hiermee bekend geraakt?

In 2017 heeft het CIZ 111.035 Wlz-aanvragen ontvangen (CIZ 2018). Hierna beschrijven we hoe aanvragers van Wlz-zorg bekend zijn geraakt met de Wlz en de toegang daartoe. Dit zegt mogelijk niets over de bekendheid met de Wlz van burgers in het algemeen of van cliënten met langdurige zorgbehoeften.

Wie zijn de mensen die een aanvraag voor Wlz-zorg indienen?

De meeste aanvragers in het onderzoek naar de toegang van de Wlz-zorg waren vrouw (60%) en op leeftijd: 70% was 65 jaar of ouder, zo bleek uit een onderzoek onder 652 aanvragers die tussen 1 april 2016 en 25 juli 2016 een eerste aanvraag voor een indicatie hadden gedaan bij het ciz (Van Klaveren et al. 2017: 22-23).¹¹ Op het moment van de aanvraag woonden de meeste aanvragers alleen (43%) of met hun partner (37%). Een groot deel van hen kampte met een of meerdere beperkingen. De meest voorkomende waren lichamelijke beperkingen (62%) en geheugen- of oriëntatieproblemen (52%). Bij jongere aanvragers betrof het vaker psychische en/of verstandelijke problemen.

Waar haalden de aanvragers hun informatie vandaan?

De hiervoor genoemde Wlz-aanvragers hadden de informatie over het indienen van een aanvraag voor Wlz-zorg overwegend gekregen van – niet nader gespecificeerde – zorgverleners (39%), de huisarts (24%) of van partner/familie/vrienden (22%), de gemeente-/Wmo-consulent (15%) of de onafhankelijke cliëntondersteuner (9%). 4% van de respondenten meldde dat ze hierover geen informatie hadden. Daarbij valt op dat andere bronnen zoals internet/krant/radio/televisie of het ciz een beperkte rol speelden; beide werden door slechts 14% van de respondenten genoemd. Jongere aanvragers in het onderzoek (jonger dan 65 jaar) vonden hun informatie vaker via de gemeente, een onafhankelijke cliëntondersteuner, een patiëntenvereniging en internet.¹²

Hoe zijn mensen in het algemeen geïnformeerd over de Wlz?

Het rijk heeft de burgers op verschillende manieren geïnformeerd over de Wlz, onder andere in 2014 via een publiekscampagne ‘Nederland verandert. De zorg verandert mee’. Ook was er een informatiepunt en een gratis telefoonnummer waar mensen vragen konden stellen. De kern van de communicatietaken van de rijksoverheid lag (aldus staatssecretaris Van Rijn):

in het algemeen informeren van burgers, partijen faciliteren en communicatie gericht op cliënten in kaart brengen en indien mogelijk op elkaar afstemmen wat betreft timing. Hierbij was samenwerking tussen het Rijk, gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, aanbieders en cliëntorganisaties onmisbaar. (TK 2014/2015)

In het ‘cockpitoverleg over de langdurige zorg’ (overleg van staatssecretaris van vws, zorgaanbieders, verzekeraars, gemeenten en patiënten- en gehandicaptenorganisaties) kwamen de voortgang van de communicatie en de communicatie-inzet aan de orde. Gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars hebben respectievelijk hun inwoners, cliënten en verzekerden persoonlijk geïnformeerd. De wijze waarop en het moment van informeren is aan de partijen zelf overgelaten. Ook heeft de rijksoverheid informatie verspreid via internet. Voorts hebben organisaties zoals het ciz, patiëntenverenigingen en ouderenorganisaties voorlichting gegeven over de hervorming en de invoering van de Wlz. Voor mensen die naar hun gevoel van het kastje naar de muur werden gestuurd, of die niet wisten waar ze met hun zorgvraag naartoe moesten, heeft het ministerie van vws

het platform ‘Juiste Loket’ ingesteld. Mensen met vragen kunnen telefonisch of per e-mail contact opnemen met dit loket.¹³

De NZa houdt toezicht op de informatievoorziening en cliëntondersteuning aan Wlz-cliënten en onderzoekt regelmatig hoe het daarmee is gesteld (NZa 2015). De NZa wees in 2015 op het belang van goede informatievoorziening. ‘Gezien het feit *dat het initiatief voor het verkrijgen van informatie bij burgers ligt*, bestaat bij een passieve opstelling van Wlz-uitvoerders het risico dat burgers wel informatie nodig hebben, maar deze niet krijgen.’ (NZa 2015) [cursivering red.]. De NZa heeft hierover meerdere keren haar zorgen geuit. In 2017 was de NZa tevreden over de algemene informatie over de Wlz die zorgkantoren op hun websites plaatsten. Randvoorwaarden zijn wel dat men internettoegang heeft en weet dat men op de website van het zorgkantoor moet zoeken (NZa 2017a). Zoals hiervoor al is gezegd, worden internet/krant/radio/televisie slechts door 14% van de respondenten als bron van informatie genoemd.

Oordeel over de informatie

Aan de Wlz-aanvragers in het onderzoek naar de toegang van de Wlz is gevraagd hoe ze de informatie over het aanvragen van langdurige zorg beoordelen (Van Klaveren et al. 2017). Er is naar hun mening gevraagd over de vindbaarheid, de duidelijkheid van de informatie en de volledigheid. De informatie over Wlz-zorg was voor ongeveer een derde deel van de zorgvragers volledig, duidelijk en vindbaar. Een groot deel antwoordde neutraal. Tussen de 20% en 24% vond de informatie moeilijk te vinden, onduidelijk en/of onvolledig.¹⁴ De zorgvragers die de informatie niet duidelijk of volledig vonden, misten vooral informatie over de criteria om in aanmerking te komen (54%), informatie over de hoogte van de eigen bijdrage (46%) en informatie over hoe de zorg moet worden aangevraagd (26%). De aanvragers die de zorg thuis willen ontvangen, misten vooral informatie over de criteria daarvoor en de mogelijkheden van zorg thuis.

In 2017 concludeerden vier patiëntenorganisaties gezamenlijk dat ‘informatie over mogelijkheden, keuzes en hoe dingen te regelen onvindbaar en onbegrijpelijk is voor mensen’. Ze baseerden dit op een onderzoek dat is uitgevoerd bij een niet-representatieve steekproef van 384 mensen die zichzelf konden aanmelden en die bevroegd zijn over routes, keuzemomenten en gewenste informatie en ondersteuning (Patiëntenfederatie Nederland et al. 2017).¹⁵ Ook De Nationale ombudsman wijst erop dat het voor mensen niet altijd duidelijk is bij welke instantie zij hun zorgaanvraag moeten indienen (Tuzgöl-Broekhoven et al. 2018).

Samenvattend kunnen we stellen dat wisselend wordt gedacht over de beschikbare informatie. Een deel van de mensen die de toegang tot Wlz hebben gevonden (34% à 45%), was positief over de vindbaarheid, duidelijkheid en volledigheid van de informatie. Een kleiner deel was negatief en de meeste mensen lieten zich hierover neutraal uit. We weten daarmee uiteraard nog niet of de informatie over de Wlz en de aanvraagprocedure bekend is bij mensen met langdurige zorgbehoeften die zich (nog) niet bij het ciz hebben gemeld.

Voorkennis bij cliënten volgens medewerkers van het ciz en van zorgkantoren

Aan professionals in de toegang (medewerkers van het ciz en van zorgkantoren) is gevraagd wat de aanvragers van Wlz-zorg aan voorkennis hebben over de wet en de toegangsprocedure (Van Klaveren et al. 2017).¹⁶

Volgens medewerkers van het ciz zijn de aanvragers vaak tot altijd op de hoogte van het verschil tussen het pgb en zorg in natura (71%), en van de rol van het ciz bij de toegang tot de Wlz (71%). De minste voorkennis hebben de aanvragers volgens hen over de financiële consequenties van de verzilvering van een Wlz-indicatie, zoals de hoogte van de eigen bijdragen. Het merendeel van de indicatiestellers van het ciz (63%) zei dat aanvragers hiervan zelden of nooit op de hoogte zijn. Hetzelfde kan worden opgemerkt over de mogelijkheden van onafhankelijke cliëntondersteuning: ook daarvan zijn aanvragers zelden of nooit op de hoogte, aldus de ciz-medewerkers.

Medewerkers van het zorgkantoor die contact met Wlz-cliënten hebben, bevestigden het zojuist geschetste beeld. Ze voegden daaraan toe dat cliënten onvoldoende bekend zijn met de inhoud van de indicatie en de zorgprofielen, en met de mogelijkheden om thuis Wlz-zorg te ontvangen met een vpt of een mpt.

Medewerkers van het ciz en het zorgkantoor zagen grotendeels dezelfde knelpunten bij de informatievoorziening aan (potentiële) aanvragers van toegang tot de Wlz:

- Voor kwetsbare doelgroepen is het zorgstelsel erg complex. Aanvragers of hun omgeving vinden het moeilijk de juiste vraag bij de juiste instantie neer te leggen.
- Veel informatie over de toegang tot de langdurige (Wlz) zorg is op internet te vinden. Ouderen en mensen met een (lichte) verstandelijke beperking kunnen deze online informatie niet of moeilijk vinden. Ook bevat de informatie veel vakjargon.
- De informatie over de toegang tot de Wlz-zorg (zoals de criteria voor een Wlz-indicatie) is voor sommige doelgroepen te veelomvattend en te ingewikkeld.
- De informatie lijkt ook niet altijd helder voor professionals: cliënten worden geregeld verkeerd of onvolledig geïnformeerd. Ook worden ze nogal eens doorverwezen naar het ciz, terwijl al snel blijkt dat ze niet aan de criteria voldoen.
- Er is veel onduidelijkheid over de financiële consequenties van een Wlz-indicatie, zoals de hoogte van de eigen bijdragen.

Samenvattend kunnen we stellen dat zorgvragers soms belangrijke informatie missen voorafgaand aan het indienen van hun aanvraag bij het ciz. Ook professionals in de toegang menen dat de aanvraag- en toegangsprocedure voor bepaalde groepen (zoals ouderen en mensen met een verstandelijke beperking) heel complex is.

8.4 Aanvraag- en indicatieprocedure: ervaringen van cliënten en ciz-medewerkers

Redenen om een Wlz-aanvraag te doen

Volgens het onderzoek van Van Klaveren et al. (2017) was verslechtering van de gezondheid verreweg de belangrijkste reden voor de zorgvragers om Wlz-zorg aan te vragen (68%). Daarnaast speelden andere redenen een rol: het sociale netwerk kan geen (extra)

hulp geven (38%), of men is bang te vallen of ziek te worden en dan geen hulp te kunnen inroepen (19%). Op de vraag waarom men meer zorg nodig had – want dat is immers de aanleiding om een Wlz-indicatie te vragen – noemde 63% van de zorgvragers de behoefte aan meer professionele zorg en ondersteuning. 47% zei zoveel hulp nodig te hebben dat partner en/of familie het niet aankon en 21% durfde niet meer alleen thuis te zijn en had daarom meer zorg nodig. Op het moment van de indicatieaanvraag kreeg het merendeel hulp van partner, familie of vrienden en ongeveer de helft ook professionele persoonlijke verzorging of verpleging.

Ook volgens ciz-medewerkers zijn afnemende gezondheid of toenemende beperkingen een reden voor zorgvragers om een indicatieaanvraag te doen. Ze wezen daarnaast op andere redenen, zoals een advies van de gemeente, de afwezigheid van een partner/huisgenoot en de afwezigheid van een sociaal netwerk. Van de ciz-medewerkers vond 43% vaak of altijd dat het lokale zorg- en ondersteuningsaanbod in sommige gemeenten zo mager is dat aanvragers uit deze gemeenten eerder een aanvraag doen. Bijna de helft vindt dat het lokale zorg- en ondersteuningsaanbod mede bepaalt of iemand een Wlz-indicatie aanvraagt.

Zorgvragers zijn overwegend positief over het contact met het ciz

In het onderzoek van Van Klaveren et al. (2017) is aan de zorgvragers gevraagd hoe ze de aanvraag-/indicatieprocedure hebben ervaren. Zoals eerder opgemerkt kan een huisbezoek van het ciz deel uitmaken van het indicatieproces. Daarvan is vooral sprake wanneer de aanvrager zelf het aanvraagformulier heeft ingestuurd. Vaak ontbreekt er dan belangrijke informatie over de stoornis(sen) en aandoening(en) van de aanvrager. Ongeveer twee derde deel van de zorgvragers was (heel) tevreden over de tijd die voor hen werd genomen en over de manier waarop het ciz het gesprek met hen voerde, en respectievelijk 7% en 14% was hier (heel) ontevreden over. Daarnaast was iets meer dan de helft (heel) tevreden over de geboden informatie over de afhandeling en over de manier waarop werd meegedacht. Respectievelijk 20% en 26% was over deze laatste twee aspecten (heel) ontevreden.

Ongeveer de helft van de zorgvragers zei een advies van het ciz te hebben gekregen over andere mogelijkheden om benodigde zorg te krijgen en 31% zei dat niet gehad te hebben, maar had dat wel gewild.

ciz-medewerkers hebben wisselende ervaringen met de aanvraagprocedure

De ciz-medewerkers waren over het algemeen van mening dat de beleidsregels voldoende houvast bieden bij het nemen van het indicatiebesluit. Toch zei 44% van de ciz-medewerkers dat de beleidsregels soms en 4% dat deze vaak onvoldoende houvast bieden. Dat is bijvoorbeeld het geval bij kwetsbare ouderen die cognitief niet veel beperkingen hebben, maar fysiek veel mankeren. Zolang ze zelf kunnen beoordelen of ze alarm moeten slaan en dat daadwerkelijk kunnen doen, komen ze niet in aanmerking voor de Wlz. Een andere groep zijn de kinderen, jongeren en jongvolwassenen. Er moet voor toegang tot de Wlz worden vastgesteld of de behoefte aan zorg blijvend is. Omdat jongeren

zich nog kunnen ontwikkelen, is dat heel lastig te zeggen, aldus de ciz-medewerkers. Het gebrek aan houvast geldt ook bij mensen met een verstandelijke beperking en psychische problematiek. In die situaties is het soms moeilijk om te bepalen welke problematiek dominant is. Als wordt bepaald dat de psychische problematiek dominant is, vallen deze cliënten de eerste drie jaar onder de Zvw. Ook lastig zijn volgens medewerkers situaties waarin sprake is van ‘ernstig nadeel’, omdat de terminologie in de beleidsregels voor meerdere uitleg vatbaar is (Van Klaveren et al. 2017: 54-55).¹⁷ Zie ook de omschrijving van dit begrip in de wet en de uitleg in de MvT bij de Wlz in kader 8.3.

Kader 8.3 Ernstig nadeel

Een van de redenen om voor de Wlz in aanmerking te komen is voorkomen van ‘ernstig nadeel’.

‘Ernstig nadeel voor verzekerde, als bedoeld in artikel 3.2.1 lid 2 sub c Wlz, betekent dat als gevolg van met zijn grondslag samenhangende fysieke problemen of zware regieproblemen, er een situatie kan ontstaan waarin verzekerde:

- a zich maatschappelijk ten gronde richt of dreigt te richten,
- b zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen,
- c ernstig lichamelijk letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen,
- d 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.

Uit de Memorie van Toelichting bij de Wlz blijkt dat bij “ernstig nadeel voor de verzekerde” sprake moet zijn van een te verwachten risico dat deze verzekerde het ernstig nadeel zal overkomen. Dit wil zeggen dat het om een reëel risico moet gaan, dat gebaseerd is op onderbouwde verwachtingen voor deze verzekerde. De enkele mogelijkheid dat een bepaald gevaar bestaat of dat een bepaald gevaar relatief vaak voorkomt bij mensen met een bepaalde aandoening, is op zichzelf niet genoeg.’

Bron: ciz (2016a: 7)

Aan de ciz-medewerkers is ook gevraagd of er specifieke groepen aanvragers zijn voor wie ze geen positief Wlz-besluit kunnen afgeven, terwijl deze aanvragers naar hun mening niet thuis kunnen blijven wonen (Van Klaveren et al. 2017: 60-61). Volgens 94% van de respondenten was dit het geval. Ze noemden de volgende vier groepen (die deels overlappen met de groepen voor wie de beleidsregels niet altijd voldoende houvast bieden):

- kwetsbare ouderen: dit zijn ouderen met lichamelijke beperkingen en/of ouderdoms-klachten, die cognitief geen beperkingen hebben;
- kinderen, jongeren en jongvolwassenen met een (lichte) verstandelijke beperking;
- volwassenen met meervoudige lichamelijke beperkingen die intensieve zorg behoeven, maar wel in staat zijn zelf de zorg te regisseren;
- mensen met psychische aandoeningen.

Afbakening Wlz-zorg

Het Zorginstituut Nederland kan bij bezwaarschriften standpunten formuleren wat er wel of niet tot de verzekerde zorg behoort en wie hierop een beroep kunnen doen (zie ook § 8.2). In kader 8.4 staat een voorbeeld van zo'n standpunt.¹⁸

Kader 8.4 Jurisprudentie: (geen) toegang tot Wlz bij fysieke beperkingen

In dit geschil gaat het om een 23-jarige man met een progressieve spierziekte. Als gevolg daarvan is hij volledig afhankelijk van zorg wat betreft vrijwel alle ADL-handelingen. Hij is rolstoelgebonden en kan niet zelfstandig van positie wisselen. Hij kan niet zitten en zijn armfunctie is minimaal. Zijn handfunctie is zeer beperkt. Hij kan wel een pc bedienen met zijn vingers. Hij kan zijn elektrische rolstoel met aangepaste kuip zelf bedienen. Er is geen sprake van verslikingsrisico. Hij heeft geen cognitieve beperkingen. Hij kan zich goed verwoorden en complexe zaken overzien.

Het ciz zegt dat er geen toegang is tot de Wlz, omdat er geen noodzaak is voor permanent toezicht en/of voor 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

In bezwaar adviseert Zorginstituut Nederland het ciz de – op zich juiste – beslissing wat betreft de motivering aan te vullen. Die aanvulling houdt in dat overwogen moet worden dat betrokkene niet is aangewezen op permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel. Weliswaar is hij aangewezen op omvangrijke verpleging en verzorging, maar er is geen noodzaak voor 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht om ernstig nadeel te voorkomen. De verzekerde heeft geen verlies van cognitieve functies, hij kan adequaat alarmeren. Hij kan op zorg op afroep wachten zonder ernstig nadeel te ondervinden.

Om deze reden valt betrokkene onder de Wmo 2015 en niet onder de Wlz. Het is niet bekend of na de beschikking op bezwaar beroep is gevolgd.

Bron: (standpunt Zorginstituut Nederland 28 juni 2016)

Toedeling naar domein (Wlz, Wmo 2015, Zvw) is niet altijd duidelijk

ciz-medewerkers dachten verdeeld over de afbakening tussen de wettelijke domeinen en in hoeverre deze helder is. Ongeveer een derde van de ciz-medewerkers zei dat de afbakening tussen de wettelijke domeinen Wlz, Wmo 2015 en Zvw vrijwel altijd helder is, 58% vond dit soms het geval. Slechts 7% vond het vaak lastig om te bepalen of een cliënt onder de Wlz of onder een ander domein valt.

Diverse partijen (NZA, MEE, samenwerkende patiëntenorganisaties) hebben erop gewezen dat het voor burgers in het algemeen en voor aanvragers van Wlz-zorg in het bijzonder niet helder is waar ze moeten zijn voor welke zorg en ondersteuning. Dat kan bij de gemeente, het sociaal wijkteam, het zorgkantoor of de zorgverzekeraar zijn. MEE, een organisatie voor cliëntondersteuning, wijst er in de *Trend- en signaleringsrapportage 2017* op dat het voor veel mensen niet duidelijk is waar ze moeten zijn, en evenmin voor instanties en professionals (MEE 2017: 8-9). Ook zorgaanbieders hebben in de Wlz-monitor aangegeven het niet altijd duidelijk te vinden binnen welk domein de zorg kan worden geleverd (Nap et al. 2016a en 2016b).¹⁹ Zij ervaren vooral knelpunten voor de toegang van jeugdigen en mensen met psychogeriatrische problematiek.

Bijna een derde deel van de ciz-medewerkers merkte op dat ze vaak cliënten moesten verwijzen naar andere wettelijke domeinen, zoals de Wmo 2015 en de Zvw, omdat ze niet aan de toelatingscriteria voor Wlz-zorg voldeden. Ruim een derde deel van de medewerkers verwees vaak cliënten terug naar de Wmo 2015, nadat die zich al eerder hadden gemeld bij het gemeentelijk loket.

Jurisprudentie

Wat de Wlz betreft zijn er tot 7 februari 2018 (het moment van schrijven van dit hoofdstuk) geen richtinggevende uitspraken door de CRvB gedaan. De rechtbankuitspraken zijn ook niet talrijk en betreffen geen specifiek thema. Het Zorginstituut Nederland heeft in haar adviezen in het kader van de beroepsprocedure aandacht besteed aan enkele belangrijke onderwerpen die een relatie hebben met de Wmo 2015. Voorbeelden zijn de interpretatie van het 24 uur per dag afhankelijk zijn van zorg of toezicht en het ernstig nadeel dat er moet volgen voor de verzekerde, het indiceren van jonge kinderen voor de Wlz en andere afgrenzingsproblematiek. Een voorbeeld staat in kader 8.5.²⁰

Kader 8.5 Jurisprudentie over toegang tot de Wlz 5-jarig (Wlz-indiceerbaar) kind met ernstige ontwikkelingsachterstand

Dit voorbeeld betreft een 5-jarige jongen met een ernstige ontwikkelingsachterstand op grond van diverse oorzaken. Hij functioneert op het niveau van een kind van zeven maanden. De ouders, bij wie hij woont, vragen bij het CIZ een Wlz-indicatie aan. De aanvraag wordt afgewezen, omdat er misschien nog behandelmogelijkheden zijn voor de gedragsproblematiek en nog niet kan worden beoordeeld of er sprake is van een blijvende zorgbehoefte. Zorginstituut Nederland oordeelt anders. De toegang tot de Wlz is afhankelijk van de vraag of nu al kan worden vastgesteld of de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg per dag in de nabijheid blijvend is, zo stelt het Zorginstituut. Het Zorginstituut meent dat dit wel mogelijk is. Op een leeftijd van 2 jaar en 10 maanden had het jongetje een ontwikkelingsleeftijd van 5,5 maand, op 4 jaar en 9 maanden van 7 maanden. Een ontwikkeling van slechts anderhalve maand in twee jaar tijd is zeer gering.

Gezien de aandoeningen is niet te verwachten dat hier nog veel ontwikkeling zal plaatsvinden. Het Zorginstituut komt dan ook tot de conclusie dat deze 5-jarige jongen voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz. Het ciz krijgt het advies de beslissing te heroverwegen.

Bron: (standpunt Zorginstituut Nederland 12 oktober 2015)

Doorlooptijden nog te lang

De doorlooptijd – de tijd die verstrijkt tussen de ontvangst van een aanvraag en het daarop genomen besluit – is in 2017 nog steeds langer dan de zes weken die door het ciz als norm wordt gehanteerd. De norm van 95% besluitvorming binnen deze termijn wordt (met 73% eind november 2017) niet gehaald. Er is weliswaar sprake van een verbetering ten opzichte van juli 2017, toen dat aandeel 64% bedroeg, maar het is nog niet op het gewenste niveau. De minister van vws heeft met het ciz afgesproken dat de norm moet worden gehaald in

het voorjaar van 2018. Spoedeisende aanvragen (bv. voor iemand wiens mantelzorger plotseling niet langer in staat is de benodigde zorg te leveren) behandelt het ciz als vanouds met voorrang. Dat geldt ook voor de aanvragen voor cliënten die uit het ziekenhuis worden ontslagen en die niet (meer) naar huis kunnen. Deze aanvragen worden binnen de daarvoor gehanteerde 48 uur behandeld. Veel aanvragen met een langere behandeltermijn betreffen cliënten die al over een indicatiebesluit beschikken (dus al Wlz-zorg ontvangen), maar voor wie het zorgprofiel niet langer passend is (TK 2017/2018a).²¹

8.5 Zorg kiezen en de rol van het zorgkantoor

In deze paragraaf gaat het over het verzilveren van het recht op zorg en de hulp die mensen met een Wlz-indicatie via het zorgkantoor kunnen krijgen.

Wat voor soort zorg en waarom?

De Wlz biedt mensen met een Wlz-indicatie de keuze over hoe en waar ze de zorg krijgen. Concreet moet het zorgkantoor informatie verschaffen over de verschillende leveringsvormen van Wlz-zorg (zie § 8.2) en over geschikte gecontracteerde zorgaanbieders (TK 2017/2018a).

De meerderheid van de zorgvragers in het onderzoek van Van Klaveren et al. (2017) (62%) wist tijdens het aanvraagproces van de Wlz-indicatie al dat ze de zorg in een zorginstelling wilden krijgen, 24% wilde de zorg thuis ontvangen en 10% wilde de zorg deels thuis en deels in een instelling. Slechts 4% wist tijdens de aanvraag niet waar men de zorg wilde krijgen. Ook wisten veel aanvragers al welke instelling hun voorkeur had.

Zorgvragers die voor zorg in een instelling kozen, deden dat vanwege 'de kwaliteit van zorg' en 'het voorkomen van eenzaamheid'. De mensen die voor zorg thuis kozen, deden dat vanwege 'de vertrouwde omgeving', omdat ze 'bij hun partner of familie kunnen verblijven' en omdat ze 'een zekere mate van vrijheid en zelfstandigheid behouden' (Van Klaveren et al. 2017: 6, 68). Hier tekent zich een verschil af tussen leeftijdsgroepen: mensen van 65 jaar en ouder willen vaker Wlz-zorg in een instelling ontvangen en jongere respondenten willen vaker Wlz-zorg thuis krijgen.

Hulp van het zorgkantoor en de ervaringen van de zorgvragers

De klantadviseur van het zorgkantoor heeft alleen contact met geïndiceerde zorgvragers die nog niet weten hoe ze hun zorgindicatie willen verzilveren, die zorg thuis willen krijgen alsook met mensen die een pgb willen. Zoals eerder opgemerkt is dit een minderheid. De geïndiceerde zorgvragers die contact met het zorgkantoor hebben gehad, hadden dat telefonisch (bijna twee derde) of door middel van persoonlijk contact (ruim een derde). In de meeste gevallen vervulde een partner/familie/vriend de belangrijkste rol in het contact met het zorgkantoor, in 21% was dat de zorgvrager zelf. Over het algemeen is meer dan de helft van de zorgvragers die contact met het zorgkantoor hebben gehad tevreden over de informatie over de afhandeling, de manier waarop er werd meege gedacht, de manier waarop het gesprek werd gevoerd en de tijd die er voor hen werd genomen. Een klein deel

(13%) was hierover (heel) ontevreden. Het antwoordpatroon van de partner/familie/vriend levert eenzelfde beeld op. Een minderheid van de respondenten had informatie ontvangen over eventuele wachttijden bij de instelling van hun voorkeur (36%) en over de kwaliteit van zorg bij instellingen (29%). De helft van de medewerkers van zorgkantoren bevestigde dat ze de aanvragers zelden of nooit inzicht kunnen geven in de wachttijden (Van Klaveren et al. 2017).

Het merendeel van de zorgvragers die een voorkeur voor een zorgaanbieder opgaven (bijna twee derde van het totaal) had geen contact met het zorgkantoor gehad (Van Klaveren et al. 2017: 31, 41-42). Als een cliënt bij de indicatiestelling een voorkeur voor een zorgaanbieder opgeeft, wordt de zorg automatisch toegewezen door het zorgkantoor. Geschat wordt dat dit zo gaat bij 80% van de cliënten die voor zorg in natura kiezen. De voorkeursaanbieder is dan de zogenoemde dossierhouder, die de cliënt helpt om zorg geregeld te krijgen, ook als hij zelf geen plek beschikbaar heeft.²² De zorgaanbieder biedt in zo'n geval de cliëntondersteuning en het zorgkantoor komt bij die cliënten nauwelijks in beeld.

De NZa wijst op het risico dat deze gang van zaken met zich meebrengt, namelijk dat deze cliënten onvoldoende op de hoogte zijn van het zorgaanbod en alternatieven (verschillende leveringsvormen, aanbieders en locaties) (NZa 2017b). In zo'n geval is het zorgkantoor niet betrokken bij de invulling van het toegekende recht op zorg. Ten onrechte, volgens de NZa, omdat het zorgkantoor daardoor onvoldoende zicht heeft op de groep 'niet-actief wachtenden' – cliënten die de toegewezen zorg nu nog niet van de voorkeursaanbieder kunnen ontvangen, omdat die geen plek heeft – en de mate waarin voor hen tijdig passende zorg wordt gerealiseerd (NZa 2017b). Begin 2017 heeft de NZa erop gewezen dat het zorgkantoor actiever werk moet maken van zijn zorgplicht en bemiddelingsrol. De NZa heeft gewezen op een zekere strijdigheid tussen wat de wetgever beoogt met de 'actieve zorgbemiddelingsrol voor de zorgkantoren' en de ruimte die de zorgaanbieder van de wetgever krijgt om een cliënt te helpen zorg te verkrijgen:

De wetgever wil dat zorgkantoren de zorgbemiddelingsrol proactief oppakken. Het is verboden om de zorgplicht uit te besteden aan een zorgaanbieder (Blz, artikel 4.3.1). Dit heeft te maken met de belangenverstremming bij zorgaanbieders, zoals door de wetgever is benoemd. Tegelijkertijd geeft de wetgever de zorgaanbieder alle ruimte om een cliënt naar zorg te bemiddelen, als hij zich bij hem meldt. (NZa 2017a: 12)²³

De zorgkantoren verstrekken informatie over het zorgaanbod en de zorgaanbieders op hun website. De kwaliteit daarvan is wisselend, volgens de NZa (2017a: 20). Bovendien is er weinig informatie over de wachttijden voor verschillende zorgaanbieders.

Mogelijkheden voor zorg thuis zijn eerder af- dan toegenomen

De Wlz beoogt om de keuzemogelijkheden voor mensen die langdurige zorg nodig hebben te vergroten. Voor het krijgen van zorg thuis blijken er in de praktijk soms belemmeringen te bestaan. Het merendeel van de respondenten van zorgkantoren (64%) vond dat de mogelijkheden voor zorg thuis zijn afgenomen sinds 1 januari 2015. Als belangrijkste

reden noemden ze het verschil in beschikbare zorg thuis vanuit de Wlz (vPT of MPT) ten opzichte van de zorg thuis vanuit de Zvw. In de Wlz betalen cliënten een eigen bijdrage voor verpleging, terwijl hieraan in de Zvw geen kosten voor de cliënten zijn verbonden en deze zorg niet onder het eigen risico valt. Hierdoor komt Wlz-zorg thuis voor cliënten duurder uit dan zorg vanuit de Zvw. Bovendien ontvangen sommige cliënten vanuit de Wlz minder zorg thuis dan ze voorheen vanuit de Zvw kregen.

Een deel realiseert zich dit pas als zij een Wlz-indicatie hebben. Wanneer eenmaal een Wlz-indicatie is verkregen, dan kan deze niet ongedaan worden gemaakt zolang de cliënt voldoet aan de Wlz-vereisten. De eigen bijdrage voor langdurige zorg uit de Wlz is hoger geworden door het vervallen van een korting die voorheen bestond, de zogeheten Wtcg-korting (Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten). Voorts is de eigen bijdrage in hogere mate inkomensafhankelijk geworden door de vermogensinkomensbijtelling. Die eigen bijdrage kan een reden zijn om geen Wlz-zorg aan te vragen (zie kader 8.6).

Kader 8.6 Terughoudender laten indiceren vanwege de eigen bijdragen

Een van de geïnterviewde huisartsen in een beknopt onderzoek naar de ervaringen van huisartsen met de toegang tot zorg en ondersteuning in het nieuwe zorgstelsel vertelt:

Dat voorbeeld wat ik straks noemde van een echtpaar met een demente vrouw, wat goed gaat zolang hij maar rechtop blijft staan, maar als er iets met hem gebeurt, heeft zij acuut zorg nodig. In het verleden [had ik] al eerder aangegeven van: vraag die Wlz-indicatie vast aan, want als het niet meer gaat, dan kunnen we meteen handelen. Zijn we veel terughoudender mee geworden, omdat we ook een voorbeeld hier in de wijk hebben van een echtpaar die echt een torenhoge, een paar honderd euro maandelijks, bijdrage moesten betalen opeens omdat ze thuiszorg hadden, en dat niet op konden hoesten. En eenmaal een Wlz-indicatie daar kom je van je leven niet meer vanaf. Want ja je hebt verklaard dat je levenslang 24 uur toezicht nodig hebt, dus dat kan niet veranderen. Dat maakt wel dat we sinds 2015 veel terughoudender zijn geworden in het aanvragen van Wlz-indicaties. (zie Bijlage A, te vinden op www.scp.nl bij dit rapport)

Volgens het merendeel van de respondenten van zorgkantoren (70%) was de belangrijkste reden om een voorkeur voor Wlz-zorg thuis in plaats van in een instelling niet te honoreren het feit dat de zorg thuis niet doelmatig kan worden geleverd. Zorgverzekeraars Nederland heeft een toetsingskader voor doelmatige en verantwoorde zorg thuis opgesteld. Hierin zijn maximale tarieven en budgetten opgenomen voor zorg thuis en voor overbruggingszorg. Voor bepaalde groepen mogen de toelaatbare kosten met 25% worden overschreden, zoals voor palliatief terminale cliënten of mensen die tijdelijk behoefte hebben aan verpleging als gevolg van een medisch specialistische behandeling, zie ook de *Regeling langdurige zorg 2015*, artikel 5.3 (Staatscourant 2014). Op basis van deze doelmatigheidstoets kan het zorgkantoor besluiten de wens om thuis te blijven wonen niet te honoreren.

Driekwart van de respondenten die zelf zorgvrager zijn, had (deels) een voorkeur voor waar en hoe men de zorg kreeg. Bij 22% van de zorgvragers was dat niet mogelijk vanwege de situatie. Ook kreeg de meerderheid (81%) van de respondenten de zorg van de instelling van hun keuze. Als dit niet mogelijk was, dan kwam dat vooral door wachtlijsten.

De verschillende stappen die moeten worden gezet om zorg uit de Wlz te krijgen, ogen op papier heel schematisch. In werkelijkheid zijn die stappen niet zo te scheiden. De ondersteuning van cliënten behoeft daarom verbetering, volgens de Nederlandse Zorgautoriteit.

In de praktijk lopen bij individuele cliënten en hun naasten de bewustwording dat professionele zorg nodig is, het proces van de indicatiestelling en het kiezen van de leveringsvorm en zorgaanbieder door elkaar heen. Dit betekent dat het zorgkantoor niet altijd in beeld is op het moment dat cliënten en hun naasten daar mogelijk behoefte aan hebben. (NZa 2017a: 13)

8.6 Bereik en niet-bereik van de Wet langdurige zorg

Omvang van de reikwijdte van de Wlz

Uit de voortgangsrapportages over de Wlz (TK 2015/2016a; TK 2015/2016b) komt naar voren dat medio 2016 – anderhalf jaar na invoering van de wet – het totaal aantal geïndiceerde Wlz-cliënten ten opzichte van 1 januari 2015 ongeveer gelijk is gebleven. Dit aantal ligt rond de 285.000 geïndiceerde personen, en op 1 oktober 2017 op bijna 300.000.²⁴ De toegenomen aanspraak op Wlz-zorg is volgens de staatssecretaris van vws vooral toe te schrijven aan de instroom van een groep cliënten die de ‘Wlz-herindiceerbaren’²⁵ worden genoemd, waardoor vooral het aantal cliënten met een indicatie voor verstandelijk gehandicaptenzorg stijgt.

Het aandeel geïndiceerde v&v-cliënten blijkt in de periode 1 januari 2015 tot 1 april 2016 met 2,3% afgenomen naar een totaal van ongeveer 158.000 cliënten. De staatssecretaris verklaart dat uit de trend om langer thuis te blijven wonen: ‘Te zien is dat door het langer thuis blijven wonen het aantal cliënten met een laag zorgprofiel, vooral in de sector verpleging en verzorging in lijn met de langjarige trend verder afneemt’ (bijlage bij TK 2015/2016a).

Ook bij ggz-cliënten is een daling te zien, namelijk van 9,6%. Dit houdt onder andere verband met de onderbrenging van ggz-cliënten in de Zvw gedurende de eerste drie jaar van de opname.

Het aantal cliënten in de gehandicaptenzorg is in deze periode (1 januari 2015 tot 1 april 2016) gestegen met 5,3%, vooral door de toename van het aantal cliënten met een verstandelijke beperking (bijlage bij TK 2015/2016a).

Uit cijfers van het ciz blijkt dat het aantal indicaties voor zware verpleeghuiszorg (de zorgprofielen v&v7 en v&v8) sinds de invoering van de Wlz is gehalveerd (ciz 2016c: 1-5). Het ciz ziet twee oorzaken voor deze daling. De eerste oorzaak is dat Wlz-indicaties permanent en levenslang zijn zolang een cliënt aan de Wlz-criteria voldoet, terwijl onder de AWBZ ook tijdelijke indicaties (voor hoge zorgprofielen) mogelijk waren. De tweede oorzaak is dat

de toelatingscriteria voor de Wlz anders zijn dan onder de AWBZ, waardoor een kleinere groep mensen er aanspraak op kan maken.

Het aantal cliënten in het eerstelijnsverblijf is tussen 2015 en 2016 gestegen van ongeveer 12.000 personen naar 16.000 (Ubink-Bontekoe en Spierenburg 2018).

Wachtden op Wlz-zorg

Een vorm van (nog) niet-gebruik van Wlz-zorg treffen we aan bij geïndiceerde mensen die op een plaats in een Wlz-voorziening wachten. Op 1 oktober 2017 stonden er ongeveer 36.000 mensen op de wachtlijst voor Wlz-zorg, van wie een deel wel enige vorm van Wlz-zorg kreeg.²⁶

Uit onderzoek naar de groep niet-actief wachtenden bleek dat er in deze groep zowel cliënten als mantelzorgers zijn die zeiden dat het thuis eigenlijk niet meer ging (Hanning en Van Vliet 2016).

Afgewezen aanvragers ciz-indicatie

Aanvragers van Wlz-zorg die een afwijzing hebben ontvangen, vallen buiten het bereik van de Wlz. Dit betrof rond 13% van het aantal eerste aanvragers over wie een besluit is genomen in de periode 2015 tot en met januari 2017 (Bosboom 2017). Het was niet bekend in hoeverre zij zich (toch) voldoende konden redden, eventueel met informele of particuliere hulp, ondersteuning vanuit de gemeente en/of zorg van zorgprofessionals zoals de wijkverpleging. Uit onderzoek naar de toegang tot de Wlz bleek dat een aantal groepen vaker worden afgewezen (Van Klaveren et al. 2017: 46). Aanvragers die vaker een besluit hadden gekregen dat geen toegang tot de Wlz gaf, waren vaak jonger dan 65 jaar, hebben vaker geen geheugen- of oriëntatieproblemen, waren naar eigen zeggen vaker door hun gemeente geadviseerd om een indicatie aan te vragen en misten vaker informatie over de criteria voor Wlz-zorg, en zij vonden het aanvragen vaker heel moeilijk.

8.7 Aanwijzingen voor niet-gebruik

In de voorgaande paragrafen is beschreven hoe de toegang tot de Wlz-zorg is georganiseerd en welke ervaringen de meeste betrokken partijen daarmee hebben. Misschien zijn er mensen die geen gebruikmaken van Wlz-zorg, door onbekendheid met de Wlz of de manier waarop de toegang is geregeld, of omdat ze niet beschikken over een netwerk of eigen regie. De (hoge) eigen bijdrage doet sommige mensen afzien van een beroep op de Wlz. Daarom besteden we in deze paragraaf aandacht aan de vraag of er mogelijk mensen zijn die geen beroep op Wlz-zorg doen, terwijl dat wel hard nodig is. Daarbij tekenen we aan dat het niet-gebruik van de Wlz niet problematisch hoeft te zijn. Mensen kunnen hiervoor kiezen en erin slagen op een andere manier in de langdurige zorgbehoeften te voorzien.

Zijn er signalen van problematisch niet-gebruik?

Signalen van problematisch niet-gebruik kunnen worden opgevangen door zorgverleners in de eerste lijn, zoals huisartsen en wijkverpleegkundigen. Zij kunnen onder hun cliënten mensen aantreffen die te intensieve zorg nodig hebben om nog (alleen) thuis te kunnen wonen. Ook afdelingen spoedeisende hulp in ziekenhuizen, gemeenten of maatschappelijke organisaties kunnen dit soort signalen opvangen.

Er is geen wetenschappelijk onderzoek gedaan naar problematisch niet-gebruik van de Wlz. Onbekend is dus of langdurige zorgbehoevenden die thuis wonen eventueel met informele, particuliere en formele hulp voldoende worden verzorgd en kwaliteit van leven hebben. Van de signalen die we hierna weergeven, is dan ook niet bekend in welke omvang en ernst deze voorkomen.

Overbelaste mantelzorgers

Langer thuis blijven wonen met langdurige zorgbehoeften en daarbij zorg van de partner en andere familieleden ontvangen, is in lijn met wat veel mensen willen en met de bedoeling van het rijksbeleid. Dit kan echter wel leiden tot (langdurige) overbelasting van de mantelzorger.

Zoals hiervoor is aangegeven, zei een flink deel van de mantelzorgers van de cliënten op de wachtlijst (de niet-actief wachtenden) dat het thuis eigenlijk niet meer ging (Hanning en Van Vliet 2016). Jansen et al. (2016) laten zien dat het aandeel mantelzorgers van dementerenden dat zich 'zeer zwaarbelast' of 'overbelast' voelt tussen 2011 en 2016 is toegenomen van 10% tot 16%. Voor meer informatie over (overbelaste) mantelzorgers verwijzen we naar hoofdstuk 9.

Signalen van zorgverleners

Huisartsen signaleren dat de zorg voor kwetsbare ouderen die langer thuis blijven wonen veel tijd van hen vraagt, doordat de voorzieningen rond deze patiënten – zeker in acute situaties – te wensen over laten (LHV 2016). Bovendien vinden veel huisartsen dat zij slechts 'matig' zorg kunnen bieden aan ouderen met een complexe zorgvraag. Slechts weinigen zeggen dat goed of ruim voldoende te kunnen doen. De representativiteit van deze gegevens is echter onbekend (Flinterman et al. 2016).

De afdelingen spoedeisende hulp (SEH) van ziekenhuizen signaleren problemen bij het opvangen van kwetsbare ouderen. De regio's Amsterdam, Noord-Holland en Flevoland schreven hierover in 2016 een brandbrief aan de minister van vws. In 2017 hebben ook de afdelingen spoedeisende hulp van ziekenhuizen in Groningen en Friesland van zich laten horen (Van der Meij 2017). Hierin stellen zij dat de zorgzwaarte van patiënten die op de spoedeisende hulp komen de afgelopen jaren fors is toegenomen: zij zien veel ziekere (vooral oudere) patiënten op de spoedeisende hulp belanden.

8.8 Samenvatting en conclusies

Het merendeel van de onderzochte aanvragers krijgt informatie over de Wlz en hoe een aanvraag te doen van zorgverleners of van partner/familie/vriend. Andere bronnen zoals internet/krant/radio/televisie en het ciz worden door een klein deel genoemd. Aanvragers denken verschillend over de duidelijkheid, vindbaarheid en volledigheid van de beschikbare informatie.

Volgens de professionals in de toegang (medewerkers van het ciz of van zorgkantoren) missen aanvragers informatie, zoals over de financiële gevolgen van een keuze, het bestaan van onafhankelijke cliëntondersteuning en de inhoud van een indicatie (zorgprofiel). Zij wijzen erop dat veel informatie op internet te vinden is en daardoor voor sommige groepen zoals ouderen en mensen met een (lichte) verstandelijke beperking moeilijk of niet te vinden is.

Twee op de drie aanvragers was (heel) tevreden over de tijd die ciz-medewerkers voor hen uittrokken over hun aanvraag en over de manier waarop het gesprek door het ciz werd gevoerd.

ciz-medewerkers zijn over het algemeen van mening dat de beleidsregels voldoende houvast bieden bij het nemen van indicatiebesluiten. Toch zeiden ruim vier op de tien ciz-medewerkers dat de beleidsregels soms onvoldoende houvast bieden. Dat geldt voor een aantal groepen, zoals ouderen die cognitief niet veel beperkingen hebben, kinderen, jongeren en jongvolwassenen en mensen met zowel psychische problematiek als verstandelijke beperkingen. ciz-medewerkers denken verschillend over hoe duidelijk de afbakening van de wettelijke domeinen is. Bijna zes op de tien vonden de afbakening soms helder. Ruim negen op de tien ciz-respondenten zeggen groepen tegen te komen die niet voor de Wlz in aanmerking komen, maar die ook niet thuis kunnen blijven wonen. Het gaat dan om ouderen die geen cognitieve beperkingen hebben (maar wel andere beperkingen), kinderen of jongeren met een (lichte) verstandelijke beperking, volwassenen met meer-voudige lichamelijke beperkingen die intensieve zorg behoeven maar wel zelf die zorg kunnen regisseren, en mensen met psychische aandoeningen.

De wetgever wijst nadrukkelijk op het belang van het onafhankelijke karakter van cliëntondersteuning. De meeste zorgvragers zijn hiermee echter niet bekend. Slechts een klein deel van de zorgvragers (9% à 10%) zegt door een cliëntondersteuner geadviseerd of geïnformeerd te zijn over het aanvragen van langdurige zorg.

Het merendeel van de zorgvragers weet al tijdens de aanvraagprocedure dat ze zorg in natura willen krijgen en ook in welke zorginstelling ze die willen ontvangen. Ruim een op de drie zorgvragers wil de zorg thuis of gedeeltelijk thuis ontvangen. Slechts 4% weet nog niet waar ze de zorg willen krijgen. De klantadviseur van het zorgkantoor heeft alleen contact met de mensen die nog niet weten hoe ze hun zorgindicatie willen invullen en met de mensen die de zorg geheel of gedeeltelijk thuis willen ontvangen en met mensen die een

pgb willen. Over het algemeen is ruim de helft van degenen die contact met het zorgkantoor hebben gehad daarover tevreden. Een minderheid heeft informatie ontvangen over wachttijden bij de instelling van hun voorkeur en over kwaliteit van de zorg bij instellingen. Het merendeel van de klantadviseurs meent dat de mogelijkheden om zorg thuis te ontvangen zijn afgenomen in plaats van toegenomen sinds de Hervorming Langdurige Zorg is ingegaan. Zij schrijven dit toe aan de doelmatigheidstoets en aan de geringere omvang van de zorg thuis onder de Wlz vergeleken met die onder de Zvw.

Noten

- 1 Wat er met de resterende 10.173 aanvragen is gebeurd, vermeldt het *ciz jaardocument 2016* niet. Misschien is een gedeelte nog in behandeling en een ander deel is waarschijnlijk niet in behandeling genomen, omdat de persoon is overleden of omdat de aanvraag niet voor het ciz was bestemd (ciz 2016b: 14-16).
- 2 Toegang tot de Wlz strekt zich uit tot de mensen die legaal ingezetenen van Nederland zijn of die in Nederland een arbeidsovereenkomst hebben waarop loonbelasting van toepassing is. Een andere voorwaarde is dat de persoon in kwestie een zorgverzekering bij een erkende zorgverzekeraar heeft.
- 3 Wlz, artikel 7.1.2.
- 4 ‘Gebruikelijke zorg’ is de dagelijkse verzorging en opvoeding die (pleeg)ouders/wettelijk vertegenwoordigers aan kinderen geacht worden te bieden. Voor zover sprake is van gebruikelijke zorg is er geen recht op Wlz-zorg (ciz 2016a: bijlage 3).
- 5 In 2015 zijn er elf standpunten verschenen, in 2016 waren dat er negen en in 2017 zijn vijf standpunten verschenen, zo blijkt uit het jurisprudentieonderzoek door W. Peters (Stimulansz) van begin 2018 (zie hoofdstuk 1).
- 6 Een MPT bevat, anders dan een VPT, geen maaltijden.
- 7 De criteria voor de doelmatigheidstoets zijn opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland en de zorgkantoren (Van Klaveren et al. 2017: 16).
- 8 De Sociale Verzekeringsbank (svb) voert de financiële regeling uit en zorgt ervoor dat de juiste uitkering bij de juiste persoon komt. Maar het beheer van het pgb ligt bij de cliënt of degene die dat namens de cliënt doet.
- 9 Cliëntondersteuners zijn beroepskrachten of vrijwilligers die mensen met een zorgvraag kunnen informeren en adviseren over manieren waarop ze in hun zorgbehoeften kunnen voorzien. Ze helpen hen meer inzicht te krijgen in hun behoefte aan ondersteuning en zorg, in wat er zoal bestaat aan zorgaanbod en hoe ze daar toegang toe kunnen krijgen.
- 10 Wmo 2015, artikel 2.1.4.
- 11 De vragen zijn door de aanvragers zelf beantwoord of door een partner/familie/vriend die bij de aanvraag was betrokken.
- 12 De aanvragers konden meerdere antwoorden invullen, waardoor de percentages niet optellen tot 100%.
- 13 In 2017 heeft het Juiste Loket in totaal 3110 vraagstukken behandeld. Ongeveer 36% betrof vragen die over het gemeentelijk domein gaan, en 29% van de vragen gingen over de Wlz (TK 2017/2018b).

- 14 34% vond de informatie (heel) gemakkelijk vindbaar en 23% (heel) moeilijk. 45% zei dat de informatie (heel) duidelijk was en 24% (heel) onduidelijk. 37% vindt de informatie (heel) volledig en 20% (heel) onvolledig.
- 15 In totaal is met 384 mensen gesproken; 186 mensen tijdens een persoonlijk interview en 198 tijdens groepsgesprekken. Ondanks dit grote aantal mensen met wie gesproken is en spreiding in deelnemers, betekent dit niet automatisch dat de resultaten representatief zijn voor alle mensen in Nederland die langdurig zorg nodig hebben (Patiëntenfederatie Nederland 2017: 4-6).
- 16 Aan dit onderzoek is meegewerkt door 278 medewerkers van het ciz (respons 56%) en 86 medewerkers van zorgkantoren (respons 50%).
- 17 Begin 2018 geeft het ciz geeft desgevraagd aan dit vooral bij de herindicatie van de Wlz-indiceerbaren naar voren kwam (TK 2017/2018b).
- 18 Zie: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2016/06/28/geen-toegang-tot-wlz-bij-fysieke-beperkingen>, geraadpleegd 26 april 2018.
- 19 In 2015 namen er gemiddeld 50 zorgaanbieders uit verschillende sectoren deel aan de monitor. In 2016 is de monitor ingevuld door 42 zorgaanbieders die zorg vanuit de Wlz leveren.
- 20 Zie: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2015/10/12/toegang-tot-de-wlz-5-jarig-wlz-indiceerbaar-kind-met-ernstige-ontwikkelingsachterstand>, geraadpleegd 26 april 2018.
- 21 Zie ook TK 2017/2018b over meest recente gegevens met betrekking tot doorlooptijden ciz.
- 22 Dit is landelijk beleid van de zorgkantoren en vastgelegd in het Voorschrift Zorgtoewijzing Wlz van Zorgverzekeraars Nederland (NZa 2017b).
- 23 Blz staat voor Besluit langdurige zorg.
- 24 'In haar rapportages gaat het ciz in op de ontwikkeling van het aantal cliënten met aanspraak op Wlz-zorg. Het ciz presenteert cijfers waarbij ook de cliënten met toegang tot eerstelijnsverblijf zijn meegenomen. De 13.000 Wlz-indiceerbaren met een extramurale indicatie zijn niet opgenomen in de cijfers. Op 1 januari 2015 hadden 284.000 cliënten aanspraak op Wlz-zorg. Uit de cijfers in tabel 1 blijkt dat dit aantal op 1 april 2016 nagenoeg ongewijzigd is gebleven.' (TK 2016/2017). Op 1 oktober 2017 zijn er ongeveer 300.000 Wlz-geïndiceerden, zie tabel 13.1 in hoofdstuk 13.
- 25 Wlz-herindicerebaren: 'In het Wlz-overgangsrecht is geregeld dat een aantal groepen mensen nog zorg krijgen, die is gebaseerd op hun laatste indicatie in AWBZ-functies en klassen. Het Wlz-overgangsrecht is in 2014 aan ruim 12.000 cliënten met een zware zorgbehoefte toegekend. In 2015-2016 heeft het ciz een herindicatietraject uitgevoerd. Tijdens het herindicatietraject is onderzocht of de cliënt toegang heeft tot de Wlz.', geraadpleegd op 8 maart 2018 via <https://www.ciz.nl/client/veelgestelde-vragen-clienten/wlz-overgangsrecht/wat-is-het-wlz-overgangsrecht>.
- 26 Het ministerie van vws tekent hierbij aan 'dat het hier overwegend mensen betreft die binnen redelijke c.q. overeengekomen termijnen wachten op de voor hen geïndiceerde zorg'.

Literatuur

- Bergen, Anne-Marie van, Jan Willem van de Maat en Marjan Hurkmans (2016). *Onafhankelijke cliëntondersteuning. Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van onafhankelijke cliëntondersteuners*. Utrecht: Movisie/Vilans.
- Blom, Auke en Peter van den Broek (2017). *MEE Signaal. Trend- en signaleringsrapportage 2017*. Utrecht: MEE.

- Bosboom, Koen (2017). *Regional differences in rejections for the LTCA*. Utrecht/Amsterdam: Centrum indicatiestelling zorg / VU Amsterdam.
- ciz (2016a). *Beleidsregels Indicatiestelling Wlz 2017*. Utrecht: Centrum indicatiestelling zorg.
- ciz (2016b). *ciz jaardocument 2016*. Utrecht: Centrum indicatiestelling zorg.
- ciz (2016c). *Trends in de indicatiestelling. AWBZ en Wlz: een vergelijking*. Utrecht: Centrum indicatiestelling zorg.
- ciz (2017). *Beleidsregels Indicatiestelling Wlz 2018*. Utrecht: Centrum indicatiestelling zorg.
- ciz (2018). *Kwartaalrapportage ciz 2017 Q1 t/m 2017 Q4. Indicatiestelling Wlz*. Utrecht: Centrum indicatiestelling zorg.
- Flinterman, Linda, Joke Korevaar en Dinny de Bakker (2016). *Monitor: Zorggebruik in de huisartspraktijk. Impact van beleidsmaatregelen op het zorggebruik van oudere patiënten*. Utrecht: NIVEL.
- Hanning, Maartje en Nienke van Vliet (2016). *Rapportage. Wachtlijsten in de Wlz. Wensen en behoeften van wachtenden*. Enschede: Bureau HNM.
- Jansen, Daniëlle, Wendy Werkman en Anneke L. Francke (2016). *Dementiemonitor Mantelzorg 2016. Mantelzorgers over zorgbelasting en ondersteuning*. Utrecht: NIVEL.
- Klaveren, Susan van, Kees-Jan van de Werfhorst, Naomi Meys, Lieke Brouwer, Arthur van der Harg en Gert Cazemier (2017). *Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg. Ervaringen van aanvragers en professionals*. Amersfoort: BMC.
- LHV (2016). *Voorzieningen voor oudere patiënten niet goed geregeld. Geraadpleegd op 9 maart 2018 via <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/voorzieningen-voor-oudere-patiënten-niet-goed-geregeld>*.
- Meij, Rutger van der (2017). *Kwetsbare oudere verstoort spoedhulp. In: Dagblad van het Noorden, 24 juni 2017. Geraadpleegd op 24 september 2017 via <http://www.dvhn.nl/groningen/Kwetsbare-oudere-verstoort-spoedhulp-22312142.html>*.
- Nap, Henk Herman, Lotte Cornelisse, Sanne van der Weege en Mirella Minkman (2016a). *Wlz monitor. Signalen van zorgaanbieders. Weergave resultaten 2016*. Utrecht: Vilans.
- Nap, Henk Herman, Lotte Cornelisse, Sanne van der Weegen en Mirella Minkman (2016b). *Wlz monitor. Signalen van zorgaanbieders. Weergave resultaten 2015*. Utrecht: Vilans.
- NZa (2015). *Rapport. Informatie voor burgers over langdurige zorg. Beschikbaarheid keuze-informatie en cliëntondersteuning 2015*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2017a). *Rapport. Cliëntondersteuning in de Wlz. Een rol van zorgkantoren*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2017b). *Rapport. Wachtenden in de langdurige zorg. De zorgplicht van zorgkantoren voor tijdige en passende zorg*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2017c). *Samenvattend rapport Wet langdurige zorg 2015/2016. Hoe voeren de Wlz-uitvoerders (zorgkantoren) en het CAK de Wlz uit?* Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in), Ypsilon en MIND (2017). *Als zorg en/of ondersteuning nodig is... Inzicht in routes, keuzemomenten en gewenste ondersteuning*. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland.
- Staatsblad (2014). *Wet van 3 december 2014, houdende regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg)*. In: Staatsblad, jg. 2014, nr. 494.
- Staatscourant (2014). *Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 december 2014, houdende regels inzake de langdurige zorg (Regeling langdurige zorg)*. In: Staatscourant, nr. 36917, 24 december 2014.
- TK (2013/2014). *Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg)*. Memorie van Toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33891, nr. 3.

- TK (2014/2015). *Toekomst Awbz. Communicatie aan Awbz-cliënten*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 13 november 2014. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014/2015, 30597, nr. 483.
- TK (2015/2016a). *Voortgangsrapportage Wlz. Van zorgvuldige invoering naar praktijkvernieuwing gericht op welbevinden*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 5 september 2016. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 34104, nr. 138.
- TK (2015/2016b). *Langdurige zorg*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met antwoorden over onderzoek dat de wachtlijsten van verpleeghuizen een verkeerd beeld geven van 1 februari 2016. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015/2016, 34104, nr. 102.
- TK (2016/2017). *Voortgangsrapportage Wlz*. Bijlage bij de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 2 september 2016. Tweede Kamer, vergaderjaar 2016/2017, 34104, nr. 177.
- TK (2017/2018a). *Kamerbrief Langdurige zorg over doorlooptijden ciz*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 december 2017. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017/2018, 34104, nr. 202.
- TK (2017/2018b). *Voortgangsrapportage Wlz*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 maart 2018. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017/2018, 34104, nr. 208.
- Tuzgöl-Broekhoven, Jeanine Stam en Ramazan Atalikyayi (2018). *Zorgen voor burgers. Onderzoek naar knelpunten die burgers ervaren bij de toegang tot zorg*. Den Haag: De Nationale ombudsman.
- Ubink-Bontekoe, C. en M. Spierenburg (2018). *In één keer goed! Een verkennend onderzoek naar gebruik van Eerstelijnsverblijf*. Utrecht: Vilans.

9 Informele hulp geven

Mirjam de Klerk en Alice de Boer

- Ongeveer twee derde van de 16-plussers vindt zorg voor hulpbehoevende ouders vooral een overheidstaak. Dit aandeel is in 2016 iets lager dan in 2014, en het aandeel dat vindt dat mensen elkaar moeten helpen, is iets hoger. Het aandeel dat vindt dat degenen die hulp nodig hebben deze zoveel mogelijk uit hun sociale netwerk zouden moeten krijgen, daalde echter van 41% in 2010 naar 23% in 2016.
 - 36% van de 16-plussers geeft informele hulp, dat wil zeggen geeft mantelzorg of doet vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning. Dit is tussen 2014 en 2016 niet veranderd. Wel delen mantelzorgers minder vaak de hulp met beroepskrachten.
 - Het aantal buurtinitiatieven lijkt toe te nemen, maar goed inzicht in aantallen ontbreekt.
 - Met veel informele helpers gaat het goed. Ze helpen omdat ze dat graag doen, ontlenen plezier aan het hulp geven en hebben geen behoefte aan ondersteuning.
 - Ongeveer 9% van de mantelzorgers voelt zich zwaarbelast door de zorgtaak. Dit aandeel is niet veranderd tussen 2014 en 2016. Bij specifieke groepen, zoals helpenden van mensen met dementie, lijkt dat wel het geval.
 - Een op de zes mantelzorgers zegt dat ze vaardigheden missen en een op de vijf dat ze kennis missen, bijvoorbeeld over hoe met de hulpbehoevende om te gaan.
 - Een op de drie mantelzorgers weet niet van het bestaan van ondersteunende voorzieningen af. Vooral ongebonden vrijwilligers weten niet waar ze terecht kunnen voor advies en ondersteuning.
-

9.1 Inleiding

Eerder in dit rapport (hoofdstuk 3 t/m 6) is stilgestaan bij de bedoelingen die de wetgever heeft met de Hervorming Langdurige Zorg. Een van die doelstellingen is het vergroten van de betrokkenheid in de samenleving (meer voor elkaar zorgen; zie hoofdstuk 3):

Nederland [is] toegegroeid naar een situatie waarbij hulp en ondersteuning, zoals huishoudelijke hulp, wordt geboden, terwijl de (financiële) mogelijkheden van de mensen zelf of hun sociale omgeving teveel op de achtergrond zijn gekomen. (TK 2012/2013)

In de Memorie van Toelichting bij de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) maakt de overheid duidelijk dat ze hoopt dat burgers meer naar elkaar zullen omzien:

De Regering wil graag de mogelijkheden tot het bieden van passende ondersteuning aan mensen in de eigen leefomgeving door het sociale netwerk of met behulp van gemeentelijke voorzieningen in de nabijheid beter benutten. (TK 2013/2014: 1)

[...]

Er zal dan ook een groter beroep worden gedaan op het sociale netwerk van mensen en daar waar mogelijk ook op vrijwilligers. (TK 2013/2014: 2)

De regering is zich ervan bewust dat er een omslag in het denken van mensen over de zorg nodig is:

De hervorming vraagt om een andere oriëntatie op de langdurige zorg in de samenleving, een omslag in denken en doen [en] uitgangspunt is dat iedere ingezetene eerst kijkt wat hij zelf kan doen, wat zijn sociale omgeving voor hem kan doen of wat hij zelf voor een ander kan doen. (TK 2013/2014: 10)

Tegelijkertijd wil de wetgever mantelzorgers en vrijwilligers behoeden voor overbelasting:

De regering zet in op het versterken van de positie van mantelzorgers en vrijwilligers, op het verlichten van mantelzorg en vrijwilligerswerk en op het beter verbinden van informele en formele ondersteuning en zorg. (TK 2013/2014:3)

Ook in het Regeerakkoord 2017 *Vertrouwen in de toekomst* wordt gezegd dat mantelzorgers van onschatbare waarde zijn. Voor velen wordt de druk steeds hoger:

We maken afspraken met gemeenten over ondersteuning van mantelzorgers, zoals respijtzorg en dagopvang, goede communicatie over het aanbod en de gebruikelijke hulp. (vvd, D66, CDA en ChristenUnie 2017)

Deze citaten maken duidelijk dat het rijk veel verwacht van de inzet van burgers, namelijk een grotere inzet dan voorheen, maar het rijk is zich er ook van bewust dat informele helpers ondersteuning nodig kunnen hebben. In dit hoofdstuk gaan we na of de inzet van burgers is toegenomen, of de ervaren belasting is veranderd en in hoeverre informele helpers die ondersteuning nodig hebben deze ook krijgen.

Onderzoeksvragen

In dit hoofdstuk staat de volgende vraag centraal:

- Welke ontwikkelingen doen zich voor in het geven van informele hulp? Het gaat daarbij om (veranderingen in) de bereidheid om elkaar te ondersteunen, (veranderingen in) het geven van informele hulp en (veranderingen in) de ondersteuning van informele helpers (door professionals of bv. in de vorm van respijtzorg¹ of informatie en advies).

Onderzoekbronnen

Dit hoofdstuk is in belangrijke mate gebaseerd op een deelonderzoek van de HLZ-evaluatie naar informele hulp: *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016* (De Klerk et al. 2017). Voor dat onderzoek zijn eind 2014 en eind 2016 gegevens verzameld bij een steekproef onder de Nederlandse bevolking, onder wie in beide jaren ongeveer 2500 mantelzorgers, 700 vrijwilligers in de zorg en ondersteuning en 4000 mensen die niet actief zijn in de informele hulp. Daarnaast is gebruikgemaakt van *De Wmo 2015 in praktijk. De lokale uitvoering van de Wet*

maatschappelijke ondersteuning (Van der Ham et al. 2018), het scp-onderzoek naar de gemeentelijke uitvoeringspraktijk dat ook in hoofdstuk 7 aan de orde kwam. Tot slot is er geput uit een onderzoek onder bijna 400 mantelzorgers van Wmo-melders (mensen die zich melden/worden gemeld bij de gemeente vanwege een vraag of probleem op het terrein van maatschappelijke ondersteuning) (Feijten et al. 2017).

Kader 9.1 Wat wordt verstaan onder informele hulp, mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning?

In deze publicatie verstaan we onder ‘informele hulp’ zowel de (onbetaalde) hulp die mensen om gezondheidsredenen geven aan iemand met wie ze een band hebben (‘mantelzorg’) als ‘vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning’. Het gaat dus om alle niet-professionele hulp aan mensen met uiteenlopende gezondheidsproblemen of beperkingen, zoals lichamelijke, psychische of verstandelijke beperkingen, of problemen die verband houden met ouderdom (De Boer en De Klerk 2013; De Klerk et al. 2014; De Klerk et al. 2015). Voorbeelden zijn begeleiding bij het regelen van afspraken of het aanvragen van ondersteuning, vervoer, hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging, verpleging of administratieve hulp.

Mantelzorg is ‘alle hulp aan een hulpbehoevende door iemand uit diens directe sociale omgeving’ (De Klerk et al. 2014). Mantelzorg is hulp die verder gaat dan de zogenoemde ‘gebruikelijke hulp’: hulp die naar algemeen aanvaarde opvattingen in redelijkheid mag worden verwacht van de partner, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten.

Vrijwilligers in de zorg en ondersteuning zijn mensen die zorg en ondersteuning bieden aan mensen met wie ze – bij aanvang – geen persoonlijke relatie hebben. In het onderhavig rapport omvat dat zowel vrijwilligerswerk via een organisatie als in ongeorganiseerd verband.

Bron: scp

9.2 Bereidheid en mogelijkheden om informele hulp te geven

Een van de doelstellingen van de Hervorming Langdurige Zorg is het vergroten van de betrokkenheid in de samenleving (TK 2012/2013: 2) (zie hoofdstuk 3). Er kunnen allerlei redenen zijn waarom mensen wel of geen informele hulp geven. Broese van Groenou en De Boer (2016) maken in hun model voor het geven van informele hulp onder meer onderscheid tussen de affectieve band die er bestaat met een hulpbehoevende (wil ik helpen), normen en opvattingen (moet ik helpen), en barrières of restricties (kan ik helpen).

Affectieve band is belangrijk om hulp te geven of te krijgen

De belangrijkste determinant van het geven van hulp is (uiteraard) dat men iemand kent die hulp nodig heeft en dat signaleert (Broese van Groenou en De Boer 2016; De Klerk en De Boer 2006).

Van alle 16-plussers kent 55% een hulpbehoevende. De meerderheid van hen helpt (62%). De bereidheid om te helpen is dus groot. Degenen die niet helpen, kennen vooral tweede en derde graad hulpbehoevende familieleden (zoals grootouders, broers of zussen, tantes

of ooms) of vrienden en kennissen, dus mensen die verder van hen af staan (De Klerk 2017a). Bij de afweging of mensen hulp aan burens willen geven, zegt men dat dit ervan afhangt wie de hulp nodig heeft: hoe goed ze deze buur kennen en of ze hem/haar aardig vinden (De Klerk 2017b).

Dat een goede band belangrijk is, blijkt ook uit de motieven die mensen hebben om mantelzorg te geven. Het meest genoemde motief (80%) is 'ik doe het graag voor deze persoon' (De Boer en De Klerk 2015; De Boer en De Klerk 2017; Bronselaer et al. 2016; De Klerk et al. 2015).

Dat mensen vooral helpen als ze dat graag willen, kan ook betekenen dat mensen die geen partner of nabije familie hebben, of geen goede relaties met hen hebben, minder gemakkelijk een beroep op hun netwerk kunnen doen dan anderen. Vooral mensen met een psychische beperking hebben vaker een beperkt netwerk (Van den Berg 2018: 155; Kwekkeboom et al. 2009) (zie ook hoofdstuk 12).

Opvattingen en normen over het geven van mantelzorg veranderen

De stelling 'er zijn nog altijd veel mensen die bereid zijn om een ander te helpen' had tussen 2008 en 2017 een brede en constante instemming van de bevolking: ongeveer 80% was het daarmee eens (Dekker en Van Houweligen 2017). Een meerderheid (69% in 2016) van de 16-plussers vond dat mensen familieleden moeten helpen als zij gezondheidsproblemen hebben, ongeveer 60% vond dat men vrienden moet helpen en bijna 30% dat burens elkaar moeten helpen (De Klerk et al. 2017). Dykstra en Fokkema (2007) en Te Riele en Kloosterman (2015) constateerden dat minder mensen vinden dat er hulp moet worden geboden naarmate de hulp ingrijpender is voor de hulpgever (inbreuk op privé- of beroepsleven, verlies aan inkomen), of wanneer er goede alternatieven voorhanden zijn. Mensen willen vooral tijdelijk hulp bieden of een lichte taak doen, bijvoorbeeld een boodschap voor een bekende uit de buurt (Kooiker en De Klerk 2015).

Het aandeel 16-plussers dat vindt dat mensen elkaar moeten helpen, was in 2016 hoger dan in 2014 (De Klerk et al. 2017). Dit gold ook voor ouderen. Ouderen en mensen die sterk belemmerd zijn in hun dagelijkse bezigheden (en die dus een grotere kans hebben om zorg te ontvangen) vonden minder vaak dat mensen voor familie en vrienden moeten zorgen dan anderen. Onduidelijk is waarmee dit samenhangt. Mogelijk zijn ze bang hun familie te belasten of denken ze dat ze zelf niet meer in staat zijn om hulp te geven. Vertegenwoordigers van cliënt- en Wmo-raden die werden geïnterviewd voor *De Wmo 2015 in praktijk*, het scp-onderzoek naar de gemeentelijke uitvoeringspraktijk, merkten op dat het voor cliënten soms niet wenselijk is om afhankelijk te worden van informele hulp. Een cliëntvertegenwoordiger zei hierover: 'Mensen die beperkingen hebben, die willen vaak ook helemaal niet aan een soort liefdadigheid ten prooi vallen, want ja, zo voelen mensen het wel' (Van den Berg 2018: 144). Uit het onderzoek naar de Wlz-uitvoeringspraktijk (Gijzel et al. 2017) kwam naar voren dat het inzetten van informele hulp niet alleen maar voordelen voor cliënten heeft (zie hoofdstuk 13).

Het feit dat men vaak vond dat mensen elkaar moeten helpen, betekent niet dat men ook vond dat deze hulp zoveel mogelijk door het sociale netwerk moet worden gegeven: het

aandeel dat het hiermee eens was, daalde aanzienlijk van 41% in 2010 naar 23% in 2016 (De Klerk et al. 2017). Ook professionals zagen vaak dat cliënten het heel vervelend vinden om nóg meer te vragen aan hun netwerk, of dat ze bepaalde soorten ondersteuning veel liever aan professionals vragen (vanwege de grotere emotionele afstand) (Bredewold et al. 2016). Ongeveer twee derde (62%) van de 16-plussers vond de zorg voor hulpbehoevende ouderen vooral een taak van de overheid en niet van de familie (De Boer 2017; De Klerk et al. 2017). Mensen vonden dit in 2016 iets minder vaak dan in 2014 en 2010 (resp. 69% en 66%). Ouderen vonden dit vaker een overheidstaak dan jongere mensen, zo bleek ook uit eerder onderzoek (De Klerk et al. 2010). Of men zorg een taak voor de overheid of voor de familie vindt, hangt ook samen met de taak in kwestie: persoonlijke verzorging en verpleging zien veel mensen (ook) als een overheidstaak, terwijl ze bijvoorbeeld emotionele ondersteuning vaak (ook) als een taak voor het netwerk beschouwen (Hoefman et al. 2017).

Het lijkt erop dat mensen in 2016 vaker dan voorheen vonden dat de familie moet helpen, maar ook dat de familie niet te veel zou moeten doen (De Klerk et al. 2017).

Barrières bij het geven van informele hulp zijn divers van aard

Er kunnen uiteenlopende redenen zijn waarom mensen geen informele hulp geven. Als mensen wordt gevraagd of ze voor hun ouders kunnen zorgen, zeggen ze dat dit onder meer afhangt van andere verplichtingen (vooral van het werk) en de reisafstand. De eigen gezondheid, de mogelijkheid om zorg met broers of zussen te delen en de relatie met de ouder spelen ook een rol, net als het tijdstip waarop hulp nodig is, de urgentie en de (reis)kosten. Tot slot vraagt een enkeling zich af of de ouders wel hulp van hun kinderen willen ontvangen (De Klerk et al. 2017; Kooiker en De Klerk 2015).

Ongeveer 60% van de 'niet-helpers' (mensen die geen mantelzorg geven en geen vrijwilligerswerk in de zorg doen) zei geen tijd te hebben om te helpen, ongeveer 20% zei niet te kunnen helpen in verband met gezondheidsproblemen en 13% vond dat ze er niet goed in zijn om iemand te helpen (De Klerk et al. 2017).

In 2016 gaf een kwart van de 'niet-helpers' aan dat ze in staat waren (ze hebben tijd en hebben geen gezondheidsproblemen) en bereid waren om te helpen. Dit wil niet zeggen dat mensen daadwerkelijk hulp zullen geven als een bekende hulp nodig heeft. Mensen kunnen dat om uiteenlopende redenen toch niet doen. Zo weten mensen vaak niet goed wat ze voor een ander kunnen betekenen. Dit wordt ook wel handelingsverlegenheid genoemd (Gremmen 2016; Linders 2010). Anderzijds weten we ook dat mensen hulp geven als de noodzaak daar is of de relatie goed is, ook als ze weinig tijd hebben (De Klerk 2003; Kooiker en De Klerk 2015). 75-plussers en degenen met een baan van 32 uur of meer zijn het minst in staat en bereid om te helpen. Bij ouderen hangt dit samen met gezondheid, bij de werkenden met tijdgebrek. Werkenden en mensen met kinderen zeggen relatief vaak wel te willen, maar geen tijd te hebben.

Een belemmering om hulp aan burens te geven, is dat men vaak niet weet welke burens hulp nodig hebben en men het lastig vindt om hulp aan te bieden. Er is dan sprake van handelingsverlegenheid. Mensen zijn bang om zich op te dringen en weten niet of

anderen hulp op prijs stellen. Ook speelt de angst dat men, als men eenmaal begint met helpen, hierin wordt ‘meegezogen’ en dat niemand de hulp wil of kan overnemen (De Klerk et al. 2014).

Een meerderheid van de Nederlanders zou geen vrijwilligerswerk in de zorg willen doen. Mensen die dat wel overwogen, noemden verschillende redenen om dit toch niet te doen, zoals tijdsgebrek, hun gezondheid of leeftijd, maar ook dat ze niet wisten waar ze zich moesten melden, dat er wachtlijsten waren (bv. voor een cursus) of dat er geen geschikt aanbod aan vrijwilligerswerk was (De Klerk et al. 2017). Tot slot noemden mensen ook wel dat men ‘het juiste type’ moet zijn en bijvoorbeeld sociaal bewogen moet zijn of een verzorgende instelling moet hebben om hulp te kunnen geven (De Klerk en Schyns 2014).

9.3 Omvang informele hulp

Schatting van het aantal informele helpers hangt samen met de gekozen definities

Exacte aantallen informele helpers zijn lastig te geven, doordat informele hulp geen afgebakend begrip is. Is het dagelijks bellen van je moeder met beperkingen mantelzorg? En als je haar elke week belt? En als je niet je moeder belt, maar het Wmo-loket, omdat je moeder meer ondersteuning nodig heeft? Dat informele hulp lastig is af te bakenen, blijkt ook uit het feit dat mantelzorgers en vrijwilligers zichzelf lang niet altijd als zodanig beschouwen (Engbersen et al. 2015; Feijten et al. 2017; Gremmen et al. 2011; De Klerk et al. 2014; Van der Zwaard en Specht 2013). Ongeveer de helft van mantelzorgers die intensief helpen, ziet zichzelf niet als mantelzorger (De Klerk et al. 2017). Een mogelijk risico daarvan is dat mensen dan misschien ook niet beseffen dat ze ondersteuning bij het mantelzorgen kunnen krijgen (De Klerk et al. 2017; Van Leeuwen et al. 2017). Mantelzorgconsulenten in een aantal gemeenten noemden dit in het kwalitatieve SCP-onderzoek *De Wmo 2015 in praktijk* ook wel als reden dat mensen zich niet aangesproken voelen als een gemeente bijvoorbeeld voorlichting geeft over de ondersteuning die ze aan mantelzorgers bieden (Van den Berg 2018: 150).

Omdat er verschillende definities en operationalisaties van de begrippen mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg bestaan (De Boer et al. 2016; Timmermans et al. 2004), zijn er ook verschillende schattingen van het aantal informele helpers in omloop.

In 2016 geeft meer dan een derde deel van de 16-plussers informele hulp

In dit rapport gaan we uit van een brede definitie van mantelzorg en rekenen we alle hulp in verband met gezondheidsbeperkingen (dus bv. ook gezelschap houden, vervoer of klusjes) tot mantelzorg.² Bijna een derde deel (32%) van de 16-plussers heeft in het jaar voorafgaand aan de enquête dit soort hulp geboden (De Klerk et al. 2017). Het gaat dan om ongeveer 4,4 miljoen mantelzorgers. Van de mantelzorgers hielp ongeveer 70% langdurig (langer dan drie maanden), maar niet intensief (maximaal acht uur per week).³ Ongeveer 750.000 mensen (17% van de mantelzorgers) hielp langdurig (langer dan drie maanden) en intensief (meer dan acht uur per week). Europees onderzoek, op basis van data van

2014 en een brede definitie van hulp, liet een vergelijkbaar aandeel mantelzorgers in Nederland zien (Verbakel et al. 2017).⁴

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) constateerde dat in 2015 15% van de 18-plussers op het moment van enquêteren intensief of langdurig mantelzorg gaf aan mensen die langere tijd hulp nodig hadden, en gaat dus uit van een smallere definitie waarbij bijvoorbeeld tijdelijke hulp niet is meegerekend (CBS 2016).⁵

Er is in deze evaluatie ook gekozen voor een brede afbakening van vrijwilligerswerk: alle hulp die wordt gegeven vanwege lichamelijke, psychische, verstandelijke beperkingen of ouderdom aan mensen die men bij aanvang niet kende, dus ook om incidentele hulp en hulp die niet in georganiseerd verband wordt gegeven.⁶ 8,5% van de Nederlanders heeft in het jaar voorafgaand aan de enquête vrijwilligerswerk in de zorg gedaan. In totaal zijn dat ruim 1 miljoen mensen, van wie er naar schatting bijna 800.000 structureel vrijwilligerswerk doen. Dat is bijna 6% van de 16-plussers (De Klerk et al. 2017).

Als we het aandeel mantelzorgers en vrijwilligers bij elkaar optellen, dan krijgen we een compleet beeld van het aanbod van informele hulp. In totaal geeft 34% van de 16-plussers informele hulp als we incidentele vrijwilligers buiten beschouwing laten en 36% als we hen wel meenemen. In totaal gaat het om naar schatting 5 miljoen Nederlanders, inclusief incidentele vrijwilligers (De Klerk et al. 2017).

Vrouwen en 45-74-jarigen bieden vaker informele hulp dan anderen

Vrouwen geven vaker mantelzorg dan mannen. Dit kan komen doordat ze vaker iemand kennen die hulp nodig heeft, zich vaker verantwoordelijk voelen voor zorgtaken of doordat ze meer tijd hebben omdat ze minder vaak een (fulltime) baan hebben. Ook kan het zijn dat mannen minder vaak helpen omdat ze vinden dat vrouwen hier meer geschikt voor zijn, bijvoorbeeld omdat ze beter aanvoelen dat er hulp nodig is (De Boer 2017).⁷ 45-64-jarigen geven relatief vaak mantelzorg. Dit heeft vooral te maken met het feit dat ze relatief vaak een hulpbehoevende (schoon)ouder hebben. Het hebben van een baan hangt alleen samen met het geven van mantelzorg als het om intensieve hulp gaat (zie ook Verbakel 2015). Degenen die in de zorg werken of hebben gewerkt, geven vaker mantelzorg dan anderen (De Klerk 2017).

Ouderen (vooral 65-74-jarigen), vrouwen, mensen die regelmatig naar de kerk of andere gebedsbijeenkomsten gaan en mensen met ervaring in de zorg doen vaker vrijwilligerswerk op het terrein van zorg en ondersteuning en degenen die relatief veel uren werken juist minder (Schyns 2017).

Buurtinitiatieven lijken toe te nemen, maar goede gegevens ontbreken

Een andere vorm waarin mensen iets voor een ander kunnen doen, zijn buurt- of burgerinitiatieven. Vilans omschrijft burgerinitiatieven in zorg en welzijn als 'een initiatief door én voor burgers, over problemen rond zorg en/of welzijn, met een lokaal karakter en gebaseerd op betrokkenheid en wederkerigheid' (De Jong et al. 2015). Voorbeelden zijn een eetgroep, een wijkbus of een zorgcoöperatie (Mensink et al. 2013). Er zijn aanwijzingen dat er steeds meer van dit soort initiatieven ontstaan (Van den Berg 2018; De Boer en

Van der Lans 2013; Broese van Groenou et al. 2017), maar een goed overzicht hoeveel en welke initiatieven er zijn ontbreekt. Vaak krijgen dit soort initiatieven in eerste instantie ondersteuning van professionals en/of vrijwilligers, die hun hulp daarna geleidelijk afbouwen. Over de samenwerking met de gemeente zijn de burgerinitiatieven zowel positief als kritisch, zo blijkt uit onderzoek in een aantal gemeenten: verschillende initiatieven ontvangen subsidie, maar vinden wel dat ze daar heel veel voor moeten doen. Burgerinitiatieven zijn ook kwetsbaar omdat ze worden gedragen door een beperkt aantal mensen en vaak (deels) afhankelijk zijn van subsidies (Van den Berg 2018).

Het opzetten van buurtinitiatieven vraagt onder meer sociale vaardigheden en bureaucratistische competenties van burgers, waardoor hoogopgeleiden vaker participeren dan laagopgeleiden (Broese van Groenou et al. 2017; Engbersen et al. 2015; Tonkens 2015).

In een onderzoek van De Klerk et al. (2017) werd mensen gevraagd of er in hun buurt iets wordt georganiseerd om mensen met gezondheidsproblemen of ouderdomsklachten te helpen, zoals een eetclub, een boodschappendienst, een klussendienst of koffiemiddagen. Ongeveer een zesde deel antwoordde bevestigend, de rest wist het niet of dacht dat zoiets er niet was. Slechts 2% van de bevolking had zich hiervoor weleens ingezet in de twaalf maanden voorafgaand aan de enquête, maar dit betreft een heel globale schatting (De Klerk et al. 2017).⁸

Veranderingen in het aandeel informele helpers tussen 2014 en 2016

Er zijn geen significante verschillen in het aandeel 16-plussers dat tussen 2014 en 2016 mantelzorg gaf of vrijwilligerswerk in de zorg deed (De Klerk et al. 2017).⁹ Wel zijn 55-64-jarigen iets meer (structureel) vrijwilligerswerk gaan doen.¹⁰ In absolute aantallen waren er (in de totale bevolking) in 2014 ongeveer 50.000 meer mantelzorgers en 100.000-150.000 meer vrijwilligers in de zorg en ondersteuning dan in 2016, omdat de bevolking tussen 2014 en 2016 in omvang toenam (De Klerk et al. 2017).¹¹ In een onderzoek onder een beperkt aantal gemeenten signaleerden beroepskrachten dat de vraag naar vrijwilligers toenam. Zij brachten dat in verband met het feit dat mensen langer thuis wonen, zoveel mogelijk op eigen kracht en met het wegvallen of versoberen van bepaalde voorzieningen (zoals dagbesteding of huishoudelijke hulp) (Van den Berg 2018).

Ook over een langere periode bezien (2008 t/m 2017) is het aandeel mantelzorgers (hier gedefinieerd als mensen die kosteloos hulp bieden aan zieke of gehandicapte familieleden, kennissen of burenen) constant (Kooiker 2017). Dat geldt ook voor het aandeel vrijwilligers (in het algemeen, en op terrein van 'buren-, bejaarden- en gehandicaptenhulp' (Van Houwelingen en Dekker 2017). De Wit en Bekkers (2017: 192) spreken over een lichte daling in het aandeel vrijwilligers in de sector 'gezondheid'.

In de toekomst minder potentiële informele helpers per oude oudere

Op basis van demografische ontwikkelingen wordt verwacht dat het aandeel ouderen in de komende decennia stijgt en daarmee ook de behoefte aan hulp zal toenemen. Zo zijn er op dit moment 270.000 mensen met dementie en dit aantal zal stijgen tot zo'n 500.000 in 2040 (TK 2017/2018). De vraag is in hoeverre deze en andere hulpbehoevenden in de

toekomst (informele) ondersteuning kunnen krijgen, vooral omdat de groep 45-64-jarigen – die vaak de informele zorg geeft – in omvang afneemt. In internationaal verband wordt gesproken over de *oldest old support ratio*, waarbij men doelt op de verhouding tussen het aantal mensen in de middenleeftijdsgroep (als indicatie van het potentieel beschikbare informele hulpaanbod) en de alleroudsten (als indicatie voor de te verwachten vraag naar zorg). De verwachting is dat het aantal informele helpers dat beschikbaar zal zijn voor kwetsbare ouderen met een hulpvraag gestaag zal afnemen (Herrmann et al. 2010). In Nederland is deze verhouding momenteel ongeveer een op dertien (er zijn dertien keer zoveel 45-64-jarigen als 85-plussers) en dat zal in 2030 een op de acht en in 2040 een op vijf zijn (De Klerk en De Boer 2017a).¹² Ook zullen er steeds minder professionals in de zorg beschikbaar zijn (Van Campen et al. 2016).

9.4 Kenmerken van informele helpers en geboden hulp

Voordat we stilstaan bij de vraag of informele helpers ondersteuning nodig hebben en krijgen, schetsen we in deze paragraaf wie deze helpers zijn en welke hulp ze geven.

Mantelzorgers geven hulp aan een zeer diverse groep hulpbehoevenden

Mensen geven hulp vanwege (langdurige of tijdelijke) lichamelijke beperkingen, psychische problemen, psychosociale problemen (zoals eenzaamheid of verslaving), dementie of geheugenproblemen, verstandelijke beperking, of een terminale ziekte. 18% van de mantelzorgers biedt hulp aan iemand die in een zorginstelling verblijft (De Boer en De Klerk 2017). Mantelzorgers bieden vaak hulp aan (naaste) familie zoals een (schoon)ouder (42%) of een partner (13%), maar ook aan een (vaak volwassen) kind (6%) met gezondheidsproblemen of familieleden zoals een grootouder, broer, zus, oom of tante (20%). 17% biedt hulp aan vrienden of burens. Netwerken zijn niet statisch, maar kunnen veranderen: ouderen hebben tegenwoordig vaker vriendennetwerken en minder familienetwerken dan ouderen die eerder werden geboren. In vriendennetwerken geven mensen elkaar meer instrumentele en emotionele steun dan voorheen, maar niet meer persoonlijke verzorging (Suanet en Antonucci 2016; Suanet et al. 2017).

Jurisprudentie: onduidelijkheid over gebruikelijke hulp bij begeleiding; mantelzorg is niet afdwingbaar

In de Wmo 2015 staat dat mantelzorg aan huisgenoten hulp is die verder gaat dan de zogenoemde 'gebruikelijke hulp'. In het verleden zijn regels ontwikkeld (het *Protocol gebruikelijke zorg*) voor wat als gebruikelijke hulp is te beschouwen. Voor begeleiding is er nog geen vast omschreven afbakening, zo blijkt uit de jurisprudentie. Als gemeenten niet goed onderbouwen wat ze als gebruikelijke hulp beschouwen, dan moeten ze de begeleiding aan huisgenoten vergoeden, zo oordeelt de rechtbank.¹³

Ook is er jurisprudentie over de vraag of gemeenten mantelzorg kunnen afdwingen door pgb's voor mantelzorgers in te trekken of te verlagen. De CRvB heeft hierover in 2017 in twee uitspraken helderheid gegeven: mantelzorg is vrijwillig en kan dus niet worden af-

gedwongen.¹⁴ En als er geen mantelzorg is, omdat de potentiële mantelzorger het niet ‘om niet’ wil doen, zal er een maatwerkvoorziening moeten worden verstrekt of indien gewenst een pgb. Pgb-ontvangers kunnen wel worden gehouden aan het bereiken van bepaalde resultaten.¹⁵

Aard en intensiteit van de mantelzorg varieert sterk

De hulp die mensen aan allerlei sociale relaties bieden, varieert van gezelschap of emotionele steun, huishoudelijke hulp, coördineren van zorg en begeleiden bij ziekenhuisbezoek tot complexe en intieme zorg. Zo biedt een op de vijf mantelzorgers persoonlijke verzorging of verpleegkundige hulp. Veel taken die mantelzorgers doen, zijn niet goed zichtbaar, zoals het beschermen van de persoon kwestie of het stimuleren van zelfzorg, terwijl mantelzorgers deze taken wel als energieverblindend ervaren (Lopez Hartmann et al. 2017). Onzichtbaar en lastig vinden mantelzorgers ook het overtuigen van de hulpbehoevende dat ze niet meer voor zichzelf kunnen zorgen en dat er professionele zorg nodig is

Een op de zes mantelzorgers van Wmo-melders vond dat beroepskrachten bepaalde taken beter zouden uitvoeren dan zichzelf. Het gaat dan vooral om verzorging en verpleging, maar ook om het huishouden, adviseren, voorlichting geven en motiveren, ondersteuning aanvragen en regelen, of de gezondheid monitoren. Een kwart vond dat zichzelf bepaalde taken zoals begeleiding, administratie en vervoer beter kunnen doen dan een beroepskracht, omdat ze de hulpbehoevende beter kennen en meer tijd hebben (De Klerk en De Boer 2017b).

In 2016 gaven mantelzorgers gemiddeld ruim zeven uur per week hulp, gedurende gemiddeld vijf jaar. Verzorgers van partners gaven vaak intensieve hulp (twintig uur per week) en helpers van kinderen lang (op het moment van de enquête bijna elf jaar). Mantelzorgers die meer dan drie maanden en langer dan acht uur per week helpen, zijn relatief vaak 75-plussers die hun ernstig hulpbehoevende partner verzorgen (12%) (De Boer en De Klerk 2017). De duur en intensiteit van de geboden mantelzorg zijn sinds 2014 niet veranderd (De Boer en De Klerk 2017).

Ongeveer 1 miljoen vrijwilligers in de zorg en ondersteuning

Er zijn ongeveer 1 miljoen vrijwilligers in de zorg en ondersteuning in Nederland. Bijna driekwart van hen is verbonden aan een organisatie (vaak een zorginstelling) en ruim een kwart is ongebonden. 70% van de vrijwilligers doet het werk structureel, dat wil zeggen wekelijks of maandelijks (De Klerk 2017a).

Vrijwilligers bieden vaak gezelschap of emotionele ondersteuning, begeleiden bij activiteiten en helpen met vervoer. Ze ondersteunen vooral mensen met langdurige lichamelijke beperkingen, dementie en met een verstandelijke beperking (Schyns 2017). In 2016 boden vrijwilligers minder vaak begeleiding en vaker hulp aan mensen met dementie of geheugenproblemen dan in 2014. Een op de tien vrijwilligers zei een vorm van geleid vrijwilligerswerk te doen. Gemeenten wijzen erop dat een meer diverse groep mensen vrijwilligerswerk is gaan doen, en dat een aanzienlijk deel van die vrijwilligers zelf onder-

steuning nodig heeft. Dit zijn niet altijd de typen vrijwilligers naar wie organisaties op zoek zijn. Niet alle organisaties kunnen de intensievere begeleiding bieden die sommige vrijwilligers nodig hebben. Ook wijzen gemeenten erop dat de inzet van vrijwilligers (werken, matchen en begeleiden) vaak intensief is en een zorgvuldige aanpak vergt (Van den Berg 2018).

De meeste informele helpers denken de zorg nog lange tijd vol te kunnen houden, maar sommige groepen niet

Aan mantelzorgers is gevraagd hoe lang ze de zorg nog aankunnen als de situatie van de hulpbehoevende niet verandert. Dit wordt ook wel de volhoudtijd genoemd (Bronselaer et al. 2016; Kraijo 2016). Ruim negen op de tien mantelzorgers denkt dit langer dan een jaar vol te houden. Een kleine 5% zegt het maximaal een halfjaar (of korter) te kunnen volhouden. Mantelzorgers van terminaal zieken en van mensen met een psychische beperking of dementie zeggen dit relatief vaak. Partners vormen een risicogroep; 15% van hen zegt dat ze hun zorgtaak nog maximaal een halfjaar kunnen vervullen (De Boer en De Klerk 2017).

Driekwart van de vrijwilligers in de zorg en ondersteuning denkt dat ze het vrijwilligerswerk over een jaar nog steeds doen. Van alle zorgvrijwilligers wil 5% meer vrijwilligerswerk gaan doen en 6% minder. Bijna de helft van de vrijwilligers in de zorg en ondersteuning denkt dat het moeilijk is om voor het type vrijwilligerswerk dat men doet een opvolger te vinden (Schyns 2017).

Veel mantelzorgers kunnen niet meer zorg geven dan nodig is

Ongeveer twee derde deel van de mantelzorgers van Wmo-melders (zie hoofdstuk 7) zei dat ze niet meer hulp kunnen of willen geven, mocht dat nodig zijn als bijvoorbeeld de gezondheidstoestand van de hulpbehoevende verslechtert.¹⁶ Vooral degenen die belast zijn door hun zorgtaak zeiden dat (De Klerk en De Boer 2017b). Bij mantelzorgers in het algemeen zei (in 2014) ongeveer een op de zeven beslist niet meer hulp te kunnen geven en zei bijna de helft 'dat hangt ervan af': bijvoorbeeld om welke taken het gaat, de hulpintensiteit en het tijdstip waarop de mantelzorg moet worden geboden (De Boer et al. 2015). Mantelzorgers stellen dus grenzen. Voor degenen die niet meer hulp kunnen geven, is het dan ook belangrijk dat er andere hulpverleners zijn met wie ze de hulp kunnen delen als de hulpbehoefte toeneemt.

9.5 Gevolgen van het geven van informele hulp

Bijna een op de tien mantelzorgers ervaart een hoge belasting

Ongeveer 9% van de mantelzorgers ervaart een hoge belasting door de zorgtaak (ca. 380.000 personen). Dat is de helft van de mantelzorgers die langdurig en intensief helpt. Ze zeggen bijvoorbeeld dat de situatie van degene voor wie ze zorgen hen nooit loslaat, dat ze meer moeite hebben dan anders om hun eigen huishouden te regelen, dat door het geven van hulp hun gezondheid is achteruitgegaan of dat ze ziek of overspannen

zijn geraakt omdat ze hulp geven. Dit onderstreept de gedachte dat professionals niet alleen zouden moeten uitgaan van de mantelzorgers als ondersteuner, naaste en expert, maar ook als hulpvrager (Scholten en Peters 2015). De verschillende rollen die mantelzorgers kunnen hebben, is recent ook als aandachtspunt opgepakt in hbo-opleidingen (Van Rest en Schepers 2016).

Mensen die intensief helpen, hulp geven aan hun partner, hulp geven aan iemand met een terminale ziekte, dementie of een psychisch probleem zijn zwaarder belast.¹⁷ Dat geldt ook voor mensen die hulp geven om professionele zorg uit te stellen of te voorkomen, of die hulp geven omdat er geen alternatieven zijn. Uit groepsgesprekken met mantelzorgers in Leiden kwam naar voren dat het altijd beschikbaar (moeten) zijn veel (geestelijke) belasting geeft (Holzman en Ramkisoen 2017). Tot slot voelden vrouwen zich vaker belast dan mannen (De Boer en De Klerk 2017; De Boer et al. 2009; Broese van Groenou et al. 2013; Plaisier et al. 2015). Ook ander (kwalitatief) onderzoek liet zien dat mantelzorgers van mensen met ernstige beperkingen zich (te) zwaarbelast voelen (Van Leeuwen et al. 2017).

Ervaren belasting van mantelzorgers is gemiddeld genomen niet gestegen, wel bij specifieke groepen

Uit scp-onderzoek onder informele helpers in 2014 en 2016 bleek gemiddeld genomen geen verandering in de ervaren belasting van mantelzorgers (De Boer en De Klerk 2017). Andere onderzoeken die over een langere periode rapporteren, lieten zien dat er bij specifieke groepen mantelzorgers wel signalen zijn van een toegenomen ervaren belasting. Zo onderzoekt het NIVEL samen met Alzheimer Nederland tweejaarlijks de belasting van mantelzorgers voor mensen met dementie. Jansen et al. (2016) lieten zien dat het aandeel mantelzorgers dat zich 'zeer zwaarbelast' of 'overbelast' voelt elke peiling stapsgewijs toeneemt (van 10% in 2011, via 13% in 2013 tot 16% in 2016).

Uit verschillende studies onder beroepskrachten uit zorgorganisaties en gemeenten werd overbelasting bij mantelzorgers als aandachtspunt genoemd. Zo kwam uit een onderzoek bij verpleegkundigen en verzorgenden het beeld naar voren dat zij vaker te maken hebben met overbelasting van mantelzorgers. Als mogelijke verklaring noemden ze dat er sinds januari 2015 veel meer wordt gevraagd van de mantelzorgers (Francke et al. 2017).

Van de bevroegde medewerkers van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) was 44% van mening dat de druk op mantelzorgers is toegenomen, 39% dat deze gelijk is gebleven en 17% dat deze is afgenomen (Van Klaveren et al. 2017). Een aantal CIZ-medewerkers vond dat de ondersteuning door een mantelzorgers moet worden meegewogen bij het beoordelen van een Wlz-aanvraag, omdat deze vaak een belangrijke rol speelt bij het thuis kunnen blijven wonen (Van Klaveren et al. 2017).

Van de 228 bevroegde locatiemanagers in het Wlz-uitvoeringsonderzoek rapporteerde ongeveer vier op de tien een toename in overbelasting van het sociale netwerk sinds 1 januari 2015. Het gaat dan vooral om overbelasting voorafgaand aan de Wlz-indicatie en niet bij mantelzorgers van bewoners van Wlz-instellingen (Gijzel et al. 2017).

Professionals in een beperkt aantal gemeenten die zijn bevraagd in het kader van de *Overall rapportage sociaal domein 2016* signaleerden dat mantelzorgers vaak lang blijven zorgen en vaak al overbelast zijn op het moment dat ze hun naaste aanmelden (Van den Berg et al. 2017). Ook professionals in het SCP-onderzoek naar de Wmo-uitvoeringspraktijk signaleerden dat (over)belasting van mantelzorgers vaak voorkomt. Een mantelzorgconsulent zei ‘steeds meer, ernstiger situaties’ van overbelasting te zien, omdat mensen tegenwoordig later worden opgenomen in een instelling (Van den Berg 2018: 155). Een meerderheid van de gemeenten geeft aan dat zij en/of partnerorganisaties actief op zoek gaan naar mantelzorgers met een ondersteuningsbehoefte en dat ze veel aandacht aan de belasting van mantelzorgers besteden (Van den Berg 2018) (zie ook § 9.7).

Een deel van de mantelzorgers verliest weleens zijn geduld

Een kwart van de mantelzorgers zegt weleens zijn/haar geduld te verliezen en 8% meldt dat de zorgsituatie hem/haar weleens boven het hoofd groeit en heeft geleid tot schreeuwen, schelden of een ruwe behandeling van de hulpbehoevende (De Boer en De Klerk 2017). In 2014 werden vergelijkbare aandelen gevonden. Mantelzorgers van partners, van kinderen en van mensen die veel aandacht vragen of agressief gedrag vertonen, lopen een verhoogd risico op het verliezen van hun geduld. Als mantelzorgers af en toe een blijk van waardering ontvangen van de hulpbehoevende, kunnen ze gemakkelijker hun geduld bewaren. Negatieve effecten stapelen zich op: het verliezen van geduld vertoont een sterke samenhang met een hoge belasting bij mantelzorgers. Als de druk om te helpen hoog is en mensen er weinig voor terugkrijgen, is het risico dat de zorg ‘ontspoot’ groter (De Boer en De Klerk 2017; Plaisier et al. 2015).¹⁸

Belasting van vrijwilligers in de zorg en ondersteuning

In 2016 zei een op de vijf zorgvrijwilligers dat men het vrijwilligerswerk (heel erg) zwaar vond (Schyns 2017). Vooral vrouwen, middelbaar en hogeropgeleiden en vrijwilligers die zelf lichte belemmeringen ondervinden, scoorden hier hoog op. Ook spelen plichtsgevoel, de vraag of mensen het vrijwilligerswerk leuk vinden, het type activiteiten en het type beperkingen van de hulpontvangers een rol bij het ervaren van overbelasting.¹⁹ Uit een onderzoek onder bestuurders en coördinatoren van vrijwilligersorganisaties bleek dat steeds meer en complexe hulpvragen (die eerder door betaalde krachten werden opgepakt) bij vrijwilligers terechtkomen (Grootegoed et al. 2017).

Veel mantelzorgers zien ook positieve kanten van het helpen

Hulp geven kan ook tot positieve ervaringen leiden: vijf op de zes mantelzorgers zeggen dat ze genieten van de leuke momenten met de hulpbehoevende en 80% krijgt een goed gevoel doordat ze iemand helpen. Niet alleen ‘lichte’ helpers hebben dit soort ervaringen, maar bijvoorbeeld ook mantelzorgers van mensen met dementie en geheugenproblemen (Vernooij-Dassen et al. 2017). Positieve ervaringen kwamen in 2016 net zo vaak voor als in 2014 (De Boer en De Klerk 2017), vooral bij mensen die in een goede relatie mantelzorg gaven en sterk intrinsiek gemotiveerd waren (Oldenkamp 2018).

9.6 Afstemming en samenwerking

Informele hulp is van groot belang in de hulpverlening aan mensen met een beperking. Bijna driekwart van de hulp en ondersteuning die mensen ontvangen, krijgen ze van hun sociale netwerk (Putman et al. 2017). Een deel van die mensen krijgt daarnaast ook nog ondersteuning van professionals.

In het beleid is er aandacht voor de afstemming tussen formele en informele zorg:

Er is inmiddels brede erkenning dat mantelzorgers een waardevol onderdeel zijn van de driehoek met de cliënt en de professionele zorgverlener. Ook vrijwilligers spelen daarbij een belangrijke rol. (TK 2015/2016)

De werkelijkheid is echter weerbarstig. Er kunnen vele hulpverleners in wisselende frequentie en tijdsduur betrokken zijn bij een hulpsituatie, die vanuit verschillende disciplines en organisaties werken, bijvoorbeeld gemeenteambtenaren, zorgmedewerkers, huisartsen, specialisten en vrijwilligers (Federatie Medisch Specialisten 2017; Van Lier 2015; Nies 2017; Schyns en De Boer 2014; VNG 2016). Zij hebben allemaal hun eigen standaarden, disciplines, werkculturen en organisatievormen. Dat maakt dat afstemming met en samenwerking tussen mantelzorgers, professionals en hulpvragers niet vanzelf gaat (Bronselaer et al. 2016). De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (rvs) stelt dat mensen zelf de regie moeten hebben over hun eigen zorg en hun zorgnetwerk en dat professionals moeten investeren in afstemming tussen formele en informele zorg en delen in plaats van verdelen van verantwoordelijkheden om tot een gezamenlijke aanpak te komen (rvs 2017). In SCP-onderzoek in een aantal gemeenten naar de uitvoeringspraktijk van de Wmo zijn goede ervaringen opgedaan met het (deeltijds) aanstellen en tijd beschikbaar stellen van professionals, zoals mantelzorgconsulenten of sociaal makelaars, voor het leggen van verbindingen tussen mantelzorgers, vrijwilligers, burgerinitiatieven, professionals en zorgaanbieders (Van den Berg 2018).

Een op de acht mantelzorgers helpt als enige

Een op de acht (12%) mantelzorgers geeft de hulp alleen, dus zónder dat er andere mantelzorgers, vrijwilligers of professionals bij betrokken zijn (Plaisier 2017). Zij bieden vaak steun aan mensen met een tijdelijke beperking of alleen ouderdomsklachten; dit is relatief vaak een huisgenoot of partner. Redenen om als enige te helpen, zijn vaak het feit dat de hulpbehoevende alleen door die persoon wil worden geholpen en dat er niemand anders beschikbaar is.

Mantelzorgers die de hulpverlening delen, kunnen dat doen met andere mantelzorgers (zoals broers of zussen) in een informeel hulpnetwerk, met professionele hulpverleners (zoals thuiszorgmedewerkers, wijkverpleegkundigen, casemanagers, vrijwilligers²⁰) in een professioneel hulpnetwerk of met zowel andere mantelzorgers als professionals in een gemengd hulpnetwerk. Ook kunnen ze mensen in een zorginstelling helpen, die daarnaast uiteraard ook professionele hulp krijgen.

In 2016 hielpen mantelzorgers (in vergelijking met 2014) vaker in een informeel zorgnetwerk en minder vaak in een professioneel of gemengd netwerk (Plaisier 2017). Dit kan betekenen dat mensen minder vaak professionele hulp krijgen of dat beroepskrachten steeds vaker helpen in situaties waar geen mantelzorg is. Op basis van het scp-onderzoek van Plaisier (2017) is niet te achterhalen welke hulp de mantelzorgers meer zijn gaan bieden en welke hulp professionals juist minder.

Samenwerken en afstemmen met professionals gaat vaak goed, maar professionals lijken weinig oog voor de mantelzorgers te hebben

In de thuis situatie helpt ongeveer een derde van de mantelzorgers samen met professionals (ruim een kwart in een gemengd hulpnetwerk en ongeveer 5% in een professioneel netwerk) (Plaisier 2017). Uit diverse onderzoeken blijkt dat die samenwerking beter kan (Van Dijk 2015; Hengelaar et al. 2017). Wittenberg et al. (2017) beschrijven bijvoorbeeld dat professionals en mantelzorgers niet altijd taken en rollen bespreken. Een open en proactieve houding kan helpen om de samenwerking met mantelzorgers te verbeteren. Ongeveer negen op de tien mantelzorgers die hulp geven in situaties waarin ook thuiszorgmedewerkers helpen, zijn tevreden over de afstemming. Ongeveer de helft heeft echter niet de mogelijkheid om mee te beslissen over de zorg en een kwart vindt de zorg niet goed bespreekbaar. Dit hangt mogelijk samen met privacywetgeving. Ook vindt bijna de helft van de mantelzorgers dat professionals niet voldoende oog voor hen hebben. Dit is ten opzichte van 2014 niet veranderd (Plaisier 2017). Dit bevestigt het beeld dat in ander kleinschalig en kwalitatief onder mantelzorgers naar voren kwam: professionals hebben geen aandacht voor mantelzorgers, bijvoorbeeld doordat ze te weinig tijd hebben (Holman en Ramkisoen 2017) en/of omdat ze de zorgontvanger als uitgangspunt nemen (Suanet et al. 2018).

Mantelzorgers noemen (naast thuiszorgmedewerkers) het vaakst de huisarts als persoon die oog heeft voor hun welbevinden. Vrijwilligers, het mantelzorgsteunpunt of de gemeente worden nauwelijks genoemd (Plaisier 2017). Ook in ander onderzoek is gesignaleerd dat zorgprofessionals weinig informeren naar het welzijn van mantelzorgers (Van Wieringen et al. 2014).

Mantelzorgers van Wmo-melders zijn ook bevraagd over de samenwerking met professionals. De meeste mantelzorgers die helpen in situaties waarbij ook professionals betrokken zijn, zeggen dat ze (heel) tevreden zijn over het contact met de thuiszorg of wijkverpleging. Ze voelen zich door het delen van de hulp minder belast en hebben meer tijd voor zichzelf (De Klerk en De Boer 2017b). De afstemming tussen mantelzorgers en hulpverleners vanuit de Wmo, wijkverpleging of andere mantelzorgers gaat vaak goed. Als er geen afstemming was, dan was het vaak niet nodig. Bij minder dan een op de twintig mantelzorgers was er geen goede afstemming, maar deze groep zou wel meer afstemming willen. Er zijn nog meer verbeterpunten, want een op de acht mantelzorgers zegt dat beroepskrachten hen niet of nauwelijks als deskundige zien en weinig steun en waardering geven (De Klerk en De Boer 2017b).

Kwalitatieve onderzoeken naar de uitvoeringspraktijk van de Wmo en het sociaal domein laten zien dat het werk van professionals en hulpverleners verandert door de inzet en afstemming met informele zorg. Dit vergt een cultuurverandering (Van den Berg 2018: 153; Van den Berg et al. 2017: 331-332).

Samenwerken en afstemmen met andere informele helpers gaat bij de meesten goed

In 2016 hielp ruim twee derde van de mantelzorgers samen met andere naasten: ongeveer vier op de tien in een informeel netwerk en ruim een kwart in een gemengd netwerk (Plaisier 2017). Mantelzorgers ervaren meestal geen problemen in hun onderlinge samenwerking, maar bij bijna een op de drie is er weleens een meningsverschil over het helpen. Dit komt vooral voor bij mantelzorgers van familieleden. Bijna een op de vijf kan de zorg niet goed bespreken; dat zijn vooral helpers van burens en vrienden. Mogelijk heeft deze uitkomst te maken met de sociale afstand die men tot de hulpbehoevende heeft. Afstemmingsproblemen van mantelzorgers onderling komen niet vaak voor; slechts een op de twaalf mantelzorgers noemt dit. Vooral mensen die iemand met een psychisch probleem hulp bieden, melden dit relatief vaak. Ze noemen ook vaker dan gemiddeld dat ze meningsverschillen hebben en moeite met het bespreken van de zorg met andere mantelzorgers.

9.7 Aanbod en gebruik van ondersteuning

Gemeenten hebben een belangrijke rol in het (preventief) ondersteunen van vrijwilligers en mantelzorgers en het voorkomen van overbelasting. De wetgever erkent dat er ondersteuning nodig kan zijn voor mantelzorgers om de soms zware taak te kunnen volhouden. Dit is duidelijk een omslag met de situatie vóór 2007:

Dat beleid komt vanuit een situatie waarin wel mantelzorg was, maar geen overheid die zich daarom bekommerde. Van waardering, ondersteuning of een juridische positie was geen sprake [...] Veel aandacht is uitgegaan naar de mogelijkheden om de mantelzorger zo goed mogelijk te ondersteunen. Dit is essentieel om er voor te zorgen dat de mantelzorger zijn soms zware taak vol kan houden. Gemeenten kunnen hierin veel betekenen door oog te hebben voor de persoonlijke situatie van de mantelzorger. Dat kan onder meer door laagdrempelige respijtzorg aan te bieden, die aansluit bij de behoeften van zowel cliënt als mantelzorger. (TK 2015/2016)

Sinds de Wmo 2015 ervaart men in het veld een nieuwe impuls voor mantelzorgondersteuning. In verschillende gemeenten was er al een steunpunt, maar de nieuwe Wmo was voor gemeenten aanleiding voor een meer centrale positie van dit steunpunt of om een breder takengebied in te zetten of meer menskracht (Van den Berg 2018: 147). Een mantelzorgondersteuner zegt over die ontwikkeling:

Toen ik begon, in 2003 ofzo, toen had nog niemand ooit van het woord mantelzorg gehoord, toen dacht men nog dat je goed bezig was als je een leuke middag voor mantelzorgers organiseerde en dat was het zo ongeveer. [...] het vak heeft zich enorm ontwikkeld. (Van den Berg 2018)

In datzelfde onderzoek zei een meerderheid van de gemeenten proactief naar mantelzorgers te zoeken, zodat overbelasting kan worden voorkomen (Van den Berg 2018). Tegelijkertijd bleek dat de bevroegde gemeenten zich realiseerden dat ze niet alle mantelzorgers in beeld hadden, en daarom werkten ze aan de bekendheid van het ondersteuningsaanbod onder mantelzorgers.

In 2017 boden bijna alle gemeenten (98%) advies, ondersteuning of begeleiding aan mantelzorgers (Van den Berg 2018). Ook respijtzorg werd in bijna alle gemeenten aangeboden (97%). De helft van de gemeenten bood ondersteuning aan voor specifieke groepen, zoals jonge mantelzorgers of migranten. Materiële hulp en financiële tegemoetkomingen werden het minst geboden. Ongeveer de helft van de bevroegde gemeenten dacht dat er sinds 2015 meer gebruik wordt gemaakt van mantelzorgondersteuning, maar ongeveer een kwart kon dat niet goed inschatten.

SCP-onderzoek liet ook zien dat gemeenten naar lacunes in hun aanbod zoeken. Denk aan nieuwe vormen van kortdurend verblijf, omdat de huidige vormen niet helemaal passen bij wat mensen nodig hebben. Ook voor specifieke groepen worden interventies ontwikkeld, bijvoorbeeld om dementerenden in de thuissituatie de juiste zorg en ondersteuning te geven (Vernooij-Dassen et al. 2017). Zo proberen gemeenten meer lichte vormen van dagbesteding met een laagdrempelige inloop voor mensen met beginnende dementie te ontwikkelen, om mantelzorgers al in een vroeger stadium te ontlasten (Van den Berg et al. 2017). Veel van zulke initiatieven zijn nog geen gemeengoed, maar sommige gemeenten zijn al verder met aandacht voor dementiezorg dan andere. Sommige gemeenten hebben actie ondernomen om hun gemeente 'dementievriendelijk' te maken door medewerkers en inwoners te trainen in de omgang met dementie.²¹

Uit eerder SCP-onderzoek bleek dat de ondersteuning voor informele helpers die gemeenten aanbieden niet altijd bekend is bij of gebruikt wordt door mantelzorgers (Feijten et al. 2013). Daarom besteden we in de rest van deze paragraaf expliciet aandacht aan de behoefte aan en het gebruik van ondersteuning vanuit het perspectief van informele helpers zelf, en kijken we wat daarin kan worden verbeterd.

Kundige helpers

De meerderheid van de mantelzorgers voelt zich kundig genoeg en mist geen kennis of vaardigheden om hulp te bieden (De Klerk en De Boer 2017b; Plaisier en De Boer 2017). Een op de zes mist echter wel vaardigheden en een op de vijf vindt dat kennis ontbreekt. Dit betreft vooral kennis of vaardigheden over hoe met de hulpbehoevende om te gaan of meer informatie over zijn/haar ziekte (Plaisier en De Boer 2017). Vooral mensen die iemand helpen met dementie, een verstandelijke beperking, een psychisch probleem of een terminale ziekte hebben behoefte aan meer kennis en vaardigheden.

De meerderheid van de mantelzorgers ervaart een hoge zelfeffectiviteit wat betreft het geven van mantelzorg (Plaisier en De Boer 2017). Dat wil zeggen dat men als er iets onverwachts gebeurt of als de hulpverlening tegenzit, dat soort situaties over het algemeen goed kan oplossen. Vrouwelijke helpers scoren hierop iets hoger dan mannelijke helpers. Een klein deel vindt dat ze niet goed in staat zijn om te gaan met lastige situaties bij het

geven van mantelzorg. Deze mantelzorgers en degenen die kennis of vaardigheden missen, kunnen baat hebben bij meer begeleiding door professionals. Beroepskrachten kunnen mantelzorgers ondersteunen bij het vergroten van die kennis en vaardigheden en meer openstaan voor vragen (Scholten 2016).

Een speerpunt in het mantelzorgbeleid van de overheid is het verlichten van mantelzorg. Er kan onderscheid worden gemaakt in draagkracht versterkende en draaglast verminderende ondersteuning. Bij het eerstgenoemde gaat het om het vergroten van kennis en vaardigheden, zoals het verstrekken van informatie en advies. Bij het tweede gaat het meer om praktische hulp of respijtzorg, zoals de inzet van een vrijwilliger om de mantelzorg te ontlasten en om maatwerkvoorzieningen, zoals gespecialiseerde ambulante ondersteuning of gespecialiseerde dagbesteding (Plaisier en De Boer 2017).

Gebruik van mantelzorgondersteuning

In totaal ontvangt een op de vier mantelzorgers een of meer vormen van ondersteuning. Bij de intensieve helpers is dit ongeveer de helft (Plaisier en De Boer 2017). Als mantelzorgers gebruikmaken van ondersteuning, dan gaat het meestal om het inwinnen van informatie en advies (een op de zes). Het aandeel mensen dat een cursus of training volgt, gebruikmaakt van lotgenotencontact of materiële of financiële steun is laag: slechts enkele procenten. Een op de vijf mantelzorgers maakt gebruik van respijtzorg.²² Een op de acht maakt melding van dagopvang of dagbesteding, een op de twintig krijgt steun van een vrijwilliger of een oppas, en een nog kleiner aandeel maakt gebruik van nachtopvang of een logeervoorziening.

Dat mantelzorgondersteuning niet zoveel wordt gebruikt, komt vaak doordat men niet weet dat het bestaat (meer dan de helft van de mantelzorgers van Wmo-melders wist dat niet). Deze discrepantie tussen aanbod en gebruik is al vaker vastgesteld (Feijten et al. 2013; De Klerk et al. 2015; De Klerk et al. 2017). Van mantelzorgers van Wmo-melders weten we ook dat een op de acht in het jaar voorafgaand aan het onderzoek ondersteuning voor zichzelf aanvroeg en toegewezen kreeg (De Klerk en De Boer 2017b). Daar speelt mee dat mantelzorgers hun eigen ondersteuningsbehoefte vaak niet (h)erkennen: ze laten de hulpvraag van de persoon die ze helpen voorgaan voor hun eigen behoeften, hebben door de zorgtaak geen tijd of energie om een melding te doen en/of voelen een sterke morele plicht om voor hun naasten te zorgen en laten deze zorg daarom niet aan anderen over (De Klerk et al. 2015).

Onvervulde behoefte bij mantelzorgers

Driekwart van de mantelzorgers die geen ondersteuning krijgen, heeft daaraan ook geen behoefte (De Klerk en De Boer 2017b; Plaisier en De Boer 2017). Er is ook een groep die wel behoefte heeft aan ondersteuning, maar deze nu niet (voldoende) heeft. Zo zou een op de tien mantelzorgers (meer of vaker) gebruik willen maken van respijtzorg. Onder intensieve mantelzorgers is dit een op de zes. De belangrijkste reden (genoemd door een op de drie) voor het niet gebruiken van zo'n voorziening, maar daar wel behoefte aan hebben, is dat de hulpbehoevende dat niet wil. Bijna een op de vijf mantelzorgers die (meer) respijt-

zorg zou willen, zegt dat er geen goede respijtzorg beschikbaar is of dat er een wachtlijst is. Een op de acht vindt respijtzorg te duur.

Er is ook behoefte aan draagkracht versterkende ondersteuning: informatie, advies en lotgenotencontact. Drie op de tien mantelzorgers hebben een onvervulde behoefte daaraan, en een kwart van de intensieve helpers.

Bij mantelzorgers van Wmo-melders zegt de helft een vorm van ondersteuning nodig te hebben die ze nog niet ontvangen (De Klerk en De Boer 2017b). Het gaat dan onder meer om een financiële tegemoetkoming (anders dan een pgb) of een vrijwilliger of oppas die de zorg af en toe kan overnemen. De belangrijkste redenen waarom mensen bepaalde ondersteuning die ze nodig hebben nog niet krijgen, is onvoldoende kennis over de mogelijkheden en onvoldoende/onduidelijke informatie of bureaucratie (Bronselaar et al. 2016; De Klerk en De Boer 2017b). Mensen noemen nauwelijks vormen van ondersteuning die ze missen, maar zouden wel graag hulp hebben bij het aanvragen van ondersteuning en meer begrip willen krijgen.

De weg naar ondersteuning is moeilijk te vinden

Een op de drie mantelzorgers weet niet van het bestaan van ondersteuning voor mantelzorgers af (Plaisier en De Boer 2017). Dit is ten opzichte van 2014 niet verbeterd. Mantelzorgers weten de ondersteuning die voor hen bedoeld is maar moeilijk te vinden (Heuzels en Lempens 2017; Waverijn en Heijmans 2016; Wittenberg et al. 2016). Ook onderzoek van de Rekenkamer Utrecht laat zien dat er een grote behoefte is aan informatie bij mantelzorgers. Mantelzorgers hebben door de versnippering van informatie moeite de benodigde informatie te vinden (Van Leeuwen et al. 2017). Een mantelzorger in dat onderzoek verwoordt het als volgt:

Het is heel moeilijk om inzicht te krijgen in alle regelingen en met name de gevolgen van het gebruikmaken van regelingen. Bijvoorbeeld respijtzorg loopt via de Wlz, de dagbesteding via de Wmo. Het inschakelen van aanvullende zorg is lastig, omdat het moeilijk is om in te schatten wat ik nodig heb. Ik heb geen inzicht in wat de gemeente doet aan ondersteuning voor mantelzorgers, bijvoorbeeld welke subsidies er zijn. Het is echt lastig om de weg te vinden in bureaucratiese regelingen. (Van Leeuwen et al. 2017)

scp-onderzoek naar informele hulp laat dit ook zien: een kwart van de mantelzorgers die nog geen ondersteuning krijgen, denkt de weg te kunnen vinden als ze ondersteuning nodig hebben (Plaisier en De Boer 2017). Als men door anderen op het ondersteuningsaanbod wordt gewezen, is dat meestal door iemand uit de eigen kring en niet vaak door een professional zoals huisarts, wijkverpleging of gemeente (De Klerk en De Boer 2017b). Slechts 3% van de mantelzorgers zegt dat ze door de gemeente op de hoogte zijn gesteld van ondersteuningsmogelijkheden (Plaisier en De Boer 2017).

Een op de acht mantelzorgers die ondersteuning nodig heeft, vindt het moeilijk hierom te vragen

Het is bekend dat mensen met een hulpbehoefte, maar ook mantelzorgers, last kunnen hebben van vraagverlegenheid (Van den Berg 2018; Linders 2010; Waverijn en Heijmans 2016). Dat kan voortkomen uit het belang dat men hecht aan zelfstandigheid, of dat men niet bij iemand in het krijt wil staan of dat men het moeilijk vindt om mensen in zijn/haar privésfeer toe te laten (Van Lier en Vaalburg 2015). Een op de acht mantelzorgers zegt dat als ze (meer) ondersteuning nodig zouden hebben bij het geven van mantelzorg, ze het moeilijk vinden om hierom te vragen (Plaisier en De Boer 2017). De drempel om om hulp te vragen is relatief hoog onder mensen die iemand helpen met een psychisch probleem: een op de vijf. Ook zijn er professionals, geïnterviewd voor de *Overall rapportage sociaal domein 2016*, die opmerken dat mantelzorgers het moeilijk vinden om hulp te vragen en dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig zorg willen verlenen aan hun naaste (Van den Berg et al. 2017).

Zowel aandacht voor draaglast verminderen als draagkracht versterken

Uit eerder onderzoek blijkt dat zowel draaglast verminderen als draagkracht versterken belangrijk is (Kruijswijk en Nanninga 2017; Lopez Hartmann et al. 2012). Ook uit scp-onderzoek bleek dat zowel het verbeteren van competenties van mantelzorgers als het ontvangen van gerichte ondersteuning samenhangt met minder negatieve gevolgen (zoals het verliezen van geduld en een hoog oplopende belasting) en leidt tot meer positieve ervaringen bij het geven van mantelzorg (Plaisier en De Boer 2017). Oldenkamp (2018) komt met een vergelijkbare conclusie: de ondersteuning van mantelzorgers moet niet alleen gericht zijn op het verminderen van negatieve ervaringen, maar ook op de versterking van positieve.

Gemeenten zoeken hoe ze mantelzorgwaardering goed vorm moeten geven

Sinds 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor het waarderen van mantelzorgers, maar mogen ze zelf beslissen hoe ze dat doen. Uit een enquête onder gemeenten bleek dat er grote onderlinge verschillen zijn in hoe ze dat invullen, en dat het lastig is om een goede invulling van die waardering te vinden. Lang niet alle inspanningen worden door mantelzorgers gewaardeerd (Van den Berg 2018). Een op de veertien mantelzorgers krijgt een persoonlijke blijk van waardering van de gemeente, bijvoorbeeld in de vorm van een cadeau-bon, een bloemetje of een uitnodiging voor een mantelzorgdag (Plaisier en De Boer 2017). Onder intensieve mantelzorgers is dat een op de acht.

Uiteraard kunnen mantelzorgers ook van anderen waardering krijgen. In 2016 zeiden zeven op de tien mantelzorgers dat ze vaak waardering kregen van de hulpontvanger, een op de vijf soms en een op de tien zelden. Degenen die vrienden of burens hielpen, kregen naar verhouding veel waardering en helpers van mensen met dementie of psychische problemen weinig.

Ondersteuningsbehoefte bij vrijwilligers

Ruim twee op de vijf zorgvrijwilligers krijgen ondersteuning of begeleiding van iemand van een vrijwilligersorganisatie, de meerderheid (53%) krijgt dit niet (Schyns 2017). Dat is ten opzichte van 2014 niet veranderd. Ruim vier op de tien heeft geen aansprakelijkheidsverzekering (of realiseert zich dat niet), vier op de tien heeft onvoldoende scholings- en cursusmogelijkheden en bijna driekwart krijgt geen reis- of andere onkostenvergoeding. Net als in 2014 zou een op de tien vrijwilligers meer ondersteuning willen (Schyns 2017). Vooral ongebonden vrijwilligers (die niet gelieerd zijn aan een instelling of organisatie, weten niet waar ze terecht kunnen voor advies en ondersteuning: een op de vijf (tegenover een op de twintig van georganiseerde zorgvrijwilligers).

Ook uit het SCP-onderzoek naar de Wmo-uitvoeringspraktijk bleek dat een aanzienlijk deel van de vrijwilligers zelf veel ondersteuning nodig heeft. Aanbieders in gemeenten melden dat ze steeds vaker te maken hebben met vrijwilligers die met een beperking of aandoening te kampen hebben. Dat zijn niet altijd de zelfstandig functionerende vrijwilligers naar wie organisaties op zoek zijn (Van den Berg 2018: 165).

9.8 Samenvatting en conclusies

Een van de doelstellingen van de HLZ is het vergroten van de betrokkenheid in de samenleving. In 2016 is het aandeel 18-plussers dat vindt dat mensen voor elkaar moeten zorgen iets hoger dan in 2014 (ten aanzien van hulp aan familie is dat resp. 69% en 63%). Nog steeds vindt de meerderheid dat de zorg voor ouderen vooral een taak voor de overheid is, maar dit aandeel is in 2016 iets lager dan in 2014 (resp. 62% en 69%). Toch vinden mensen niet dat degenen die hulp nodig hebben deze *zoveel mogelijk* uit hun sociale netwerk zouden moeten krijgen: het aandeel dat het hiermee eens is, daalde van 41% in 2010 naar 23% in 2016. De bereidheid om te helpen hangt onder meer af van de relatie met de hulpbehoevende, maar hangt ook samen met de intensiteit of de aard van de hulp.

Als we naar de feitelijk verleende hulp kijken, dan is het aandeel volwassenen dat mantelzorg geeft of vrijwilligerswerk in de zorg doet constant. Dat geldt zowel voor een vergelijking tussen 2014 en 2016 als over een langere periode. Ongeveer een derde (32%) van de 16-plussers heeft in het jaar voorafgaand aan de enquête mantelzorg gegeven, waarbij het niet alleen om verzorging ging, maar ook om gezelschap houden of vervoer. En 8,5% was actief als vrijwilliger in zorg of welzijn (inclusief incidentele hulp en hulp die niet in georganiseerd verband wordt gegeven). Mensen kunnen ook helpen via buurt- of burgerinitiatieven. Onduidelijk is hoeveel mensen daarbij betrokken zijn, maar er zijn aanwijzingen dat er steeds meer van zulke initiatieven ontstaan.

Er kunnen diverse redenen zijn waarom mensen geen informele hulp kunnen bieden, bijvoorbeeld vanwege andere verplichtingen (vooral werk), reisaftand of de eigen gezondheid. Een extra belemmering om hulp aan burens te geven, is dat men vaak niet weet welke burens hulp nodig hebben en men het lastig vindt om hulp aan te bieden (handelingsverlegenheid). Redenen om geen vrijwilligerswerk in de zorg te doen zijn – naast gebrek aan interesse, tijdgebrek en slechte gezondheid – dat mensen niet weten waar ze zich

moeten melden, wachtlijsten (bv. voor een cursus) of het ontbreken van een geschikt aanbod.

Ongeveer 9% van de mantelzorgers voelt zich zwaarbelast door de zorgtaak. Er waren geen verschillen in de belasting tussen 2014 en 2016. Onderzoek van het NIVEL liet zien dat het aandeel zwaar- of overbelaste van mantelzorgers voor mensen met dementie toenam van 10% in 2011 tot 16% in 2016. Ook professionals hebben het idee dat de belasting van mantelzorgers toeneemt, doordat mensen langer blijven zorgen voor mensen die langer thuis blijven wonen, maar harde cijfers ontbreken. Vooral degenen die intensief helpen, hulp geven aan hun partner, iemand met een terminale ziekte, dementie of een psychisch probleem, en mensen die hulp geven omdat er geen alternatieven zijn, zijn relatief zwaarbelast. Een op de vier mantelzorgers zegt weleens het geduld te verliezen en 8% dat de zorgsituatie weleens heeft geleid tot schreeuwen, schelden of een ruwe behandeling van de hulpbehoevende. Ook dit veranderde niet tussen 2014 en 2016.

Ook vrijwilligers kunnen hun taak zwaar vinden: in 2016 gaf een op de vijf zorgvrijwilligers aan dat men het vrijwilligerswerk (heel erg) zwaar vond. Onder meer het type activiteiten waarbij ze helpen en het type beperkingen van de hulpontvangers spelen hierbij een rol. Gemeenten rapporteren dat een meer diverse groep, die deels zelf ondersteuning nodig heeft, vrijwilligerswerk is gaan doen.

Veel mensen helpen samen met andere mantelzorgers of met professionals, maar een op de acht mantelzorgers biedt als enige hulp. Ten opzichte van 2014 gaven in 2016 minder mantelzorgers hulp in situaties waar ook professionals hielpen. Het is niet duidelijk of dit betekent dat er minder professionele hulp wordt gegeven of dat de professionals vooral helpen wanneer er onvoldoende/geen mantelzorg is. Het delen van de hulp met beroepskrachten heeft voor de meeste helpers positieve kanten, omdat ze zich minder belast voelen en meer tijd voor zichzelf hebben. Toch vindt ook de helft van de helpers dat professionals niet voldoende oog hebben voor hun behoeften.

In 2017 boden bijna alle gemeenten ondersteuning aan mantelzorgers aan, zoals informatie, advies en respijtzorg. De helft van de gemeenten zette in op mantelzorg-ondersteuning bij specifieke groepen, zoals jongeren en migranten. Toch komt aanbod lang niet altijd bij mantelzorgers zelf terecht. Een op de vier helpers gebruikt een vorm van ondersteuning (zoals informatie, advies of respijtzorg). Ongeveer een op de zes mantelzorgers zegt dat men vaardigheden mist of dat kennis ontbreekt. Een op de tien zou (meer of vaker) gebruik willen maken van respijtzorg. Drie op de tien heeft behoefte aan informatie, advies, cursussen en lotgenotencontact. Ook lijkt er (nog steeds) sprake van een kennislacune: een op de drie mantelzorgers weet niet van het bestaan van ondersteunende voorzieningen af. Dit geldt overigens ook voor vrijwilligers (en dan vooral de ongebonden onder hen). Er zijn duidelijk aanwijzingen dat het vergroten van competenties en het aanbieden van gerichte ondersteuning aan informele helpers overbelasting helpt te verminderen of zelfs voorkomen.

Noten

- 1 Respijtzorg is de tijdelijke en volledige overname van zorg van een mantelzorger (bv. dagopvang of logeeropvang) met het doel om de mantelzorger wat vrije tijd te geven.
- 2 In dit rapport baseren we ons voor het vaststellen van de omvang van de informele hulp op de volgende enquêtevraag: 'De volgende vragen gaan over het geven van hulp aan bekenden met gezondheidsproblemen. Denk aan uw partner, familie, vriend of buur die hulp nodig heeft vanwege lichamelijke, psychische, verstandelijke beperkingen of ouderdom. Voorbeelden zijn huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer of klusjes. Hulp in het kader van uw beroep of vrijwilligerswerk telt niet mee. Hebt u in de afgelopen 12 maanden dit soort hulp gegeven?'
- 3 Dit betreft 22% van de 16-plussers.
- 4 In Nederland is het aandeel mantelzorgers in deze publicatie (gebaseerd op onderzoek onder 25-75-jarigen) 37,3%.
- 5 Bij het CBS-onderzoek betrof het 18-plussers die op het moment van enquêteren intensief (minimaal acht uur per week) of langdurig (drie maanden of langer) mantelzorg gaven aan mensen die langere tijd hulp nodig hadden (CBS 2016). Gevraagd is: 'Mantelzorg is de zorg die u geeft aan een bekende uit uw omgeving, zoals uw partner, ouders, kind, burens of vrienden, als deze persoon voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. Deze zorg kan bestaan uit het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen, enzovoort. Mantelzorg wordt niet betaald. Een vrijwilliger vanuit een vrijwilligerscentrale is geen mantelzorger. Geeft u momenteel mantelzorg of heeft u de afgelopen 12 maanden mantelzorg gegeven?'
- 6 In dit onderzoek is op de volgende manier naar vrijwilligerswerk gevraagd: 'Nu volgt een vraag over het doen van vrijwilligerswerk in de zorg of het welzijnswerk. Hiermee bedoelen we hulp aan mensen die hulp nodig hebben vanwege lichamelijke, psychische, verstandelijke beperkingen of ouderdom en die u vooraf niet kende. Denk aan gezelschap houden, vervoer, huishouden doen, klusjes of helpen bij dagactiviteiten. Hulp in het kader van beroep of ander vrijwilligerswerk telt niet mee. Heeft u in de afgelopen 12 maanden dit soort vrijwilligerswerk in de zorg of welzijn gedaan?'
- 7 Een kwart van de mannen en 19% van de vrouwen is van mening dat vrouwen geschikter zijn dan mannen om hun naasten te helpen. De meerderheid van de bevolking vindt dit niet (De Boer 2017).
- 8 Men zou misschien meedoen aan een buurtinitiatief ook als vrijwilligerswerk kunnen opvatten, maar 84% van de deelnemers aan ons onderzoek die aangeven actief te zijn in een buurtinitiatief zegt geen vrijwilligerswerk te doen.
- 9 I&O Research rapporteerde dat het aandeel helpers binnen het huishouden tussen 2014 en 2016 is toegenomen (Beerepoot en Heuzels 2017). Dat betreft dan ook hulp in het kader van financiële of opvoedingsproblemen, en niet per se om hulp in verband met gezondheidsproblemen.
- 10 Bij andere leeftijdsgroepen is er geen significante verschuiving te zien.
- 11 Het aandeel vrijwilligers in de zorg lijkt in 2016 wel iets groter dan in 2014, maar dat verschil is niet significant.
- 12 Internationaal wordt vaak uitgegaan van de verhouding van 50-74-jarigen en 85-plussers. In dat geval is het een op vijftien nu en een op zes in 2040 (De Jong en Kooiker 2018).
- 13 Zie ECLI: NL: RBZWB: 2017: 6072 en ECLI: NL: RBGEL: 2017:659.
- 14 Zie ECLI: NL: CRVB: 2017: 17 en ECLI: NL: CRVB: 2017: 3209.

- 15 Zie ECLI: NL: CRVB: 2018: 375.
- 16 Bijna de helft van de Wmo-melders met een beperking geeft aan dat hun gezondheidstoestand verslechtert (Vonk et al. 2017).
- 17 Bij de groep mantelzorgers die lang en intensief helpt, zoals helpers van partners, is 25% overbelast; dat zijn bijna 200.000 personen. Er zijn ongeveer 110.000 mantelzorgers van personen met dementie of geheugenproblemen overbelast, ongeveer 30.000 helpers in een terminale situatie en ongeveer 110.000 mantelzorgers van personen met een psychisch probleem.
- 18 Er is sprake van ontspoorde mantelzorg als een mantelzorger door overbelasting, onwetendheid, onkunde of onmacht onbedoeld over grenzen van de verzorgde heen gaat, inadequate zorg levert, de hulpbehoevende verwaarloost of op een andere manier onbedoeld schade toebrengt. Goede zorg slaat sluipenderwijs om in verwaarlozing, verkeerde behandeling of zelfs mishandeling (Movisie 2015).
- 19 Het aandeel vrijwilligers dat zich belast voelde in 2016 is niet te vergelijken met 2014, omdat de antwoordcategorieën net iets anders zijn geformuleerd.
- 20 Vrijwilligers komen niet uit het eigen netwerk, daarom zijn vrijwilligers in dit onderzoek onder professionele hulpverleners geschaard.
- 21 Het begrip 'dementievriendelijk' is geïntroduceerd door het samenwerkingsverband 'Samen dementievriendelijk', een gezamenlijk initiatief van Alzheimer Nederland, pensioenuitvoeringsorganisatie PGM en het ministerie van vws, en is onderdeel van het Deltaplan Dementie.
- 22 Om te vermijden dat de mantelzorger bepaalde voorzieningen niet als ondersteuning voor henzelf ziet, werd gevraagd of de persoon aan wie mantelzorgers hulp geven in de twaalf maanden voorafgaand aan het interview weleens gebruik heeft gemaakt van een of meer van de volgende vormen van ondersteuning.

Literatuur

- Beerepoot, Rachel en Leon Heuzels (2017). *Nederlanders en de decentralisaties in het sociale domein. Driemeting landelijk onderzoek, 2017*. Enschede: I&O Research.
- Berg, Esther van den (2018). Informele ondersteuning. In: Lia van der Ham, Maaïke den Draak, Wouter Mensink, Peggy Schyns, Esther van den Berg, *De Wmo 2015 in praktijk. De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning* (p. 88-109). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Berg, Esther van den, Maaïke den Draak en Simone de Roos (2017). DEEL C. Onderweg in het sociaal domein. Ervaringen met de decentralisaties in drie gemeenten. In: Evert Pommer en Jeroen Boelhouwer (red.), *Overall rapportage sociaal domein 2016. Burgers (de)centraal* (p. 297-403). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, Alice de (2017). *Wie maakt het verschil? Sociale ongelijkheid in condities en consequenties van informele hulp* (oratie). Den Haag/Amsterdam: Sociaal en Cultureel Planbureau / Vrije Universiteit.
- Boer, Alice de en Mirjam de Klerk (2013). *Informele zorg in Nederland; een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, Alice de en Mirjam de Klerk (2015). Mantelzorgers: wie helpt wie, waarmee en hoe. In: Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Inger Plaisier, Peggy Schyns en Sjoerd Kooiker, *Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014* (p. 65-88). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Boer, Alice de en Mirjam de Klerk (2017). Mantelzorgers en de hulp die zij geven. In: Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Inger Plaisier en Peggy Schyns, *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016* (p. 78-98). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, Alice de, Marjolein Broese van Groenou en Joost Timmermans (2009). *Mantelzorg. Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, Alice de, Mirjam de Klerk en Ans Merens (2015). *Vrouwen, mannen en de hulp aan (schoon)ouders*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, Alice de, Mirjam de Klerk, Arjen de Wit en René Bekkers (2016). Twee manieren om te vragen of iemand mantelzorg geeft. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, jg. 94, nr. 7, p. 256-258.
- Boer, Nico de en J. van der Lans (2013). *Burgerkracht in de wijk. Sociale wijkteams en de lokalisering van de verzorgingsstaat*. Den Haag: Platform 31.
- Bredewold, Femmianne, Thomas Kampen, Loes Verplancke, Evelien Tonkens en Jan Willem Duyvendak (2016). *Een mooie gedachte. Wat professionals denken over zelfredzaamheid en wat ze vervolgens (niet) doen*. Amsterdam/Utrecht: Universiteit van Amsterdam / Universiteit voor Humanistiek.
- Broese van Groenou, Marjolein I., Alice de Boer en Jurjen Iedema (2013). Positive and negative evaluation of caregiving among three types of informal care relationships. In: *European Journal of Ageing*, jg. 10, nr. 4, p. 301-311.
- Broese van Groenou, Marjolein I. en Alice de Boer (2016). Providing informal care in a changing society. In: *European Journal of Ageing*, jg. 13, nr. 3, p. 271-279.
- Broese van Groenou, Marjolein, Alice de Boer, Kim Putters, Kène Henkens, Henk Nies, Pearl A. Dykstra, Hanna van Solinge, Cretien van Campen en Sjoerd Kooiker (2017). Symposium De toekomst van de informele zorg. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 48, nr. 2, p. 77-88.
- Bronse laer, Joost, Véronique Vandezande, Lut Vanden Boer en Barbara Demeyer (2016). *Sporen naar duurzame mantelzorg. Hoe perspectief bieden aan mantelzorgers?* Brussel: Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Campen, Cretien van, Sjoerd Kooiker en Alice de Boer (2016). Zorgen. Hoe gaan we als samenleving zorgen voor de groeiende groep ouderen? In: Andries van den Broek, Cretien van Campen, Jos de Haan, Anne Roeters, Monique Turkenburg en Lotte Vermeij (red.), *De toekomst tegemoet. Leren, werken, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later. Sociaal en Cultureel Rapport 2016* (p. 108-142). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- CBS (2016a). *Een op zeven mantelzorgers vindt zichzelf zwaarbelast*. Geraadpleegd op 12 juli 2017 via www.cbs.nl/nlnl/nieuws/2016/45/een-op-zeven-mantelzorgers-vindt-zichzelf-zwaarbelast.
- Dekker, Paul en Pepijn van Houwelingen (2017). *Burgerperspectieven 2017*/4. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dijk, Hanna van (2015). *Neighbourhoods for ageing in place* (proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Dykstra, Pearl A. en Tineke Fokkema (2007). Persoonlijke zorgnormen: bereidheid te geven én te ontvangen. In: Alice de Boer (red.), *Toekomstverkenning informele zorg* (p. 122-142). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Engbersen, Godfried, Erik Snel en Margrietha 't Hart (2015). *Mattheüs in de buurt: over burgerparticipatie en ongelijkheid in steden*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam / Erasmus Centre for Citizenship, Migration and the City (CIMIC).

- Federatie Medisch Specialisten (2017). *Visiedocument. Medisch Specialist 2025. Ambitie, vertrouwen en samenwerken*. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten.
- Feijten, Peteke, Anna Maria Marangos, Mirjam de Klerk, Alice de Boer en Frieke Vonk (2013). *De ondersteuning van Wmo-aanvragers en hun mantelzorgers in 2012. Deelrapport aanvragers en mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Feijten, Peteke, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering (2017). *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van mel- ders, mantelzorgers en gespreksvoerders*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Francke, A.L., P.M. Rijken, K. de Groot, A.J.E. de Veer, K.A.M. Verkleij en H.R. Boeije (2017). *Evaluatie van de wijkverpleging. Ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals*. Utrecht: NIVEL.
- Gijzel, Hinke, Henk Herman Nap, Marjolein Herps, Sander Mulder, Moniek van Klink, Sanne Schrijer- Snoeijs, Karina Kuperus en Mirella Minkman (2017). *De Wet langdurige zorg in de verzorging, verpleging en gehandicaptenzorg. Ervaringen uit de praktijk*. Amstelveen: KPMG/Vilans.
- Gremmen, Mark (2016). *Vitaliteit van buurten en maatschappelijke veerkracht. Mogelijkheden en beperkingen van een vitale lokale samenleving*. Den Haag: VNG/KING.
- Gremmen, Mark, Lieke Salomé en Barbara Wapstra-van Damme (2011). *Mantelzorg in Beeld. Resultaten tevreden- heidsonderzoek en benchmark Wmo 2011*. Den Haag: SGBO.
- Grootegoed, Ellen, Anja Machielse, Evelien Tonkens, Laurine Blonk en Sanne Wouters (2017). *Aan de andere kant van de schutting. Inspelen op de toenemende vraag naar vrijwillige inzet in het lokale sociaal domein (tussenrap- port)*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Ham, Lia van der, Maaïke den Draak, Wouter Mensink, Peggy Schyns, Esther van den Berg, m.m.v. Pepijn van Houwelingen en Isabella van de Velde (2018). *De Wmo 2015 in praktijk. De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Hengelaar, A.H., M. van Hartingsveldt, Y. Wittenberg, F. van Etten-Jamaludin, R. Kwেকেboom en T. Satink (2017). Exploring the collaboration between formal and informal care from the professional perspec- tive; a thematic synthesis. In: *Health and Social Care in the Community*, DOI: 10.1111/hsc.12503.
- Herrmann, F.R., J.-P. Michel en J.-M. Robine (2010). Worldwide decline in the oldest old support ratio. In: *European Geriatric Medicine*, jg. 1, nr. 1, p. 3-8.
- Heuzels, Leon en Ankie Lempens (2017). *Situatie en behoefte mantelzorgers in Schagen*. Amsterdam: I&O Research.
- Hoefman, R.J., T.M. Meulenkamp en J.D. de Jong (2017). Who is responsible for providing care? Investiga- ting the role of care tasks and past experiences in a cross-sectional survey in the Netherlands. In: *BMC Health Services Research*, DOI: 10.1186/s12913-017-2435-5.
- Holzman, Marion en Priya Ramkisoen (2017). *Kwaliteit Leidse mantelzorgondersteuning*. Amsterdam: I&O Research.
- Houwelingen, Pepijn en Paul Dekker (2017). Maatschappelijke en politieke participatie en betrokkenheid. In: Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer en Annemarie Wennekers (red.), *De sociale staat van Nederland 2017* (p. 231-258). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Jansen, Daniëlle, Wendy Werkman en Anneke L. Francke (2016). *Dementiemonitor mantelzorg 2016. Mantelzorgers over zorgbelasting en ondersteuning*. Utrecht: NIVEL.
- Jong, Andries en Sjoerd Kooiker (2018). *Regionale ontwikkelingen in het aantal potentiële helpers van oudere ouderen tussen 1975-2040. Achtergrondstudie*. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.

- Jong, Floor de, Dieke Felixsdal-de Jong, Sven Turnhout en Annelous Molenaar (2015). *Burgerinitiatieven in zorg en welzijn voor dummies*. Utrecht: Vilans.
- Klaveren, Susan van, Kees-Jan van de Werfhorst, Naomi Meys, Lieke Brouwer, Arthur van der Harg en Gert Cazemier (2017). *Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg. Ervaringen van aanvragers en professionals*. Den Haag: BMC.
- Klerk, M.M.Y. de (2003). Aanbod van informele hulp. De relatie tussen werk en informele hulp. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, jg. 81, nr. 1, p. 44-51.
- Klerk, Mirjam de (2017a). Aantal informele helpers en verschillen in het geven van hulp. In: Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Inger Plaisier en Peggy Schyns, *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016* (p. 35-60). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de (2017b). Bereidheid en mogelijkheden om te helpen. In: Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Inger Plaisier en Peggy Schyns, *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016* (p. 61-77). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. de en A. de Boer (2005). Veranderingen in de informele zorg 1991-2003. In: Boer, A. de (red.) (2005). *Kijk op informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M.M.Y. de en A.H. de Boer (2006). Veranderingen in het aanbod van informele zorg, 1991-2003. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, jg. 84, nr. 7, p. 409-414.
- Klerk, Mirjam de en Alice de Boer (2017a). *Informele hulp in 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de en Alice de Boer (2017b). Mantelzorgers van melders over samenwerking, ondersteuning en hun inzet. In: Peteke Feijten, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering, *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders* (p. 156-177). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de en Peggy Schyns (2014). Niet-actieven over informele hulp. In: Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Sjoerd Kooiker, Inger Plaisier en Peggy Schyns, *Hulp geboden. Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van informele hulp* (p. 92-110). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de, Joost Timmermans en Alice de Boer (2010). Uitwisseling van steun tussen kinderen en hun oude ouders. In: Dries van den Broek, Ria Bronneman-Helmers en Vic Veldheer (red.), *Wisseling van de wacht: generaties in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2010* (p. 221-233). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de, Alice de Boer, Sjoerd Kooiker, Inger Plaisier en Peggy Schyns (2014). *Hulp geboden. Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de, Alice de Boer, Inger Plaisier, Peggy Schyns en Sjoerd Kooiker (2015). *Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de, Alice de Boer, Inger Plaisier en Peggy Schyns (2017). *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kooiker, Sjoerd (2017). Gezondheid en zorg. In: Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer en Annemarie Wennekers (red.), *De sociale staat van Nederland 2017* (p. 195-228). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kooiker, Sjoerd en Mirjam de Klerk (2015). Bereid en in staat om te helpen. In: Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Inger Plaisier, Peggy Schyns en Sjoerd Kooiker, *Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014* (p. 195-225). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Kraijo, H. (2016). Volhoudtijd van mantelzorgers van naasten met dementie. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 47 nr. 4, p. 145-155.
- Kruijswijk, W. en K. Nanninga (2017). *Wat werkt bij mantelzorgondersteuning*. Utrecht: Movisie.
- Kwekkeboom, M.H., A.H. de Boer, C. van Campen en A.E.G. Dorrestein (2009). *Een eigen huis... Ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Leeuwen, Sylvia van, Johan Snoei, Heleen Seijger-Ackerstaff en Lianne de Jong (2017). *Langer zelfstandig thuis wonen met ernstige beperkingen. Rekenkameronderzoek in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015*. Utrecht: Rekenkamer Utrecht.
- Lier, Wendy van, en Anne Marie Vaalburg (2015). *Samenwerken met mantelzorgers: zo werkt het! Toolkit voor thuiszorgmedewerkers*. Utrecht: Expertisecentrum Mantelzorg / v&vn.
- Linders, Lilian (2010). *De betekenis van nabijheid. Een onderzoek naar informele zorg in een volksbuurt*. Den Haag: Sdu uitgevers.
- Lopez Hartmann, M., J. Wens, V. Verhoeven en R. Remmen (2012). The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. In: *International Journal of Integrated Care*, DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.845>.
- Lopez Hartmann, Maja, Elisa van Assche, Joanna Welvaert, Sibyl Anthierens, Veronique Verhoeven, Johan Wens en Roy Remmen (2017). Hoe ervaren dochters de mantelzorg voor hun bejaarde ouder? Een kwalitatief onderzoek. In: *Huisartsnu*, nr. 3, mei-juni 2017, p. 130-135.
- Mensink, Wouter, Anita Boele en Pepijn van Houwelingen (2013). *Vrijwillige inzet en ondersteunings-initiatieven. Een verkenning van Wmo-beleid en praktijk in vijf gemeenten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Movisie (2015). *Factsheet Ontspoorde Mantelzorg*. Utrecht: Movisie.
- Nies, H. (2017). Informele en formele zorg: over grenzen. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 48, nr. 2, p. 81-83.
- Oldenkamp, Marloes (2018). *Caregiving experiences of informal caregivers. The importance of characteristics of the informal caregiver, care recipient, and care situation* (proefschrift). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Plaisier, Inger (2017). Hulpnetwerken en afstemming van hulp. In: Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Inger Plaisier en Peggy Schyns, *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016* (p. 99-119). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Plaisier, Inger en Alice de Boer (2017). Kennis, vaardigheden en ondersteuning van mantelzorgers. In: Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Inger Plaisier en Peggy Schyns, *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016* (p. 120-141). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Plaisier, Inger, Alice de Boer en Mirjam de Klerk (2015). Gevolgen van mantelzorgen. In: Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Inger Plaisier, Peggy Schyns en Sjoerd Kooiker, *Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014* (p. 146-169). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Putman, Lisa, Debbie Verbeek-Oudijk en Mirjam de Klerk (2017). *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2016. Ontvangen hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rest, Evert van en Bas Schepers (2016). *Informele zorg in het hbo. Bouwstenen voor onderwijs*. Utrecht: Expertisecentrum Mantelzorg.

- Riele, Saskia te en Rianne Kloosterman (2015). *Familiesolidariteit: hulp aan ouders en kinderen*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- rvs (2017). *Heft in eigen hand. Zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- Scholten, C. (2016). *Grenzen verkennen. Wettelijke en juridische aspecten in het samenspel tussen informele en formele zorg*. Utrecht: Vilans.
- Scholten, Cecil en Anita Peters (2015). *Eindrapportage. In voor mantelzorg: samen sterk in zorg en ondersteuning*. Utrecht: Vilans/Movisie.
- Schyns, Peggy (2017). Vrijwilligers in zorg en ondersteuning. In: Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Inger Plaisier en Peggy Schyns, *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016* (p. 142-166). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schyns, Peggy en Alice de Boer (2014). Vrijwilligers in de zorg: slagroom op de taart. In: Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Sjoerd Kooiker, Inger Plaisier en Peggy Schyns, *Hulp geboden. Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van informele hulp* (p. 63-91). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Suanet, B. en T.C. Antonucci (2016). Cohort differences in received social support in later life: the role of network type. In: *The Journals of Gerontology, Series B*, jg. 72, nr. 4, p. 706-715.
- Suanet, Bianca, Marjolein Broese van Groenou en Theo van Tilburg (2017). Social network type and informal care use in later life: a comparison of three Dutch birth cohorts aged 75-84. In: *Ageing and Society*, <https://doi.org/10.1017/S0144686X17001246>.
- Suanet, Bianca, Marieke van Wieringen, Alice de Boer, Bianca Beersma en Olivier Taverne (2018). *Wie zorgt voor degenen die zorgen? Naar een betere mantelzorgondersteuning*. Amsterdam: Institute for Societal Resilience.
- Timmermans, J.M., R. Schellingerhout en A.H. de Boer (2004). Wat heet mantelzorg? Prevalentie van verschillende vormen van mantelzorg in Nederland. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, jg. 82, nr. 4, p. 229-235.
- TK (2012/2013). *Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg*. Bijlage bij: *Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg: naar een waardevolle toekomst*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 april 2013. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 30597, nr. 296.
- TK (2013/2014). *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)*. Memorie van Toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33841, nr. 3.
- TK (2015/2016). *Mantelzorg. Voortgangsrapportage mantelzorg*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 8 juli 2016, vergaderjaar 2015/2016, 30169, nr. 56.
- TK (2017/2018). *Pact voor de ouderenzorg*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 7 december 2017, vergaderjaar 2017/2018, 31765, nr. 290.
- Tonkens, Evelien (2015). *Vijf misvattingen over de participatiesamenleving* (afscheidsrede uitgesproken bij haar afscheid als Bijzonder Hoogleraar Actief Burgerschap aan de Universiteit van Amsterdam op 1 mei 2014). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Verbakel, Ellen (2015). Mantelzorgers in Europa. De rol van betaalde arbeid, generositeit van de gezondheidszorg en nationale normen omtrent zorggedrag. In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, jg. 31, nr. 4, p. 468-490.

- Verbakel, Ellen, Stian Tamlagsrønning, Lizzy Winstone, Erlend L. Fjrer en Terje A. Eikemo (2017). Informal care in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. In: *European Journal of Public Health*, jg. 27, nr. supplement 1, p. 90-95.
- Vernooij-Dassen, Myrra, Alice de Boer, Marjolein E. de Vugt, Franka J.M. Meiland en Rose-Marie Dröes (2017). Mantelzorg bij dementie en de kracht van sociale gezondheid. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, jg. 161, nr. 1878, p. 1-6).
- VNG (2016). *Uitkomsten inventarisatie mantelzorgbeleid*. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.
- Vonk, Frieke, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk en Alice de Boer (2017). Melders en mantelzorgers. In: Peteke Feijten, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering, *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders* (p. 46-61). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- VVD, D66, CDA en ChristenUnie (2017). *Vertrouwen in de toekomst. Regeerakkoord 2017-2021*. Geraadpleegd op 22 januari 2018 via <https://www.rijksoverheid.nl/regering/regeerakkoord-vertrouwen-in-de-toekomst>.
- Waverijn, G. en M. Heijmans (2016). *Het belang van ondersteuning van mensen uit de naaste omgeving voor mensen met astma of COPD*. Utrecht: NIVEL.
- Wieringen, Marieke van, Marjolein Broese van Groenou en Peter Groenewegen (2014). *Hoe thuiszorgorganisaties samenwerking organiseren: visies, praktijken en dilemma's. Rapportage over de samenwerking van thuiszorgmedewerkers met mantelzorgers en andere organisaties*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Wit, Arjen de en René Bekkers (2017). Geven van tijd: vrijwilligerswerk. In: René Bekkers, Theo Schuyt en Barbara Gouwenberg, *Geven in Nederland 2017. Huishoudens, nalatenschappen, fondsen, bedrijven, goede doelentertijen en vrijwilligers* (p. 157-168). Zutphen: WalburgPers.
- Wittenberg, Y., R. Kwekkeboom en L. Schmale (2016). *Respijtzorg in complexe mantelzorgsituaties. Een kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.
- Wittenberg, Y., R. Kwekkeboom, J. Staaks, A. Verhoeff en A. de Boer (2017). Informal caregivers' views on the division of responsibilities between themselves and professionals: a scoping review. In: *Health and Social Care in the Community*, DOI: 10.1111/hsc.12529.
- Zwaard, Joke van der en Maurice Specht (2013). *Betrokken burgers, betrouwbare overheid*. Rotterdam: Kenniswerkplaats Leefbare Wijken Rotterdam.

10 Aanbod en gebruik van formele zorg en ondersteuning bij zelfstandig wonenden

Peteke Feijten, Lia van der Ham en Maaïke den Draak

- In totaal waren er in 2016 ongeveer 700.000 gebruikers van woon- en vervoersvoorzieningen en hulpmiddelen, ruim 400.000 gebruikers van huishoudelijke hulp, ongeveer 250.000 gebruikers van individuele en groepsbegeleiding en 35.000 van verblijf en opvang. Ruim een half miljoen mensen (van 18 jaar en ouder) gebruikten in 2015 verzorging en/of verpleging vanuit de wijkverpleging.
 - Er waren landelijk naar schatting ruim 1 miljoen Wmo-cliënten in 2016.
 - Voor ruim acht op de tien Wmo-melders omvatte de oplossing die voortkwam uit hun ondersteuningsvraag (eind 2015) een maatwerkvoorziening.
 - Acht op de tien gemeenten werken met sociale (wijk)teams. Hoewel deze nog volop in ontwikkeling zijn, is er een positieve tendens te zien naar meer samenwerking met partners in de gemeente en de wijk. Punten van aandacht zijn onder andere werkdruk in de teams en onduidelijkheid in de taakstelling van verschillende partijen.
 - De meerderheid van de gebruikers was tevreden over de kwaliteit van de ondersteuning. Dat geldt zowel voor Wmo-ondersteuning als voor wijkverpleging.
 - Maatwerk en passendheid van ondersteuning lijkt vooral gelegen te zijn in een goed doordachte combinatie van soorten ondersteuning en in de samenwerking van partijen die bij de levering daarvan betrokken zijn.
-

10.1 Inleiding

In dit hoofdstuk schetsen we het aanbod en gebruik van zorg en ondersteuning voor mensen die zelfstandig wonen, en de ervaringen met zorg en ondersteuning van gebruikers en uitvoerders. Het gaat om zelfstandig wonenden die gebruikmaken van de Wmo 2015 en/of wijkverpleging uit de Zvw, en mensen met een Wlz-indicatie die thuis zorg ontvangen. Gemeenten zijn onder de Wmo 2015 verantwoordelijk om een samenhangend aanbod van zorg en ondersteuning aan hun burgers te bieden. Ook kunnen thuiswonenden gebruikmaken van wijkverpleging, betaald uit de Zvw. Voor thuiswonende cliënten met een Wlz-indicatie kan de zorg door verschillende partijen worden geleverd (afhankelijk van of men een Volledig Pakket Thuis (vpt), Modulair Pakket Thuis (mpt) of persoonsgebonden budget (pgb) of een mengvorm daarvan heeft) en die wordt bekostigd vanuit de Wlz¹ (zie voor meer uitleg van de organisatie van Wlz-zorg hoofdstuk 6 (over bedoelingen van de Wlz) en hoofdstuk 8 (over toegang tot de Wlz)).

In hoofdstuk 3 is beschreven welke verwachtingen de wetgever heeft over het totale aanbod van zorg en ondersteuning, over de wetten heen. Daaruit blijkt dat vooral de uit-

gangspunten van zorg worden benoemd: de behoeften van de gebruiker staan centraal, de zorg is multidisciplinair georganiseerd en is aanvullend op wat mensen zelf nog kunnen. De concrete invulling van het Wmo-ondersteuningsaanbod wordt aan gemeenten overgelaten, opdat die integraal, passend bij de behoefte van de melder en van goede kwaliteit is (hoofdstuk 4). In de Wlz zijn de zorginhoudelijke criteria concreter omschreven dan in de Wmo 2015. Tegelijkertijd wordt er een sterkere nadruk gelegd op de uitgangspunten en de verwachte uitkomsten in termen van kwaliteit van leven in vergelijking met de AWBZ (hoofdstuk 6). Voor de wijkverpleging zijn de bestaande zorginhoudelijke criteria behouden. De verschuiving van de wijkverpleging van de AWBZ naar de Zvw betekende wel een nadrukkelijke positionering van de wijkverpleging als een eerstelijnsvoorziening (samen met bv. huisartsenzorg en Wmo-ondersteuning), zoals te lezen is in hoofdstuk 5.

Onderzoeksvragen

Dit hoofdstuk geeft (gedeeltelijk) antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

- In hoeverre worden de doelen van de hervorming van de langdurige zorg en de betreffende wetten en maatregelen behaald voor het wettelijk systeem?
Hier gaat het om de kwaliteit van (het stelsel van) zorg en ondersteuning.
- Welke hulp krijgen mensen met een hulpvraag en hoe ervaren alle betrokkenen deze? Is er sprake van voldoende afstemming tussen alle betrokkenen? Sluit de beschikbare hulp aan op de behoeften van zowel cliënten als mantelzorgers?
- Wat zijn de juridische ontwikkelingen rond besluiten van de gemeenten op aanvragen voor maatwerkvoorzieningen?

Onderzoekbronnen

De belangrijkste bronnen van informatie over zorg en ondersteuning thuis zijn (hoofdstukken uit) de HLZ-onderzoeksrapporten *Zicht op de Wmo 2015* (Feijten et al. 2017) (over Wmo-melders, -mantelzorgers en -gespreksvoerders) en *Evaluatie van de wijkverpleging* (Francke et al. 2017) (over de wijkverpleging). Dit zijn kwantitatieve onderzoeken, gebaseerd op grote aantallen enquêtes onder verse steekproeven uit de respondentgroepen. Ook de kwalitatieve onderzoeken over de uitvoeringspraktijk in de Wlz (Gijzel et al. 2017 voor de sectoren v&v en GHZ, en Lemmens et al. 2017 voor de sector ggz) en over de lokale Wmo-uitvoeringspraktijk in zes gemeenten (Van der Ham et al. 2018) zijn belangrijke bronnen. *De Wmo 2015 in praktijk* (Van der Ham et al. 2018) bevat ook kwantitatieve gegevens uit een enquête die is gehouden onder alle Nederlandse gemeenten (responspercentage 69%). Daarnaast is geput uit *Overall rapportage sociaal domein 2016* (de landelijke rapportage van Pommer en Boelhouwer (2017), vooral het gedeelte gebaseerd op enquêtes onder Wmo-gebruikers). Dit zijn allemaal rapporten met nieuw verzamelde, empirische gegevens en ze bestrijken grofweg de periode eind 2015 en 2016. Ook raadpleegden we de landelijke onderzoeken van Movisie naar sociale wijkteams (Van Arum en Van den Enden 2018; Van Arum en Schoorl 2016). Voor een toelichting op de gebruikte onderzoeksmethoden in deze onderzoeken kunnen de rapporten zelf worden geraadpleegd. Op specifieke thema's zijn ook uitkomsten uit andere onderzoeken relevant.

Informatie over zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonenden is versnipperd en het is daardoor lastig om er een landelijk beeld van te schetsen. Dat komt doordat zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonenden:

- decentraal wordt georganiseerd en uitgevoerd (Wmo 2015);
- verdeeld is over verschillende wettelijke regimes (Wmo 2015 en Zvw, en in beperkte mate de Wlz, namelijk voor Wlz-cliënten die een thuisleveringsvorm kiezen);
- op gemeentelijk niveau is verweven met de uitvoering van de Jeugdwet en de Participatiewet in het kader van het sociaal domein;
- de lichtere/preventieve vormen van zorg en ondersteuning niet altijd als zodanig door gebruikers worden herkend, wat leidt tot onderrapportage in enquêtes.

In dit hoofdstuk staan gegevens die (afhankelijk van de bron) betrekking hebben op gebruikers van formele en informele zorg en ondersteuning, Wmo-melders, Wmo-gebruikers, mensen met een beperking, wijkverplegingscliënten en gebruikers van Wlz-thuisleveringspakketten. In de tekst wordt steeds aangegeven over wie het gaat.

10.2 Zorggebruik bij zelfstandig wonenden met een beperking

Bijna een op de zeven zelfstandig wonende volwassenen gebruikt zorg of ondersteuning thuis

Alvorens in te gaan op het gebruik van verschillende zorg- en ondersteuningssoorten, schetsen we een beeld van het totale zorggebruik in de Nederlandse bevolking die zelfstandig woont. In 2016 ontvingen ruim 2 miljoen mensen zorg en ondersteuning (de vier meest voorkomende typen waren hulp bij het huishouden, hulp bij persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding). Dat is bijna 16% van de zelfstandig wonende Nederlanders van 18 jaar of ouder. Verreweg de meeste mensen met een ernstige lichamelijke beperking gebruikten zulke zorg en ondersteuning: 83%. Onder degenen met een matige en een lichte lichamelijke beperking lag in 2016 het gebruik van zorg en ondersteuning op respectievelijk 55% en 34%. Wat betreft type hulp ging het het vaakst om hulp bij het huishouden (12% van de zelfstandig wonende 18-plussers), gevolgd door begeleiding (4%), persoonlijke verzorging (3%) en verpleging (2%) (Putman et al. 2017).

Het kwam het vaakst voor dat deze zorg en ondersteuning onbetaald werd gegeven door bekenden of vrijwilligers (informele, onbetaalde hulp; 9% van de bevolking kreeg die in 2016). Aan 7% van de bevolking werd zorg en ondersteuning uit publiek gefinancierde bronnen gegeven en 3% gebruikte particulier gefinancierde hulp (Putman et al. 2017). Behalve met de hiervoor genoemde persoonlijke hulpvormen kan men ook worden ondersteund met hulpmiddelen, vervoersoplossingen (bv. de Wmo-taxi of een scootmobiel), of door gebruik te maken van algemene voorzieningen (zoals activiteiten in buurthuizen of een maaltijdservice). Maar landelijke cijfers over het gebruik daarvan zijn er niet, omdat die niet worden geregistreerd en er ook geen gegevens over verzameld zijn in landelijke enquêtes. Zouden die er wel zijn, dan zou het aantal zorg- en ondersteuningsgebruikers hoger liggen dan de zojuist genoemde 2 miljoen.

Zorggebruikers zijn vaak oud en hebben vaak meerdere beperkingen

Mensen die zich in 2015 bij de Wmo meldden, hadden logischerwijs vaak een beperking (in vergelijking met de totale bevolking (figuur 2.1 in hoofdstuk 2). Ruim vier vijfde deel van de Wmo-melders had een lichamelijke beperking, ruim een kwart had een langdurige psychische klacht en bijna een vijfde had een geheugenprobleem. Ongeveer de helft had meer dan één type beperking. De melders bestonden voor een groot deel uit ouderen: bijna twee op de drie waren 65 jaar of ouder (Vonk et al. 2017). Van de wijkverplegingscliënten is niets bekend over hun beperkingen, maar wel weten we dat het vooral ouderen zijn: twee op de drie waren ouder dan 75 jaar (Francke et al. 2017). Over het specifieke profiel van thuiswonende Wlz-cliënten is niets bekend, maar natuurlijk geldt voor hen (evenals voor intramurale Wlz-cliënten) dat de ernst van hun beperkingen blijvend 24 uurszorg of -toezicht vergt (het toegangscriterium tot de Wlz).

10.3 Aanbod van formele zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonenden

In deze paragraaf bespreken we de formele zorg- en ondersteuningssoorten die voor zelfstandig wonenden beschikbaar zijn: algemene en collectieve voorzieningen, Wmo-maatwerkvoorzieningen, wijkverpleging, eerstelijnsverblijf (ELV) en Wlz-zorg.

Aanbod van algemene en collectieve voorzieningen

De gemeente moet volgens de Wmo 2015 algemene maatregelen treffen en algemene voorzieningen aanbieden 'om de sociale samenhang, de toegankelijkheid van voorzieningen, diensten en ruimten voor mensen met een beperking, de veiligheid en leefbaarheid in de gemeente te bevorderen' (Staatsblad 2014: 9) en ook om daarmee mantelzorgers en vrijwilligers te ondersteunen (Staatsblad 2014). Algemene voorzieningen zijn voor alle burgers toegankelijk (al worden er soms wel criteria gehanteerd), zonder dat een onderzoek naar de ondersteuningsvraag nodig is. Zie hoofdstuk 4 voor een uitgebreidere beschrijving van de verwachtingen van de wetgever over het aanbod van algemene en collectieve voorzieningen in het kader van de Wmo 2015.

De VNG heeft voor gemeenten op een rij gezet wat zoal onder algemene voorzieningen kan worden verstaan:

Algemene voorzieningen zijn bijvoorbeeld de verbetering van de toegankelijkheid van gebouwen en voorzieningen, het lokale vervoer en de toegankelijkheid van informatie. Andere algemene voorzieningen met een iets specifiek karakter zijn bijvoorbeeld een klussendienst, een was- en strijkservice, een maaltijdvoorziening, sociaal vervoer, informele buurtzorg, sociaal-culturele voorzieningen, opvang voor dak- en thuislozen die uitsluitend bestaat uit slapen en eten zonder verdere ondersteuning of meer specifiek, winteropvang. Gemeenten kunnen, indien zij dit wensen, de diensten van bijvoorbeeld een sociaal wijkteam in de vorm van een algemene voorziening organiseren. (VNG 2015: 2)

Welke algemene voorzieningen gemeenten precies aanbieden en in welke omvang is niet vast te stellen, vanwege de aard van de voorziening (er is geen intake en dus geen registra-

tie voor nodig). Van de gemeentelijke Wmo-gespreksvoerders zei ongeveer twee derde dat hun gemeente sinds 1 januari 2015 meer inzet op algemene voorzieningen dan daarvoor (Schellingerhout en Schyns 2017). Uit de gemeentelijke enquête die Mensink en Van der Ham (2018) bespreken, bleken bepaalde voorzieningen in 2017 veel vaker dan vóór 2015 als algemene voorziening te worden aangeboden, vooral dagbesteding en huishoudelijke hulp. De vernieuwende voorbeelden van dagbesteding die Van der Ham et al. (2018) tegenkwamen, betroffen laagdrempelige inloopactiviteiten in de wijk, gericht op ontmoeting en vaak ook op het mengen van verschillende doelgroepen, of arbeidsmatige dagbesteding die raakt aan het terrein van de Participatiewet. Van Houten et al. (2017) zagen in hun onderzoek dat binnen groepsbegeleiding/dagbesteding steeds vaker vormen, doelen en doelgroepen werden gemengd, maar dat er tegelijkertijd meer specialistische vormen werden ontwikkeld wanneer daar behoefte aan bleek.

De toename van hulp bij het huishouden als algemene voorziening is toe te schrijven aan het feit dat een deel van de gemeenten hulp bij het huishouden niet langer (volledig) als maatwerkvoorziening aanbiedt (Pommer et al. 2017). Deze gemeenten stellen bijvoorbeeld de eerste twee uur huishoudelijke hulp per week als algemene voorziening beschikbaar en het eventuele meerdere als maatwerkvoorziening. Dit is onder bepaalde voorwaarden toegestaan, die door enkele richtinggevende uitspraken van de Centrale Raad van Beroep (CRvB) in de loop van 2016 duidelijk geworden zijn (kader 10.1).

Kader 10.1 Jurisprudentie over huishoudelijke hulp in de Wmo 2015 als algemene of maatwerkvoorziening

Doordat bij de invoering van de Wmo 2015 is bezuinigd op het budget voor de hulp bij het huishouden, zijn gemeenten plannen gaan ontwikkelen om deze bezuinigingen op te vangen. Daarbij waren diverse varianten te zien, die uiteenliepen in de mate waarin ze tot de verantwoordelijkheid van de gemeente werden gerekend. Het meest vergaand was de veronderstelling dat hulp bij het huishouden ‘algemeen gebruikelijk’ was, en dus niet onder de reikwijdte van de Wmo 2015 viel en daarom niet meer hoefde te worden aangeboden. Een variant hierop bestond uit een bijzondere interpretatie van het begrip ‘zelfredzaamheid’ in de Wmo 2015-wettekst (Staatsblad 2014: 2). Daarin wordt gesproken over ‘het voeren van een gestructureerd huishouden’. Hieruit werd de conclusie getrokken dat alleen nog hulp bij het huishouden waarbij ook de regie moest worden overgenomen onder de Wmo 2015 zou vallen. Kon men zelf de regie voeren, dan waren er geen problemen met het voeren van een gestructureerd huishouden en was hulp bij het huishouden geen taak van de Wmo 2015, zo was de redenering. Weer andere gemeenten maakten van hulp bij het huishouden een algemene voorziening. Voor de eerste twee of drie uur moest men zelf aankloppen bij een aanbieder en de hulp moest men ook zelf betalen. Daarnaast zette een aanzienlijk deel van de gemeenten in 2015 de hulp bij het huishouden ongewijzigd voort.

Cliënten die het niet met deze gang van zaken eens waren, hebben rechtszaken tegen de gemeente waar ze woonden aangespannen. Na een reeks uitspraken van de CRvB in 2016 (ECLI:NL:RBNNE:2014:6176; ECLI:NL:CRVB:2016:1402; ECLI:NL:CRVB:2016:1403; ECLI:NL:CRVB:2016:1404; ECLI:NL:CRVB:2016:1491) werd duidelijk wat de wettelijke eisen zijn aan huishoudelijke hulp in het kader van de Wmo 2015. Deze luiden als volgt.

- Hulp bij het huishouden behoort tot de onderdelen die in het kader van de Wmo 2015 verstrekt moeten worden als daar aanleiding toe bestaat. Hulp bij het huishouden is dus niet ‘algemeen gebruikelijk’ en ook niet beperkt tot de regiefunctie.
- Hulp bij het huishouden mag in de vorm van een algemene voorziening worden verstrekt, maar dan moeten de kosten daarvan in de verordening staan, de gemeente moet contracten hebben met de aanbieders ervan, de gemeente moet onderzoeken of per concreet geval de algemene voorziening tot het gewenste resultaat leidt en of deze door betrokkene kan worden betaald.
- Een gemeente mag de oude normen aanpassen en vervangen door nieuwe normen, maar de nieuwe normen moeten met een objectief onderzoek onderbouwd zijn en duidelijk moet zijn dat daarmee het te bereiken resultaat voor de cliënten kan worden behaald.
- Een gemeente die resultaatgericht wil indiceren, mag dat doen, mits de resultaten zijn gebaseerd op een duidelijke en objectief vastgestelde maatstaf, zodat betrokkene concreet weet waar hij/zij recht op heeft in het kader van het te behalen resultaat.

Aanbod van Wmo-maatwerkvoorzieningen

Maatwerkvoorzieningen zijn individueel en op maat toegekende voorzieningen die ‘een passende bijdrage leveren aan de zelfredzaamheid of participatie van de betrokkene, en deze in staat stellen zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving te blijven wonen’ (TK 2013/2014: 10). In de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (GMSD)² worden vier soorten maatwerkvoorzieningen onderscheiden:

- hulp bij het huishouden;
- ondersteuning thuis (o.a. begeleiding, persoonlijke verzorging, dagbesteding en kortdurend verblijf);
- hulpmiddelen en diensten (o.a. woondiensten en -voorzieningen, vervoersdiensten en -voorzieningen, en rolstoelen);
- verblijf en opvang (beschermd wonen en (spoed)opvang).

Vrijwel elke gemeente heeft deze vormen in haar aanbod (soms in een regionaal samenwerkingsverband), maar er zijn geen landelijke cijfers over het totale aanbod. Het gebruik is wel bekend en komt aan de orde in paragraaf 10.4.

Aanbod van verpleging en verzorging thuis

Gefinancierd uit de Zvw bieden wijkverpleegkundigen verschillende soorten verpleegkundige hulp aan zelfstandig wonenden. Onder wijkverpleging vallen (Francke et al. 2017):

- persoonlijke verzorging (incl. oproepbare verzorging);
- verpleging (incl. oproepbare verpleging en gespecialiseerde verpleging);
- advies, instructie en voorlichting (om een goede omgang van patiënten met hun ziekte/aandoening te bevorderen);
- ketenzorg dementie.

Er werden in 2015 ruim 47 miljoen uren wijkverpleging verleend (waarvan 9,5 miljoen verpleging en 38 miljoen verzorging) en ruim 49 miljoen in 2016 (CBS 2017b). In 2014 werkten er in alle gemeenten bij elkaar ruim 61.000 wijkverpleegkundigen/-verzorgenden (de meeste met een mbo-opleiding en bijna 8000 met een hbo-opleiding) (Bloemendaal et al. 2015; Van der Windt en Bloemendaal 2015).

In 2015 en 2016 hadden wijkverpleegkundigen naast cliëntgebonden taken ook de taak ‘wijkgericht werken’, met de bedoeling dat ze bezigheden ontplooiden om het medische en het sociale domein in hun werk dichterbij elkaar te brengen, en daarmee de samenhang in zorg en ondersteuning in de wijk te bevorderen. In praktijk bleek dit moeilijk te realiseren en al gauw ontstonden er aparte functies voor wijkverpleegkundigen die cliëntgebonden taken deden en wijkverpleegkundigen die integrerende taken op wijkniveau deden. Omdat dit voor de integrale benadering voor de wijkverpleging als geheel weinig betekende, is de taak ‘wijkgericht werken’ met ingang van 2017 weer afgeschaft, al bestaat de mogelijkheid nog wel voor gemeenten die dit toch graag willen blijven doen (Francke et al. 2017; zie ook hoofdstuk 5).

Aanbod van eerstelijnsverblijf

Bij het aanbod voor thuiswonenden hoort ook eerstelijnsverblijf (ELV) (sinds 1 januari 2017 vallend onder de Zvw). Dit is medisch noodzakelijke zorg inclusief verblijf voor als het thuis tijdelijk niet gaat (bv. na een ziekenhuisopname) (zie ook § 7.3). ELV wordt geboden binnen de muren van zorginstellingen zoals verpleeghuizen, revalidatie-instellingen of hospices.

Aanbod van Wlz-zorg thuis

Mensen die een indicatie voor Wlz-zorg hebben maar zelfstandig willen wonen, staan verschillende mogelijkheden ter beschikking: het persoonsgebonden budget (pgb), het modulair pakket thuis (MPT) en het volledig pakket thuis (VPT) (zie ook § 8.5). Een uitgebreide toelichting op de inhoud en voorwaarden van deze pakketten is te vinden op de website van Zorginstituut Nederland (Zorginstituut Nederland 2017a). Voor wie dat nodig heeft, is onder bepaalde voorwaarden meerzorg³ beschikbaar.

Het totale aanbod van Wlz-zorg thuis is niet bekend (gebruik wordt besproken in § 10.4), maar wel is bekend hoeveel mensen er wachten op Wlz-zorg thuis (‘Wlz extramuraal’), omdat de juiste zorg niet direct beschikbaar is. Dit is te interpreteren als aanbodtekort. In totaal waren er in 2015 gemiddeld 147 wachtenden per kwartaal, in 2016 gemiddeld 74 per kwartaal en in 2017 gemiddeld 68 (over de eerste drie kwartalen) (CBS 2017a).⁴

10.4 Gebruik van het aanbod

In deze paragraaf wordt gebruik van het zorgaanbod besproken in termen van aantallen gebruikers. In hoofdstuk 15 zijn gegevens te vinden over het gebruik in termen van uitgaven.

Gebruik van Wmo-ondersteuning

Zoals gezegd vallen er verschillende soorten voorzieningen onder de noemer Wmo-ondersteuning. Het belangrijkste onderscheid daarbinnen is tussen maatwerkvoorzieningen en overige soorten ondersteuning. Het gebruik van maatwerkvoorzieningen wordt geregistreerd, waardoor het gebruik bekend is. Bij overige soorten Wmo-ondersteuning is dat niet het geval.

Van degenen die zich in 2015 voor maatschappelijke ondersteuning bij hun gemeente meldden, ontvingen ruim acht op de tien een Wmo-maatwerkvoorziening als uitkomst van het gemeentelijk onderzoek. Ongeveer een op de tien melders had als uitkomst (ook) het zelf kopen van ondersteuning en eenzelfde aandeel (ook) het vragen van (meer) hulp aan familie, vrienden of vrijwilligers (Marangos en Schyns 2017).

Waar het zojuist ging over mensen die zich in 2015 bij het Wmo-loket van hun gemeente meldden, zijn er ook gebruikscijfers bekend over het totale gebruik van Wmo-maatwerkvoorzieningen (melders plus bestaande gebruikers in een jaar). De gebruikscijfers zijn af te leiden uit twee bronnen: de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (GMSD) en het CAK.

Tabel 10.1

Gebruik van Wmo-ondersteuning, 2016 en eerste helft 2017^a (in absolute aantallen)

	2016	eerste helft 2017 ^a
	aantal	aantal
hulp bij het huishouden	409.000	353.000
ondersteuning thuis ^b	265.000	229.000
hulpmiddelen en diensten ^c	702.000	619.000
verblijf en opvang ^d	35.000	29.000

a Voorlopige cijfers.

b Omvat begeleiding, persoonlijke verzorging, kortdurend verblijf, overige ondersteuning gericht op het individu of huishouden/gezin, dagbesteding, overige groepsgerichte ondersteuning, overige maatwerkarrangementen.

c Omvat woondiensten, vervoersdiensten, rolstoelen, vervoervoorzieningen, woonvoorzieningen, overige hulpmiddelen.

d Omvat beschermd wonen, opvang, spoedopvang, overige beschermd wonen en opvang.

Bron: CBS StatLine⁵

GMSD-gegevens worden door gemeenten zelf verzameld en aangeleverd aan het CBS. Tabel 10.1 laat zien dat in 2016 ruim 700.000 mensen woon- en vervoersvoorzieningen en hulpmiddelen gebruikten; ruim 400.000 kregen hulp bij het huishouden; 265.000 mensen kregen begeleiding, dagbesteding en overige individuele en groepsgerichte ondersteuning en 35.000 maakten gebruik van verblijf en opvang. Deze cijfers overlappen gedeeltelijk, doordat mensen meer dan één soort voorziening kunnen gebruiken. Hulp bij het huishouden en hulpmiddelen en diensten worden vooral door ouderen gebruikt

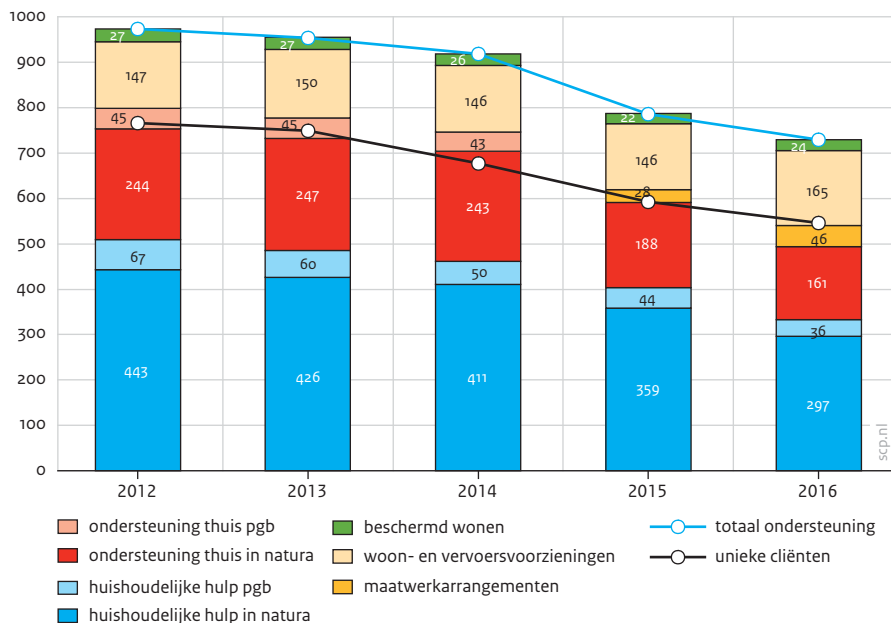
(Pommer et al. 2017). In termen van unieke gebruikers (exclusief overlap) schat het CBS (2018) op basis van de GMSD-cijfers dat er landelijk 1.054.000 Wmo-cliënten waren in 2016. Daarvan is de leeftijdsverdeling niet bekend.

CAK-gegevens zijn gebaseerd op registraties van eigen bijdragen die mensen moeten betalen voor het gebruik van Wmo-maatwerkvoorzieningen. Die eigen bijdragen worden door het CAK geïnd namens de gemeenten. Figuur 10.1 toont het aantal gebruikers van Wmo-maatwerkvoorzieningen afkomstig uit de CAK-gegevens voor de jaren 2012 tot en met 2016. Uit deze periode en aanvullende analyses concluderen Pommer et al. (2017) dat het gebruik van maatwerkvoorzieningen daalt.⁶ Dit hoeft niet automatisch te betekenen dat het gebruik van Wmo-ondersteuning over de hele linie daalt, want het gebruik van ondersteuning die geen maatwerkvoorziening is, valt hier niet onder.

Een mogelijke oorzaak voor dalend gebruik van maatwerkvoorzieningen is de toename in het heffen van eigen bijdragen in de periode tot aan 2015 (meer gemeenten zijn dat gaan doen, en ook voor meer verschillende soorten ondersteuning; zie ook hoofdstuk 15 voor de ontwikkelingen in eigen bijdragen en § 7.1 voor de ervaringen van melders daarmee).

Figuur 10.1

Gebruik van Wmo-maatwerkvoorzieningen, 2012-2016 (in duizenden personen)



Bron: CAK (Wmo-registratie 2012-2016) scp-bewerking

Merk op dat het gebruik van Wmo-ondersteuning op basis van de GMSD-gegevens veel groter lijkt. Dat komt doordat gemeenten ook rapporteren over voorzieningen waarvoor ze geen eigen bijdrage heffen. De CAK-datareeks is vooral nuttig om de trend in gebruik te laten zien, en de GMSD-gegevens om te laten zien hoeveel Wmo-voorzieningen er in totaal worden gebruikt. Hoewel er aan de hier getoonde bronnen nadelen kleven (voor nadere toelichting hierop zie Pommer et al. 2017: 197), is het de best beschikbare landelijke informatie over het gebruik van Wmo-voorzieningen.

Informele hulp

Naast alle genoemde vormen van formele zorg en ondersteuning is ook informele hulp een belangrijke bron van zorg en ondersteuning. Het aanbod en gebruik van informele hulp en van mantelzorgondersteuning komen aan bod in hoofdstuk 9.

Algemene voorzieningen worden gebruikt, maar lang niet door iedereen

Ruim twee op de tien Wmo-melders gebruikten algemene voorzieningen (zie tabel 10.2). Daarnaast zijn er gebruikers van algemene voorzieningen die zich niet bij de Wmo hebben gemeld. Het gebruik van algemene voorzieningen is notoir lastig te meten (want het wordt nergens geregistreerd, en mensen herkennen dat wat ze gebruiken niet altijd als een 'algemene voorziening'). Er is daarom in het SCP-onderzoek *De Wmo 2015 in praktijk* naar gevraagd bij gemeenteambtenaren, met het idee dat zij een brede blik hebben op het voorzieningengebruik in hun gemeente. Volgens hen bieden gemeenten specifieke voorzieningen vaker aan als algemene voorziening dan onder de 'oude' Wmo (zie § 10.3). En in bijna de helft van de gemeenten zeggen ambtenaren dat inwoners sinds 2015 meer 'lichte' voorzieningen zijn gaan gebruiken (waartoe ook algemene voorzieningen worden gerekend) (Mensink en Van der Ham 2018).

Tabel 10.2

Gebruik van algemene voorzieningen, Wmo-melders, 2016 (in procenten, n = 2295)

gebruikt minstens één soort algemene voorziening	22	
dagbesteding, dagopvang, inloophuis		10
hulp om onder de mensen te komen (bv. vervoer of hulp bij het leggen van contacten zoals een maatje)		2
maaltijdverzorging, zoals maaltijdservice, tafeltje-dek-je of een buurtrestaurant		3
overige algemene voorzieningen, bv. inloop of activiteiten in het buurthuis, klussendienst, boodschappenservice, was- en strijkservice		9

Bron: SCP (HLZ-M'16)

Verschuiving van zware naar lichte zorg niet zichtbaar

Hoewel een deel van de gemeenten dus een toename in het gebruik van lichtere voorzieningen sinds 2015 rapporteert, zien gemeenten het gebruik van zwaardere voorzieningen niet op grote schaal dalen: volgens 24% van alle gemeenten daalt bij hen het

gebruik van zwaardere voorzieningen en 20% rapporteert een stijging. Bij 35% bleef het ongeveer gelijk en de rest wist het niet (Mensink en Van der Ham 2018). Uit grootschalig onderzoek onder Wmo-melders bleek dat nog steeds vier op de vijf mensen die zich melden met een ondersteuningsbehoefte een maatwerkvoorziening kregen (Marangos en Schyns 2017). Dit komt overeen met de bevinding dat gemeenten het vaakst aangeven dat het gebruik van zwaardere voorzieningen niet is veranderd. Tegelijkertijd zien gemeenten een stijgend gebruik van lichte voorzieningen. Misschien gaat het onder melders om lichtere maatwerkvoorzieningen dan voorheen, of om een kleiner aantal maatwerkvoorzieningen per persoon. Ook is het mogelijk dat het gebruik van lichtere en van zwaardere voorzieningen geen ‘communicerende vaten’ zijn; het is in het hervormde zorgstelsel goed denkbaar dat mensen nog even vaak als voorheen zwaardere voorzieningen gebruiken en daarnaast meer lichtere voorzieningen zijn gaan gebruiken. Dat kan erop duiden dat de omslag naar minder gebruik van zware voorzieningen nog wat meer tijd nodig heeft (of zal uitblijven).

Daarnaast is het goed om in gedachten te houden dat de Wmo 2015 een groep bedient die voorheen vaak naar een instelling verhuisde, zoals ouderen met een middelzware tot zware zorgbehoefte (maar niet zwaar genoeg voor een Wlz-indicatie). Zij gebruiken meestal een combinatie van Wmo-ondersteuning en wijkverpleging. De door hen gebruikte zorg vormt allicht een flink deel van het totale Wmo-gebruik en versluiert zo het misschien wél lichtere ondersteuningsgebruik van overige Wmo-doelgroepen.

Gebruik van wijkverpleging

In 2015 gebruikten ruim een half miljoen mensen van 18 jaar of ouder wijkverpleging (Vektis 2017).

Gebruik van eerstelijnsverblijf

Het ELV wordt vooral gebruikt door ouderen met een hoogcomplexe zorgbehoefte. Bij aanvang van het ELV (begin 2015) was de verdeling over ELV basis, intensief en palliatief respectievelijk 31%, 46% en 24%. Over het gehele jaar 2015 maakten 11.371 unieke patiënten gebruik van het ELV en dat was meer dan verwacht (Remmerswaal et al. 2016). In 2016 nam het gebruik verder toe ten opzichte van 2015, met 29% (in aantal gebruikers). Deze stijging is fors groter dan de stijging van het aantal 65-plussers in de bevolking (NZA 2017).

Het budget voor ELV is meerdere malen tussentijds bijgesteld, omdat de groei veel groter was dan op basis van de demografische gegevens werd verwacht. De eerste raming van het ministerie van vws is destijds gemaakt op basis van aantallen cliënten die na opname ook weer daadwerkelijk naar huis zijn teruggekeerd (exclusief de palliatieve opnamen). Er was geen rekening gehouden met cliënten die zijn doorgestroomd naar langdurig verblijf, vanuit het idee dat bij aanvang van de ELV-zorg altijd helder zou zijn of terugkeer naar huis wel of niet mogelijk was. Maar uit cijfers van het ciz (eind 2015) bleek dat 24% van de cliënten met een ELV-besluit in de eerste helft van 2015 alsnog doorstroomde naar de Wlz (Ubink-Bontekoe en Spierenburg 2018).

Gebruik van Wlz-zorg thuis

Aan het begin van het vierde kwartaal van 2017 waren er bijna 60.000 mensen die Wlz-zorg thuis gebruikten (vetgedrukte kolommen van tabel 10.3). Zij vormen bijna een vijfde deel van alle Wlz-cliënten. Het pgb komt van alle thuisleveringsvormen het meest voor, en dan vooral in de gehandicaptensector. Het komt ook voor dat (ouders van) een aantal cliënten hun pgb's bij elkaar leggen om een kleinschalige woonvoorziening te stichten en de zorg die daar wordt geleverd gezamenlijk in te kopen (Plaisier en De Klerk 2018; Regelhulp 2018).

Tabel 10.3

Schatting van het aantal mensen met een Wlz-indicatie, naar leveringsvorm, 1 oktober 2017 (in absolute aantallen)

	MPT	pgb	VPT	opgenomen + wachtlIJst ^a	totaal geïndiceerd
v&v	6.761	7.423	6.449	137.434	158.067
GHZ	13.045	22.294	3.552	91.835	130.726
ggz	41	4	7	8.009	8.061
overig	–	–	–	2.157	2.157
totaal	19.847	29.721	10.008	239.435	299.011

a Een deel van de personen die op de wachtlIJst voor opname staan, ontvangt thuis al enige vorm van Wlz-zorg (in functies); zie ook tabel 13.1 in hoofdstuk 13.

Bron: Zorginstituut Nederland (scp-bewerking)

10.5 Aard van de geboden zorg en ondersteuning aan zelfstandig wonenden

Wmo-ondersteuning

Gemeenten zijn onder de Wmo 2015 verplicht om aan inwoners met een ondersteuningsbehoefte 'passende' ondersteuning te bieden. Onder 'passend' verstaat de wetgever dat de ondersteuning mensen in staat moet stellen om de noodzakelijke algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) te doen, een gestructureerd huishouden te voeren en te participeren, en dat de ondersteuning moet zijn afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van het individu, ofwel er moet maatwerk worden geleverd. Om tot een passend aanbod te komen, is volgens de staatssecretaris aandacht nodig voor vernieuwing van het aanbod, waar mogelijk inzet van 'lichte' vormen van ondersteuning (o.a. algemene voorzieningen) en kwaliteit van de ondersteuning (TK 2013/2014).

Mensink en Van der Ham et al. (2018) vroegen in interviews met gemeentemedewerkers en aanbieders wat zij doen om ondersteuning te kunnen bieden die passend is. Daarin kwam een aantal aspecten regelmatig naar voren: (ruimte voor) creatief en 'out of the box' denken, brede gespreksvoering, het aanbieden van de benodigde voorzieningen en het bevorderen van samenwerking en integraal werken. Bepaalde vormen van onder-

steuning merkten ze relatief vaak als passende ondersteuning aan: begeleiding, doorverwijzing (via een spil- of makelaarsfunctie), informele ondersteuning en preventief werken. In de praktijk lopen de betrokken partijen ook tegen beperkingen aan, zoals financiële kaders, inflexibele contracten tussen gemeenten en aanbieders, en factoren die integraal werken belemmeren (concurrentie tussen aanbieders, bureaucratie, hiërarchische organisatiestructuren en onwennigheid).

Een enquête onder gemeenten in 2017 toonde dat de overgrote meerderheid (84%) van mening was dat het huidige ondersteuningsaanbod in hun gemeente voldoende mogelijkheid biedt om aan alle burgers met een ondersteuningsbehoefte passende ondersteuning te bieden (Mensink en Van der Ham 2018). Dat neemt niet weg dat vernieuwing van het ondersteuningsaanbod in 78% van de geënquêteerde gemeenten een speerpunt van het beleid is. Bovendien schatte 66% van de gemeenten in dat aanbieders positief tegenover vernieuwing stonden.

Movisie inventariseerde in 2015 hoe gemeenten aan de slag gingen met het aanbod van algemene en preventieve voorzieningen. Veel gemeenten bleken op zoek naar mogelijkheden om het aanbod te vernieuwen, maar daarin nog weinig concrete stappen te hebben gezet (Lammersen et al. 2016). Een à twee jaar later waren in die gemeenten veel meer initiatieven ontplooid (Van Houten et al. 2017). Toch meende in 2017 slechts vier op de tien gemeenten in de enquête dat aanbieders hun aanbod sterk hebben veranderd sinds de invoering van de Wmo 2015 (Mensink en Van der Ham 2018). Volgens een meerderheid van de bevroegde gemeenten vernieuwen aanbieders van zorg en ondersteuning hun aanbod door samen te werken met andere aanbieders, meer uit te gaan van de behoeften en wensen van de cliënt, meer samen te werken met informele hulpverleners en door andere vormen van ondersteuning aan te bieden. In interviews met gemeenten en zorgaanbieders is dagbesteding de meest genoemde ‘vernieuwde’ voorziening (Mensink en Van der Ham 2018). Daarnaast leggen gemeenten de nadruk op kleinschaligheid en aanbod van ‘lichtere’ ondersteuning.

Om integraal werken te bevorderen, hebben gemeenten in de afgelopen jaren (ook al vóór 2015) sociale (wijk)teams opgezet. In 2017 werkte acht op de tien gemeenten met een of meerdere sociale (wijk)teams (Van Arum en Van den Enden 2018; Van der Ham en Den Draak 2018). De meest voorkomende vorm is het brede, integrale team waar zoveel mogelijk hulpvragen binnen het (wijk)team worden opgepakt. In de meerderheid van de gemeenten behoren casusregie (83%) en het bieden van kortdurende ondersteuning (77%) tot de taken van de (wijk)teams (Van Arum en Van den Enden 2018). Het bieden van langdurige ondersteuning en uitvoering van tweedelijnszorg behoren veel minder vaak tot het takenpakket (resp. 18% en 9%). Bij inschakeling van specialisten van buitenaf voor de uitvoering van tweedelijnszorg behoudt het team wel vaak de regie. In 57% van de gemeenten voert het sociaal (wijk)team kortdurende ondersteuning en zorg zelf uit, terwijl langdurige ondersteuning en zorg worden overgedragen aan tweedelijns of derdelijns zorgprofessionals (Van Arum en Van den Enden 2018). Een punt van zorg is de toegenomen complexiteit van vraagstukken, waardoor de teams met zware problematiek te maken hebben die specifieke expertise vergen (Van Arum en Van den Enden 2018). Daar-

naast komen sociale (wijk)teams nog onvoldoende toe aan preventief werken en vroegsignalering (Van Arum en Van den Enden 2018; Jansen et al. 2017; Kolner 2017).

Al met al lukt het volgens gemeenten doorgaans om ondersteuning te bieden die bij de wensen en behoeften van een burger past. In de enquête onder gemeenten van Mensink en Van der Ham (2018) zei ruim een derde deel dat het soms niet lukt en slechts 2% dat het regelmatig of vaak niet lukt.⁷ Als redenen waarom het niet lukt, noemden gemeenten het vaakst te hoge eisen en verwachtingen aan de kant van de cliënt of ontbrekend aanbod (bv. passende woningen).

Zorg aan zelfstandig wonende mensen met psychische en psychosociale problemen

De meeste mensen met psychische of psychosociale problemen wonen zelfstandig en ontvangen ambulante (woon)begeleiding en/of behandeling. Behandeling wordt geboden vanuit de Zvw en valt buiten het bereik van deze evaluatie van de HLZ. Het gebruik van beschermde woonvormen komt aan bod in hoofdstuk 12. Zelfstandig wonenden met psychische of psychosociale problemen kunnen een beroep doen op Wmo-ondersteuning. Vanwege de aard van hun problematiek gaat het bij maatwerkvoorzieningen vooral om begeleiding. Van de Wmo-melders met een psychisch of psychosociaal probleem ontving ruim een derde deel begeleiding als uitkomst van hun melding (Marangos en Schyns 2017). Daarnaast vallen onder de Wmo 2015 lichtere ondersteuningsvormen, zoals het algemeen maatschappelijk werk en inloop-ggz, maar daarvan is het gebruik niet bekend. Van de respondenten van het panel Psychisch Gezien⁸ had bijna een kwart contact gehad met het Wmo-loket en een tiende deel met het sociaal wijkteam (Van Hoof et al. 2016). Over het precieze gebruik van Wmo-gefinancierde ambulante begeleiding zijn vanwege registratiewijzigingen geen recente trendcijfers beschikbaar. Volgens Van Hoof et al. (2016) wijzen resultaten van de Wmo-monitor van GGZ Nederland, de RIJW Alliantie en de Federatie Opvang niet op substantiële uitbreidingen van de ambulante Wmo-begeleiding.

Wlz-zorg thuis

De thuisleveringsvormen vpt, mpt en pgb worden meestal gekozen omdat men het belangrijk vindt om in de vertrouwde woning of met partner/gezin te wonen (Gijzel et al. 2017). Zorg die wordt betaald uit een pgb kan heel persoonlijk worden afgestemd, omdat heel specifieke afspraken kunnen worden gemaakt met de zorgverlener over bijvoorbeeld het tijdstip of de manier waarop de zorg wordt verleend. Er is precies voorgeschreven welke zorgvormen wel en niet vanuit de Wlz worden geleverd (zo ontvangt men bij een mpt geen maaltijden en bij een vpt wel). In een Wlz-thuisituatie wordt bijna altijd (veel) mantelzorg gegeven, in aanvulling op de Wlz-zorg (Gijzel et al. 2017). Hoewel bij de indicatiestelling voor toegang tot de Wlz niet wordt gekeken naar de beschikbaarheid van mantelzorg, is het in de praktijk vaak zo dat thuis blijven wonen alleen kan dankzij de ondersteuning van mantelzorgers. Klantadviseurs van zorgkantoren laten de rol van mantelzorg dan ook altijd meespelen in de bewustekeuzegesprekken die ze voeren met Wlz-cliënten die voor een pgb willen kiezen (Van Klaveren et al. 2017).

10.6 Ervaringen van cliënten met ondersteuning en de kwaliteit daarvan

De wetgever benadrukt het belang van goede kwaliteit van zorg en ondersteuning, zowel in de Wlz, in de wijkverpleging onder de Zvw als in de Wmo 2015. Voor elke sector zijn kwaliteitsstandaarden ontwikkeld, die veldpartijen houvast geven over waaraan de geleverde zorg zoal moet voldoen om van een objectieve minimumkwaliteit te zijn. Voorbeelden zijn het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, dat ook betrekking heeft op Wlz-zorg thuis, en het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, beide aangenomen in 2017 door Zorginstituut Nederland (Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017; Zorginstituut Nederland 2017b).

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ; voorheen de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ)), die sinds 2015 verantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorg thuis bekostigd uit de Zvw en de Wlz, heeft het toetsingskader 'Toezicht op netwerken in de zorg thuis' ontwikkeld om de kwaliteit te bewaken. Voor de Wmo 2015 moeten gemeenten zelf kwaliteitsstandaarden bepalen en die vastleggen in hun beleidsverordening (Staatsblad 2014). Daarnaast is kwaliteit een persoonlijke ervaringskwestie van cliënten; dat is de meer subjectieve kant van kwaliteit. Op deze subjectieve kwaliteitservaring ligt de nadruk in dit rapport. Onderzoek naar de objectieve kwaliteit gebeurt door onder andere de NZa ('aan de voorkant', dus bij de toelating van nieuwe zorgverleners) en de IGJ ('aan de achterkant', dus door kwaliteitscontroles bij bestaande zorgverleners). Verschillende partijen in Nederland verzamelen en ontsluiten kwaliteitsinformatie. Zo kunnen gebruikers van zorg en ondersteuning hun kwaliteitservaring delen met anderen op de website Zorgkaart Nederland⁹.

Uit de enquête onder gemeenten in het onderzoek van Mensink en Van der Ham (2018) werd duidelijk hoe gemeenten de kwaliteitscontrole van Wmo-ondersteuning aanpakken. Bijna alle gemeenten bouwen kwaliteitsbewaking in aan het begin (via het stellen van eisen aan aanbieders bij de inkoop; 95% van de gemeenten) en achteraf (via de uitkomsten van het gemeentelijke cliëntervaringsonderzoek; 99% van de gemeenten). Bovendien gebruiken de meeste gemeenten instrumenten om tussentijds de kwaliteit te bewaken, zoals periodiek overleg met aanbieders (88%) en het bijhouden van bezwaarschiften (75%). Toch zijn gemeenten vaak nog zoekende naar manieren om toezicht te houden die passend zijn voor de Wmo 2015, zo bleek uit de interviews met gemeenten. De huidige manieren om de kwaliteit van Wmo-ondersteuning te meten, leveren volgens hen bijvoorbeeld beperkt inzicht in de kwaliteit van nieuwe ondersteuningsvormen (bv. begeleiding of dagbesteding) en algemene voorzieningen (Mensink en Van der Ham 2018).

Het merendeel van de Wmo-melders was tevreden over de oplossing

Aan mensen die zich eind 2015 met een ondersteuningsbehoefte bij hun gemeente melden, is gevraagd welke oplossing er voortkwam uit het gemeentelijk onderzoek naar hun ondersteuningsbehoefte, en wat ze van de oplossing vonden. Twee derde deel was (heel) tevreden met de oplossing. Ze waren tevreden omdat de ondersteuning hun probleem

oploste, hen weer zelfstandiger maakte, of hun mantelzorgers ontlastte. Ook onder de mensen die in 2016 meededen aan het cliëntervaringsonderzoek in hun gemeente¹⁰ overheerste tevredenheid: bijna acht op de tien waren het eens met de stelling ‘de ondersteuning die ik krijg past bij mijn hulpvraag’ (VNG 2017).

Wmo-melders uit het onderzoek van Feijten et al. (2017) bij wie de oplossing een maatwerkvoorziening omvatte, waren vaker tevreden dan Wmo-melders bij wie de oplossing (ook) bestond uit een verwijzing naar algemene voorzieningen, het advies om hulp te vragen in het sociale netwerk en/of zelf ondersteuning te kopen. Mensen die ontevreden waren over de oplossing gaven daarvoor diverse redenen aan: hun probleem werd er niet door opgelost, de geadviseerde (extra) ondersteuning uit het eigen netwerk was volgens hen niet mogelijk, of de totstandkoming van de oplossing duurde te lang (Marangos en Schyns 2017). De gespreksvoerders van gemeenten waren zelf overwegend van mening dat het meestal goed of voldoende lukte om een passende oplossing voor Wmo-melders te vinden.

Mantelzorgers van Wmo-melders waren kritischer dan de melders zelf

Mantelzorgers van Wmo-melders waren kritischer dan de melders zelf: slechts vijf op de tien mantelzorgers waren (heel) tevreden over de oplossing die uit het gemeentelijk onderzoek kwam en bijna twee op de tien waren (heel) ontevreden (de rest was neutraal of wist het niet). Vaak kwam hun ontevredenheid voort uit een (volgens hen) te lage toekenning van uren hulp. Dat hun ontevredenheid vaak daarmee te maken heeft, kan komen doordat een lage toekenning van uren voor hen direct voelbaar is, omdat zij de uren zullen ‘moeten’ leveren die professionele hulp niet levert. Andere redenen voor ontevredenheid die werden genoemd, waren dat de gespreksvoerder niet goed had geluisterd of dat de oplossing onvoldoende maatwerk was (Marangos en Schyns 2017). Ook uit het algemene onderzoek onder mantelzorgers (zie hoofdstuk 9) bleek dat ongeveer een op de vijf vindt dat de hulpbehoevende niet voldoende hulp en ondersteuning krijgt. Vooral degenen die zorgen voor iemand met een verstandelijke beperking, dementie of een psychisch probleem vonden dat. Ruim de helft van degenen die de hulp onvoldoende vinden, vindt dat er meer hulp thuis van professionals zou moeten zijn (De Klerk et al. 2017).

Driekwart van de Wmo-melders is tevreden over de kwaliteit van de Wmo-ondersteuning

Mensen die eind 2015 naar aanleiding van hun melding van een ondersteuningsbehoefte bij de gemeente een maatwerkvoorziening kregen toegekend, waren overwegend tevreden over die voorziening (driekwart). Twee op de tien waren (heel) ontevreden. Dat bleek uit het landelijke onderzoek van Feijten et al. (2017). Een kleine acht op de tien deelnemers aan gemeentelijke cliëntervaringsonderzoeken waren het eens met de stelling ‘ik vind de kwaliteit van de ondersteuning goed’ (VNG 2017).

Een op de twaalf Wmo-melders ervoer afstemmingsproblemen tussen zorgverleners

Van Wmo-melders die meerdere hulp- of zorgverleners hadden, gaf ongeveer een op de twaalf aan dat er soms of regelmatig sprake was van afstemmingsproblemen tussen de hulp-/zorgverleners. In de meeste gevallen werd de hulp wel gecoördineerd, maar in een derde deel van de gevallen niet. Als er wel coördinatie was, dan kwam die meestal van de melder zelf, of van zijn/haar mantelzorger, maar zelden van de gemeente (Feijten et al. 2017). Gemeentelijke Wmo-gespreksvoerders waren positiever over hun rol in afstemming van zorgverleners: een kwart zei dat ze altijd een rol speelden in de afstemming tussen zorgverleners op cliëntniveau. Waarschijnlijk gebeurt dit alleen bij de aanvang van de zorg (en niet meer als men eenmaal zorg ontvangt),¹¹ en soms ook buiten het gezichtsveld van de melder. Dit zou het ervaringsverschil kunnen verklaren.

Cliëntondersteuners signaleerden in 2016 dat het wel of niet kunnen vinden van passende zorg voor een cliënt met een complexere hulpvraag vaak te maken heeft met de samenwerking tussen verschillende partijen, en de kennis die bij ieder aanwezig is (Van Bergen et al. 2016). Als verschillende partijen elkaar weten te vinden, gebruikmaken van elkaars expertise, en voldoende kennis hebben van het totale zorglandschap, dan lukt het volgens hen vaker om geschikte zorg voor de cliënt te organiseren dan wanneer dat niet zo is. De kwaliteit van de overdracht tussen verschillende wettelijke regimes (Wmo/Wlz/Zvw) was volgens gemeentelijke gespreksvoerders ‘voldoende’ (op een schaal van goed-voldoende-matig-slecht). De overdracht bleek lang niet altijd warm te zijn: van de Wmo en/of Zvw naar de Wlz gaven de gespreksvoerders aan dat deze zelden warm was, bij de overige mogelijke overdrachten dat deze regelmatig warm waren. Sommigen gaven aan dat privacywetgeving het delen van dossiers voor een goede cliëntoverdracht bemoeilijkte (Schellingerhout en Schyns 2017).

Ervaringen met veranderingen in ondersteuning voor en na de transitie wisselend

Ruim zes op de tien melders hadden vóór 1 januari 2015 al hulp of ondersteuning vanuit de Wmo. Van deze melders zei ruim een derde dat er sinds 1 januari 2015 niets was veranderd in de ondersteuning. Ruim een derde deel had minder ondersteuning gekregen en de overige melders hadden niet zozeer meer of minder ondersteuning gekregen, maar een ander soort. Voor de melders die vanaf 1 januari 2015 méér ondersteuning hadden gekregen, was de belangrijkste reden een verandering in hun gezondheid of hun beperkingen. De melders die vanaf 1 januari 2015 minder ondersteuning hadden gekregen, gaven als belangrijkste reden het veranderde beleid van de gemeente (Schellingerhout en Schyns 2017).

In de transitieperiode is ook een aantal leden van patiëntenfederaties bevraagd van wie (een deel van) de zorg overging van de AWBZ naar de Wmo 2015. De vragen gingen over hun ervaringen met de veranderingen in zorg en ondersteuning (AVI 2016).¹² Het waren merendeels mensen die begeleiding gebruikten, vaak in combinatie met andere soorten hulp en ondersteuning (vanuit de Wmo en soms ook de wijkverpleging). Hun ervaringen waren gemengd. Bijna de helft zei dat er voor hen niet zo veel veranderd was, en dat vonden ze positief. Maar ook mensen voor wie er wel iets veranderde, beoordeelden dat regel-

matig als positief, bijvoorbeeld omdat de toegenomen samenwerking tussen sociale wijkteams en wijkverpleging betekende dat ze betere of passendere zorg kregen. Bij sommigen zette de gemeente begeleiding om in een algemene voorziening, of werd er deels in voorzien door vrijwilligers. In die situatie kon men zich meestal redden. Soms bleef hun indicatie weliswaar hetzelfde, maar veranderde de aanbieder, of verstreekte de gemeente de zorg niet als pgb maar alleen in natura (wettelijk gezien moeten gemeenten cliënten de keuze geven, maar sommige melders kregen die keuze naar eigen zeggen niet). Dat vond men meestal een achteruitgang.

De meeste wijkverplegingscliënten kregen wat ze nodig hadden, maar meestal geen vervanging bij verhindering mantelzorger

Cliënten van de wijkverpleging zeiden dat de verleende zorg vaak overeenkwam met wat ze nodig hadden en met wat was afgesproken in het indicatiegesprek (90%), 8% wist het niet (meer) en 2% rapporteerde expliciet dat ze niet de zorg kregen die met hen was afgesproken. De wijkverpleegkundige kwam altijd of meestal op vaste tijden. Bijna twee derde deel vond dat ze altijd wijkverpleging kregen op de momenten dat ze het nodig hadden, een derde deel zei dat dit meestal het geval was en een enkeling rapporteerde zelden of nooit zorg te krijgen op de momenten dat het nodig was. Wanneer mantelzorgers van cliënten tijdelijk verhinderd waren, kreeg een deel van de cliënten extra hulp van de wijkverpleging, maar de meerderheid niet. De meesten van die laatstgenoemde groep zei dat dat meestal geen probleem opleverde (Francke et al. 2017).

Vrijwel alle cliënten zeiden baat te hebben bij de wijkverpleging. Ruim twee derde verwachtte zich minder goed te kunnen redden in het dagelijks leven en ruim een derde verwachtte een achteruitgang in de eigen gezondheid wanneer er geen wijkverpleging zou zijn. Bijna drie op de tien cliënten zei bovendien dat ze dan niet meer zelfstandig zouden kunnen wonen. Opvallend is bovendien dat maar weinig cliënten dachten zich te kunnen redden door zelf de benodigde hulp te betalen (5%) of hun naasten meer in te schakelen (13%) (Francke et al. 2017).

Negatieve geluiden (onvoldoende wijkverpleging; wijkverpleging op ongelegen momenten; niet inspelen op behoeften) kwamen steeds maar bij een kleine minderheid (minder dan 5%) van de ondervraagden voor (Francke et al. 2017). Van de mantelzorgers van wijkverplegingscliënten zou een vijfde deel meer wijkverpleging voor hun naaste willen (Francke et al. 2017). Cliënten die vóór 2015 ook al wijkverpleging ontvingen, merkten over het algemeen weinig verschil tussen de wijkverpleging van voor en na 1 januari 2015 (Francke et al. 2017).

Cliënten van de wijkverpleging zijn in meerderheid tevreden over de samenwerking tussen professionals die bij hen over de vloer komen: driekwart vond dat de zorgprofessionals van de wijkverpleging informatie goed aan elkaar overdragen, goed samenwerken en van elkaar weten wat ze doen. Ongeveer een op de twintig was daarover ontevreden (Francke et al. 2017).

De kwaliteit van wijkverpleging wordt gemiddeld positief beoordeeld, maar lichte daling sinds 2015

Volgens het onderzoek van Francke et al. (2017) vonden zowel cliënten van de wijkverpleging als hun mantelzorgers dat de wijkverpleging over de benodigde kennis en vaardigheden beschikt. Zij waardeerden de wijkverpleging met een rapportcijfer van een ruime 8. Cliënten en mantelzorgers noemden als verbeterpunten meer tijd, aandacht en personeel, en zoveel mogelijk dezelfde zorgverleners op vaste tijden en betere communicatie. Mantelzorgers benadrukten bovendien het belang van een duidelijk zorgdossier dat ook door hen kan worden ingezien.

Uit gegevens van Zorgkaart Nederland (2017) bleek dat de gemiddelde waardering voor verpleging en verzorging thuis (thuiszorg; dus wijkverpleging plus hulp bij het huishouden) iets is gedaald tussen 2015 en 2017 (van 8,6 naar 8,2). De meest genoemde redenen van mensen die een score onder de 6 gaven, waren:

[...] problemen met de gemaakte afspraken, telkens wisselende gezichten en het niveau van de verzorging. Het valt op dat deze drie punten vaak tegelijk worden genoemd. Vaak gaat het juist bij invallers mis met afspraken. Ook hebben invallers soms niet het niveau van de vaste medewerkers en noemen cliënten regelmatig dat de invallers minder vriendelijk en betrokken zijn. (Zorgkaart Nederland 2017).

Overigens zijn de waarderingen in 2017 op veel meer waarnemingen gebaseerd dan in 2015, omdat Zorgkaart Nederland sinds 2016 middels belteams gebruikers van thuiszorg heeft benaderd om hun waardering in te vullen; een project dat financieel werd ondersteund door het ministerie van vws.

Combinatie van vrijheid en veiligheid hoog gewaardeerd bij thuiswoonmogelijkheden onder de Wlz

Den Draak et al. (2016) vatten de resultaten samen van enkele onderzoeken onder mensen die zelfstandig wonen met een vpr (Van Dijk-Jonkman et al. 2010; Univé-VGZ-IZA-Trias Zorgkantoren 2011; Wijkhuizen et al. 2012). Dit bestreek een periode vóór de Hervorming Langdurige Zorg, maar geeft toch inzicht in de waarde van zorg thuis voor mensen met een zware zorgbehoefte. De kwaliteit van een vpr was wat hen betreft vooral gelegen in het feit dat ze zelfstandig waren en de vrijheid hadden om zelf te bepalen wat ze wilden, terwijl ze tegelijkertijd het veilige en rustige gevoel hadden dat er hulp nabij was waarop ze altijd een beroep konden doen. Ook Wlz-clieënten en Wlz-zorgprofessionals in het onderzoek van Gijzel et al. (2017) zeiden dat ze de verschillende manieren om met Wlz-zorg zelfstandig te blijven wonen als een kwaliteit op zich ervoeren, en niet zozeer de geleverde zorg. In de ogen van zorgprofessionals in dat onderzoek was soms wel de kwaliteit van de zorg in het geding, namelijk wanneer het zelfstandig wonen betekende dat zorgverleners niet konden garanderen dat er altijd 24 uur per dag direct zorg beschikbaar was.

De IGZ¹³ (nu IGI) stelde in een pilotproject vast dat de kwaliteit van (Wlz- en Zvw-)zorg thuis vooral gebaat was bij een goede samenwerking tussen zorgverleners en informele helpers,

met een duidelijke coördinator (IGZ 2017). Ook de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving concludeerde dat de sleutel tot goede zorg voor mensen met meervoudige problemen ligt in samenwerking en afstemming tussen de betrokken partijen (RVS 2017).

10.7 Samenwerking en afstemming in zorgverlening in gemeenten

Om een samenhangend zorg- en ondersteuningsaanbod aan te bieden, is het nodig dat verschillende partijen in gemeenten samenwerken. In deze paragraaf gaan we in op wat er vanuit onderzoek bekend is over de samenwerking rondom sociale (wijk)teams en de rol van de wijkverpleegkundige en de huisarts.

Samenwerking in en rondom sociale (wijk)teams, maar ook nog knelpunten

Sociale (wijk)teams kunnen bijdragen aan integrale dienstverlening tussen gemeentelijke sociale domeinen en bij het verbinden van het sociale domein (ondersteuning vanuit de gemeente) en het medische domein (geneeskundige zorg). Zulke teams zijn multidisciplinair; de precieze samenstelling verschilt tussen en soms ook binnen gemeenten (zie § 7.3 voor de partijen die het vaakst vertegenwoordigd zijn) (Van Arum en Van den Enden 2018; Van der Ham en Den Draak 2018). Daarnaast werken (wijk)teams met veel verschillende partijen samen. In 2017 noemden gemeenten als samenwerkingspartners van het sociaal (wijk)team het vaakst huisartsenpraktijken (86%), woningcorporaties (82%), politie (82%), Veilig Thuis (81%) en vrijwilligersorganisaties/-centrales (78%). Jeugdhulp voor kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking, de vrouwenopvang, cliëntenorganisaties/cliëntenraden/wijkraden en jeugdgezondheidszorg waren het vaakst géén deelnemende partij en ook geen samenwerkingspartner, al zal dit sterk afhangen van het type team (bv. een volwassenenteam versus een jeugdteam) (Van Arum en Van den Enden 2018).

De ontwikkeling van de sociale (wijk)teams en hun inzet bij het realiseren van de doelen van de transitie is een langdurig proces dat nog steeds gaande is (Van Arum en Van den Enden 2018; Van der Ham en Den Draak 2018). In 2015 waren zulke teams vaak nog bezig met het opstarten en vormgeven van hun werkwijze en daardoor meer naar binnen gericht, bleek uit kwalitatief onderzoek in drie gemeenten met sociale (wijk)teams (Van der Ham en Den Draak 2018). Er werd gewerkt aan teamvorming en onderling vertrouwen tussen de diverse professionals in de teams met verschillende achtergronden en professionele culturen. Na ongeveer één à twee jaar kwam er meer afstemming tussen het sociale team en de partners in de wijk.

Ondanks de positieve tendens naar meer samenwerking zijn er voor sociale (wijk)teams ook knelpunten en vraagstukken bij de samenwerking, zo blijkt uit verschillende rapportages (Van Arum en Van den Enden 2018; Van Arum en Schoorl 2016; Van der Ham et al. 2018; Kluft 2016; Schellingerhout en Schyns 2017). Relevante knelpunten waar men in de praktijk (regelmatig) tegenaan loopt zijn:

- *Werkdruk*
Wijkteams ervaren aanzienlijke werkdruk, waardoor ze te weinig tijd hebben om in samenwerking te investeren. Ook samenwerkingspartners hebben hier niet altijd tijd voor.
- *Wachlijsten*
Als gevolg van de hoge caseload bij de teams, maar ook bij de tweedelijnszorg, waardoor de doorstroming stagneert.
- *Taakverdeling*
Er is niet altijd een duidelijke taakverdeling, waardoor niet duidelijk is wie wat oppakt en wie de regie en verantwoordelijkheid heeft.
- *Financieringsstromen*
Verschillende organisaties werken vanuit verschillende wettelijke kaders (bv. Wmo 2015, Participatiewet en Zvw), die verschillende financieringsstromen en werkprocessen kennen.
- *Contact en vertrouwen*
Partijen weten elkaar nog niet altijd goed te vinden. Mede hierdoor hebben ze soms (aanvankelijk) weinig vertrouwen in elkaars aanpak en expertise, want ‘onbekend maakt onbemind’.
- *Belangen*
Betrokken professionals kunnen verschillende belangen hebben doordat ze aan andere organisaties verbonden zijn met uiteenlopende belangen. Bovendien ontstaat soms een gevoel van concurrentie wanneer verschillende professionals zich op hetzelfde terrein begeven of wanneer sociale teams bepaalde ondersteuningstaken (die ook aanbieders uitvoeren) oppakken.
- *Visies*
Professionals kunnen verschillende visies en perspectieven hebben op wat de beste aanpak is in een situatie. Dit kan te maken hebben met de verschillende wettelijke kaders van waaruit professionals andere opdrachten meekregen en met verschillen in het expertisegebied.

Gemeenten zeggen dat ze met betrekking tot (wijk)teams op sommige vlakken behoefte hebben aan extra ondersteuning. Ze noemen onder meer ondersteuning op het gebied van samenwerking met de zorgverzekeraar (22% van 178 bevroegde gemeenten), samenwerking met de wijkverpleegkundige en huisarts (17%) en samenwerking met zelforganisaties (10%) (Van Arum en Van den Enden 2018).

Gemeenten zijn tevreden met de wijkverpleging, maar wisselende ervaringen vanuit het perspectief van de wijkverpleegkundige

In ongeveer de helft van de gemeenten met een sociaal (wijk)team maakt de wijkverpleegkundige deel uit van dat team (Van Arum en Van den Enden 2018). Uit onderzoek naar de lokale uitvoeringspraktijk van de Wmo 2015 bleek dat de gemeenten veel waardering hebben voor de wijkverpleegkundigen (Van der Ham et al. 2018). In negen van de tien

gemeenten die deelnamen aan de enquête in het onderzoek zeiden beleidsmedewerkers (zeer) tevreden te zijn over de samenwerking met wijkverpleegkundigen. In interviews in datzelfde onderzoek vertelden medewerkers van sociale teams de toevoeging van S1-wijkverpleegkundigen¹⁴ aan de wijkteams als een meerwaarde te zien. Dit was onder andere vanwege de verbinding die wijkverpleegkundigen leggen met huisartsen. Ook bieden wijkverpleegkundigen volgens geïnterviewden een ander, aanvullend perspectief op de problematiek van cliënten. Het gaat dan bijvoorbeeld om het identificeren van medische oorzaken van (verward) gedrag waar de andere teamleden niet aan zouden hebben gedacht. De knelpunten die in eerdergenoemd onderzoek werden gesignaleerd, betreffen vooral het gebrek aan tijd bij de wijkverpleegkundige voor afstemming met de Wmo 2015 en het wegvallen van gelden voor S1-wijkverpleegkundigen met ingang van 2017. Vanuit het perspectief van verpleegkundigen en verzorgenden zelf zijn ervaringen met de samenwerking met gemeenten en wijkteams wisselend, zo blijkt uit een evaluatie van de wijkverpleging (Francke et al. 2017). Ruim twee op de tien verpleegkundigen en verzorgenden in die enquête vonden dat de afstemming van zorg met gemeenten over het algemeen uitstekend of goed verloopt, maar ook ruim twee op de tien verpleegkundigen en verzorgenden vonden dat de afstemming matig of slecht verloopt. Verder zeiden ongeveer vier op de tien verpleegkundigen en verzorgenden dat de overdracht van cliënten vanuit de gemeente over het algemeen matig tot slecht verloopt. Ook had meer dan de helft van de mbo-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden de indruk dat gemeenten cliënten ‘afschuiven’ naar de wijkverpleging. Wat betreft de schakelfunctie die wijkverpleegkundigen tussen het sociale en medische domein (kunnen) vervullen, vond ongeveer acht op de tien van de verpleegkundigen en verzorgenden dat de verpleegkundige in redelijke of (zeer) hoge mate een efficiënte schakel vormt. Een aantal verpleegkundigen en verzorgenden in het onderzoek benoemde specifiek de meerwaarde van deelname aan wijkteams en de korte lijntjes tussen de wijkverpleging en de gemeenten die daardoor ontstaan.

De samenwerking tussen verpleegkundigen en verzorgenden en andere zorgprofessionals verschilt per type professional (Francke et al. 2017). Ongeveer driekwart van de bevroegde verpleegkundigen en verzorgenden vond dat de samenwerking met huisartsen uitstekend of goed verloopt. Bij ggz-professionals en zorgprofessionals uit het ziekenhuis was dit minder dan de helft.

Over het algemeen is de samenwerking met andere zorgprofessionals sinds 2015 toegenomen volgens de verpleegkundigen en verzorgenden uit het onderzoek naar de wijkverpleging (Francke et al. 2017).

Huisartsen hebben vaak een coördinerende rol in zorg, vooral bij het regelen van verpleging en verzorging

Huisartsen zeiden in interviews vaak dat zij – naast hun gebruikelijke taken – een duidelijk organiserende en coördinerende rol hebben in de zorg voor cliënten (Bijlage A, te vinden op www.scp.nl bij dit rapport). Regelmatig neemt de praktijkondersteuner huisarts (POH) zulke taken op zich. Het is volgens huisartsen in deze rol belangrijk om een goed beeld te

hebben van de sociale kaart in de gemeente, al is er nog niet altijd een compleet overzicht van wat er aan zorg en ondersteuning aanwezig is. De organiserende en coördinerende rol van huisartsen en poH's heeft vooral betrekking op het regelen van verpleging en verzorging vanuit de Zwv. In de praktijk betekent dit vooral dat zij op zoek gaan naar zorgorganisaties die de benodigde zorg aan een cliënt kunnen leveren. Huisartsen merken regelmatig op dat ze door capaciteitsgebrek bij zulke organisaties veel tijd kwijt zijn met het afbellen van organisaties voordat ze een (geschikte) plek hebben gevonden. Ze benadrukken dat de samenwerking met (wijk)verpleegkundigen onontbeerlijk is en dat die voor hen een belangrijk aanspreekpunt in de wijk zijn (Bijlage A).

Huisartsen lijken een wisselende rol te spelen in het verwijzen van cliënten naar Wmo-ondersteuning. Sommigen zeiden dat ze cliënten regelmatig naar Wmo-loketten verwijzen, terwijl anderen cliënten direct naar ondersteuning verwijzen, zonder tussenkomst van de gemeente. Ook de contacten met (wijk)teams zijn wisselend. Aan de ene kant zijn er huisartsen die zeiden dat ze nauwelijks contact met hen hebben, dat het lastig is om de juiste persoon bij een wijkteam te vinden, dat de rolverdeling onduidelijk is, of dat de bereikbaarheid überhaupt te wensen over laat. Aan de andere kant zijn er huisartsen die zeiden dat ze mensen regelmatig naar wijkteams verwijzen, korte lijnen met deze teams te hebben en tevreden zijn met de samenwerking. De rol van huisartsen in het verwijzen van mensen naar de Wlz lijkt beperkt te zijn. Zij zeiden dat mensen (of familieleden) dit in principe zelf regelen en daarbij soms worden geholpen door een zorgprofessional. Af en toe hebben huisartsen wel contact met het ciz om informatie of advies te geven over indicatiestelling (Bijlage A).

10.8 Samenvatting en conclusies

In het nieuwe wettelijke stelsel voor de langdurige zorg is het de bedoeling dat er voor zelfstandig wonende mensen met een ondersteuningsbehoefte geschikt aanbod is, en dat de zorg en ondersteuning die ze ontvangen goed bij hun behoeften en wensen past.

De ondersteuning moet van goede kwaliteit zijn. Als mensen hulp en ondersteuning uit meerdere bronnen krijgen, moet die goed worden afgestemd.

In totaal waren er in 2016 ruim 2 miljoen gebruikers van (formele en/of informele) zorg en ondersteuning. Er waren naar schatting 700.000 gebruikers van woon- en vervoersvoorzieningen en hulpmiddelen, ruim 400.000 gebruikers van huishoudelijke hulp, ongeveer 250.000 gebruikers van individuele en groepsbegeleiding en ongeveer 35.000 van beschermd wonen en opvang (deze cijfers overlappen gedeeltelijk, doordat mensen meer dan één soort voorziening kunnen gebruiken). Er waren in 2016 landelijk naar schatting 1,05 miljoen Wmo-clieënten. Op basis van registratiecijfers lijkt het gebruik van maatwerkvoorzieningen sinds 2012 licht te dalen. Het kan zijn dat de daling in werkelijkheid minder sterk is dan op basis van registratiecijfers lijkt, omdat gemeenten in de loop der tijd gestopt zijn om voor bepaalde voorzieningen een centraal geïnde eigen bijdrage te vragen, waardoor het gebruik buiten de registraties blijft. Over het gebruik van algemene voorzieningen zijn geen registratiecijfers beschikbaar, maar gemeenten zeggen dat ze het

gebruik ervan zien toenemen. Ruim een op de vijf Wmo-melders gebruikte in 2015 naar eigen zeggen algemene voorzieningen.

Van degenen die zich in 2015 voor maatschappelijke ondersteuning bij hun gemeente meldden, ontvingen ruim acht op de tien een Wmo-maatwerkvoorziening als uitkomst van het gemeentelijk onderzoek. Ongeveer een op de tien melders had als uitkomst (ook) het zelf kopen van ondersteuning en eenzelfde aandeel (ook) het vragen van (meer) hulp aan familie, vrienden of vrijwilligers.

Op 1 oktober 2017 waren er ongeveer 60.000 mensen met een Wlz-indicatie die hun Wlz-zorg thuis ontvingen; zij vormden een vijfde deel van het totaal aantal Wlz-geïndiceerden. De meest gebruikte Wlz-thuisleveringsvorm was het pgb (de helft), gevolgd door het MPT (een derde deel) en het vpt (een zesde deel). In een Wlz-thuissituatie wordt bijna altijd in aanvulling op de Wlz-zorg (veel) mantelzorg gegeven.

De meerderheid van ggz-cliënten woont zelfstandig. Hun zorggebruik omvat ambulante behandeling (vanuit de Zvw) en/of begeleiding (vanuit de Wmo 2015). Van de Wmo-melders met een psychisch of psychosociaal probleem ontving ruim een derde deel begeleiding als uitkomst van hun melding.

Ruim driekwart van de gemeenten is bezig met vernieuwing van het aanbod om de (mogelijkheden voor) passende ondersteuning te verbeteren. In interviews met gemeenten en aanbieders is dagbesteding de meest genoemde ‘vernieuwde’ voorziening. Daarnaast leggen gemeenten de nadruk op kleinschaligheid en aanbod van ‘lichtere’ ondersteuning. Maatwerk en passendheid van ondersteuning lijkt volgens verschillende betrokkenen vooral gelegen te zijn in een goed doordachte combinatie van soorten, en in de samenwerking van betrokken partijen die bij de levering daarvan betrokken zijn.

Om integraal werken te bevorderen, hebben veel gemeenten sinds 2014 sociale (wijk)teams opgezet. In 2017 werkten acht op de tien gemeenten met sociale (wijk)teams. Tot hun taken behoorde in de meerderheid van de gemeenten casusregie (83%) en het bieden van kortdurende ondersteuning (77%). Sociale (wijk)teams komen naar eigen zeggen nog onvoldoende toe aan preventief werken of vroegsignalering.

Gemeenten houden toezicht op de kwaliteit van ondersteuning, zowel aan het begin van het proces (bv. kwaliteitseisen bij de inkoop van zorg) als aan het einde (bv. cliënttevredenheidsonderzoek) en soms ook in het midden (bv. periodiek overleg met aanbieders). Uit de interviews met gemeenten blijkt dat de huidige manieren om de kwaliteit van Wmo-ondersteuning te meten vaak onvoldoende inzicht geven, en gemeenten zijn dan ook vaak nog zoekende naar passende manieren om toezicht te houden.

In het ondersteuningsgesprek dat melders met de gemeente hebben, moet de afstemming van ondersteuning op behoefte plaatsvinden. In de meeste gevallen lukt dat, getuige de tevredenheid van de meerderheid (twee derde deel) van melders over de oplossing die uit dat gesprek voortkwam. Mantelzorgers van melders zijn minder vaak tevreden over de geboden oplossing (de helft). Over de ontvangen ondersteuning en de kwaliteit daarvan zijn melders vaak tevreden (driekwart).

Van Wmo-melders die meerdere hulp- of zorgverleners hadden, zei ongeveer een op de twaalf dat er soms of regelmatig sprake was van afstemmingsproblemen tussen de hulp-/

zorgverleners. In de meeste gevallen werd de hulp wel gecoördineerd, maar in een derde van de gevallen niet. Als er wel coördinatie was, dan kwam die meestal van de melder zelf of van zijn/haar mantelzorg, maar zelden van de gemeente. Huisartsen en poH's spelen ook vaak een coördinerende rol, vooral bij regelen van verpleging en verzorging voor hun patiënten.

De kwaliteit van de wijkverpleging wordt door gebruikers gemiddeld met een 8 beoordeeld. Tussen 2015 en 2017 was er een lichte daling in waardering. Wijkverplegingscliënten zijn in meerderheid tevreden over de samenwerking tussen professionals die bij hen over de vloer komen.

Om een samenhangend zorg- en ondersteuningsaanbod aan te bieden, is het nodig dat verschillende partijen in gemeenten samenwerken. In het transitiejaar 2015 waren sociale (wijk)teams vaak nog bezig met het opstarten en vormgeven van hun werkwijze en daardoor meer naar binnen gericht, maar na ongeveer een à twee jaar kwam er meer afstemming tussen het sociale team en de partners in de wijk. Ondanks de positieve tendens naar meer samenwerking zijn er ook knelpunten en vraagstukken bij de samenwerking, zo blijkt uit verschillende bronnen: bijvoorbeeld werkdruk, wachtlijsten in de tweede lijn, onduidelijke taakverdeling en verantwoordelijkheden binnen het team, tegenstrijdige belangen en verschil in visie op de beste aanpak voor casussen.

In ongeveer de helft van de gemeenten met sociale (wijk)teams maakt de wijkverpleegkundige deel uit van het team. Gemeenten en andere medewerkers van sociale teams vinden dit een meerwaarde, onder andere vanwege de verbinding die wijkverpleegkundigen leggen met huisartsen en het aanvullend perspectief dat ze op de problematiek van cliënten bieden. Het wegvallen van gelden voor S1-wijkverpleegkundigen met ingang van 2017 wordt als knelpunt genoemd voor hun deelname aan sociale (wijk)teams. Ruim twee op de tien verpleegkundigen en verzorgenden vinden dat de afstemming van zorg met gemeenten over het algemeen uitstekend of goed verloopt, maar evenveel vonden de afstemming matig of slecht.

Over het gehele herziene stelsel bezien kunnen we concluderen dat er een divers aanbod aan zorg en ondersteuning is voor mensen die zelfstandig wonen, en dat dat aanbod in de transitie jaren op veel plekken in ontwikkeling was. Binnen de Wmo 2015 vormden maatwerkvoorzieningen in 2015 het grootste deel van de oplossingen die uit ondersteuningsvragen voortkwamen. Binnen de Wlz koos in 2017 ongeveer een op de vijf cliënten voor een thuisleveringsvorm, waarvan de helft in de vorm van een pgb.

Over de kwaliteit van zorg en ondersteuning en wijkverpleging is de ruime meerderheid van gebruikers tevreden. Mantelzorgers van gebruikers zijn er minder vaak tevreden over. Van gebruikers die met meerdere zorgverleners te maken hebben, vindt driekwart van de wijkverplegingscliënten en ruim negen op de tien Wmo-melders dat de afstemming tussen zorgverleners goed verloopt.

De aandacht voor afstemming, samenwerking en maatwerk is in woorden ruimschoots aanwezig bij professionals en beleidsmakers, en ook steeds meer in daden. Dit uit zich onder andere in het wijdverbreide werken met sociale (wijk)teams. Hoewel betrokken

gemeenten en aanbieders zeggen dat ze vernieuwing van het zorgaanbod belangrijk vinden, komt echte vernieuwing nog maar moeizaam van de grond. Ook komen sociale (wijk)teams vaak nog onvoldoende toe aan preventief werken of vroegsignalering. Gemeenten zeggen dat ze nog zoekende zijn naar manieren om effectiever toezicht te houden op de kwaliteit van de ondersteuning, en naar geschikte(re) manieren van samenwerking tussen partijen. Dit komt uitgebreider aan bod in hoofdstuk 14.

Noten

- 1 Uitzondering hierop vormen dagbesteding, hulpmiddelen en woningaanpassingen. Hiervoor moeten zelfstandig wonende Wlz-cliënten een beroep doen op de Wmo van hun woongemeente (Zorginstituut Nederland 2017a).
- 2 De Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein ondersteunt gemeenten bij het creëren van de informatie voor de gemeenteraad en de burgers, de horizontale informatievoorziening. vng Realisatie ontwikkelt samen met gemeenten de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein. Dit gebeurt in opdracht van de vng en het ministerie van vws. De monitor biedt onder andere inzicht in het gebruik van individuele voorzieningen, voorspellers voor toekomstig zorggebruik en de cliëntervaring Wmo. De gegevens zijn niet te herleiden tot een individu: de monitor toont gegevens op geaggregeerd niveau (vng Realisatie 2018).
- 3 Extra zorg binnen de Wlz, bedoeld voor mensen met een specifieke aandoening die meer specialistische zorg of deskundigheid nodig hebben dan er beschikbaar is op basis van het best passende waarvoor zij zijn geïndiceerd. In 2015 bestond voor Wlz-cliënten met een vpr, mpt of pgb een aparte meerzorgregeling. Sinds 1 januari 2016 vallen alle Wlz-cliënten onder dezelfde meerzorgregeling (zin en NZa 2016).
- 4 De tabel bevat kwartaalcijfers over het aantal actief wachtenden (langer dan de Treeknorm (de norm die de maximaal aanvaardbare wachttijden binnen de zorg beschrijft, zoals landelijk overeengekomen tussen verzekeraars en zorgaanbieders)) en niet-actief wachtenden op langdurige zorg in het kader van de Wlz met en zonder overbruggingszorg. De cijfers worden per kwartaal gemeten op de eerste dag van januari, april, juli en oktober en zijn beschikbaar voor de sectoren verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg, uitgesplitst naar extramurale en intramurale zorg. De cijfers hebben betrekking op zorg in natura, niet op zorg die betaald is uit een pgb.
- 5 cbs StatLinetabel 'Wmo-cliënten naar type maatwerkarrangement' o.b.v. GMSD, geraadpleegd op 5 maart 2018 via <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83262NED/table?dl=9DC2>.
- 6 Overigens betekent de daling in gebruik van maatwerkvoorzieningen niet per se dat het aanbod in gemeenten (in hetzelfde tempo) afneemt. Gemeenten zijn namelijk vrij om al dan niet eigen bijdragen te vragen voor Wmo-voorzieningen (zie ook Koster 2016), en het CAK bemerkte dat gemeenten in de loop der tijd vaker voorzieningen op een alternatieve manier zijn gaan aanbieden (bv. door een voorafmalige maatwerkvoorziening aan te bieden als algemene voorziening en daarvoor een 'algemeen gebruikelijke bijdrage' te vragen. Die wordt niet door het CAK geïnd, maar door de gemeenten rechtstreeks. Zulke voorzieningen zijn wel terug te vinden in de GMSD-cijfers.
- 7 Daarnaast zei een op de tien beleidsmedewerkers in de enquête niet te kunnen inschatten hoe vaak het niet lukt om passende ondersteuning te bieden en 52% dat het zelden of nooit níét lukt (Mensink en Van der Ham 2018).

- 8 Een panel van het Trimbos-instituut waarin ongeveer 2000 mensen met ernstige, langdurige psychische aandoeningen in verschillende woonsituaties jaarlijks worden bevraagd over onder andere hun zorggebruik, leefomstandigheden, kwaliteit van leven en participatie.
- 9 Geraadpleegd op 15 mei 2018 via <https://www.zorgkaartnederland.nl>.
- 10 Het gemeentelijke cliëntervaringsonderzoek is wettelijk verplicht en bedoeld als instrument voor horizontale verantwoording naar gemeenteraad, Wmo-raden en belanghebbenden. Doordat elke gemeente dezelfde vragenlijst gebruikt, kunnen gemeenten hun eigen resultaten vergelijken met andere (groepen) gemeenten en met het landelijk niveau. In de periode maart tot en met oktober 2016 zijn de ervaringen van cliënten met een Wmo-maatwerkvoorziening in het jaar 2015 onderzocht. Uit het cliëntenbestand is per gemeente een representatieve steekproef getrokken, door de gemeente zelf of door een onderzoeksbureau. Cliënten bij wie de maatwerkvoorziening is afgewezen, cliënten die gebruikmaken van een algemene voorziening, en mantelzorgers maken geen deel uit van de steekproef. De vragenlijst bestaat uit tien stellingen, met een vijfpuntsschaal van 'helemaal eens' tot 'helemaal niet mee eens' (en daarnaast de antwoordmogelijkheden 'geen mening' en 'niet van toepassing') (VNG 2017).
- 11 Wanneer cliënten eenmaal zorg ontvangen, controleerden gespreksvoerders naar eigen zeggen zelden of hooguit regelmatig of de formele en de informele zorg op elkaar aansloten (Schellingerhout en Schyns 2017).
- 12 Deze interviews maakten deel uit van de AVI-clëntenmonitor, een initiatief van een aantal patiëntenfederaties en het ministerie van vws, dat ten doel had om inzicht te geven in hoe burgers die (tijdelijk) minder zelfredzaam zijn de overgang van AWBZ-zorg naar zorg door de gemeente ervoeren, wat hun ervaringen en die van hun mantelzorgers waren en met welke oplossingen ze zich kunnen redden. Er waren vier digitale ledenraadplegingen en vier bijbehorende verdiepende onderzoeken met telkens 200 cliënten, familieleden en mantelzorgers. De deelnemers waren afkomstig uit verschillende groepen cliënten. De gemeenten waar ze woonden, lagen verspreid door heel Nederland en varieerden in omvang van klein, middelgroot tot groot.
- 13 De IGJ (voorheen IGZ) houdt toezicht op de professionals en organisaties die zorg verlenen op grond van de Zvw of de Wlz of andere zorg bieden. Met behulp van dit kader toetst de IGJ de kwaliteit van deze zorg. De IGJ houdt geen toezicht op ondersteuning die wordt geboden op grond van de Wmo 2015. Hiervoor is de gemeente verantwoordelijk.
- 14 De activiteiten van S1-wijkverpleegkundigen vallen binnen de prestatie 'wijkgericht werken' en zijn niet direct te koppelen aan een individueel zorgtraject van een patiënt. De activiteiten zijn te kenschetsen als het verbinden van het medische en sociale domein, bijvoorbeeld deelname aan het sociale wijkteam (TK 2014/2015).

Literatuur

Arum, Silke van en Thijs van den Enden (2018). *Sociale (wijk)teams opnieuw uitgelicht. Derde landelijke peiling onder gemeenten (zomer 2017)*. Utrecht: Movisie. Geraadpleegd op 15 mei 2018 via <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Sociale-wijkteams-opnieuw-uitgelicht-2018%20%5BMOV-13719898-1.2%5D.pdf>.

- Arum, Silke van en Rosanne Schoorl (2016). *Sociale (wijk)teams in beeld. Stand van zaken na de decentralisaties*. Utrecht: Movisie. Geraadpleegd op 15 mei 2018 via <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Sociale-wijkteams-in-beeld%20%5BMOV-9164168-1.1%5D.pdf>.
- AVI (2016). *Zorg naar gemeenten. Op weg naar de bedoeling van de Wmo. Vijfde verdiepend onderzoek naar de ervaringen van cliënten en naasten gedurende de transitie van Awbz zorg naar gemeenten*. AVI-clëntenmonitor. *Verdiepend Onderzoek*. Utrecht: Aandacht voor Iedereen (Ieder(in), Koepel Adviesraden Sociaal Domein, Landelijk Platform GGZ, Patiëntenfederatie Nederland en Zorgbelang Nederland).
- Bergen, Anne-Marie van, Jan Willem van de Maat en Marjan Hurkmans (2016). *Onafhankelijke cliëntondersteuning. Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van onafhankelijke cliëntondersteuners*. Utrecht: Movisie/Vilans.
- Bloemendaal, Ineke, Gerard van Essen, Sophie Kramer en Willem van der Windt (2015). *Vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen 2015-2019*. Utrecht: Kiwa Charity/CAOP.
- cbs StatLine (2017a). *Wachtenden in de langdurige zorg; sector, kwartaal*. Geraadpleegd op 27 november 2017 via <http://mlzstatline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=40046NED&D1=1&D2=a&D3=a&D4=1&D5=a&HD=171127-0921&HDR=T,G4&STB=G1,G2,G3>.
- cbs StatLine (2017b). *Wijkverpleging; uitgaven en volume, jaarcijfers 2015 en 2016*. Geraadpleegd op 15 mei 2018 via <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/zvw-wijkverpleging-en-behandeling-zg-uitgaven-en-volume>.
- cbs StatLine (2018). *Wmo-clënten; type maatwerkarrangement, regio*. Geraadpleegd op 4 april 2018 via <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83262NED/table?dl=A03F>.
- Dijk-Jonkman, Alette van, Marcel Hengeveld en Angela Welling (2010). *Volledig Pakket Thuis in de praktijk. Inventarisatie naar de invulling van vpr in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg*. Enschede: Bureau HHM.
- Draak, Maaike den, Anna Maria Marangos, Inger Plaisier en Mirjam de Klerk (2016). *Wel thuis? Literatuurstudie naar factoren die zelfstandig wonen van mensen met beperkingen beïnvloeden*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Feijten, Peteke, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering (2017). *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van meldeurs, mantelzorgers en gespreksvoerders*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Francke, A.L., P.M. Rijken, K. de Groot, A.J.E. de Veer, K.A.M. Verkleij en H.R. Boeije (2017). *Evaluatie van de wijkverpleging. Ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals*. Utrecht: NIVEL.
- Gijzel, Hinke, Henk Herman Nap, Marjolein Herps, Sander Mulder, Moniek van Klink, Sanne Schrijvers-Snoeijs, Karina Kuperus en Mirella Minkman (2017). *De Wet langdurige zorg in de verzorging, verpleging en gehandicaptenzorg. Ervaringen uit de praktijk*. Amstelveen: KPMG/Vilans.
- Ham, Lia van der en Maaike den Draak (2018). *Inrichting van de toegang tot Wmo-ondersteuning*. In: Lia van der Ham, Maaike den Draak, Wouter Mensink, Peggy Schyns en Esther van de Berg, *De Wmo 2015 in praktijk. De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning* (p. 66-87). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ham, Lia van der, Maaike den Draak, Wouter Mensink, Peggy Schyns en Esther van de Berg (2018). *De Wmo 2015 in praktijk. De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Hoof, Frank van, Aafje Knispel, Lex Hulsbosch, Caroline Place, Christien Muusse, Maaike van Vugt, Michel Planije, Harry Michon en Hans Kroon (2016). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2016*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Houten, Marjet van, Sanneke Verweij, Charlotte Hanzon, Gery Lammersen, Shahrzad Nourozi, Bard Briels en Marja van Middelaar (2017). *Dagbesteding in ontwikkeling. Vraagstukken voor gemeenten en 16 vernieuwende voorbeelden voor mensen met dementie en ggz-problematiek*. Utrecht: Movisie.
- IGZ (2017). *Kwetsbare oudere in Houten heeft spil in het netwerk nodig voor samenhang in de zorg thuis*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Jansen, Erik, Ard Sprinkhuizen, Lex Veldboer, Lisbeth Verharen en Vincent de Waal (2017). *Kwesties en keuzes in wijkgericht werken*. Utrecht: Movisie.
- Klaveren, Susan van, Kees-Jan van de Werfhorst, Naomi Meys, Lieke Brouwer, Arthur van der Harg en Gert Cazemier (2017). *Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg. Ervaringen van aanvragers en professionals*. Amersfoort: BMC Advies.
- Klerk, Mirjam de, Alice de Boer, Inger Plaisier en Peggy Schyns (2017). *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klufft, Maaïke (2016). *Samenwerken in de wijk. Tien vragen rondom de samenwerking tussen sociale wijkteams en andere professionals*. Utrecht: Integraal Werken in de Wijk. Geraadpleegd op 1 maart 2018 via www.integraalwerkenindewijk.nl.
- Kolner, C. (2017). *Essay. Preventie en vroegsignalering langs de lat van het medisch-, sociaal en publieke gezondheidszorg-model. Bedoeld als publicatie in essay-reeks Kennisplatform SDNH (versie 11 april 2017)*. Geraadpleegd op 15 september 2017 via www.kennisplatformsdnh.nl/doe+mee/811420.aspx.
- Koster, Yolanda de (2016). *80 gemeenten verlagen eigen bijdrage Wmo*. In: *Binnenlands Bestuur*, 16 december 2016. Geraadpleegd op 15 september 2017 via <http://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/80-gemeenten-verlagen-eigen-bijdrage-wmo.9554096.lynx>.
- Lammersen, Gery, Charlotte Hanzon, Sanneke Verweij, Marjet van Houten en Shahrzad Nourozi (2016). *Hoe gaan gemeenten om met dagbesteding? Verkenning binnen 35 gemeenten*. Utrecht: Movisie. Geraadpleegd op 15 mei 2018 via <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Verkenning-dagbesteding-35-gemeenten%20%5BMOV-9882436-1.1%5D.pdf>.
- Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg (2017). *Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022. Landelijk kader binnen de Wlz*. Utrecht: Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg.
- Lemmens, Karin, Marijke Bos, Jaap van Weeghel, Mirjam Siesling en Karina Kuperus (2017). *De Wet langdurige zorg in de geestelijke gezondheidszorg. Ervaringen uit de praktijk*. Den Haag: KPMG Plexus/Tranzo.
- Marangos, Anna Maria en Peggy Schyns (2017). *De uitkomsten van het Gesprek*. In: Pete Feijten, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering, *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders* (p. 107-129). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Mensink, Wouter en Lia van der Ham (2018). *Passende ondersteuning*. In: Lia van der Ham, Maaïke den Draak, Wouter Mensink, Peggy Schyns en Esther van den Berg (2018), *De Wmo 2015 in praktijk. De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning* (p. 110-140). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- NZa (2017). *Markscan acute zorg 2017*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Plaisier, Inger en Mirjam de Klerk (2018). *Net als thuis. Wooninitiatieven opgezet door ouders voor hun kinderen met een beperking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Pommer, Evert en Jeroen Boelhouwer (red.) (2017). *Overall rapportage sociaal domein 2016. Burgers (de)centraal*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Pommer, Evert, Evelien Eggink en Ingrid Ooms (2017). DEEL B: Voorzieningen in het sociaal domein. In: Evert Pommer en Jeroen Boelhouwer (red.), *Overall rapportage sociaal domein 2016. Burgers (de)centraal* (p. 181-296). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Putman, Lisa, Debbie Verbeek-Oudijk en Mirjam de Klerk (2017). *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2016. Ontvangen hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Regelhulp (2018). *Kleinschalige woonvoorziening*. Geraadpleegd op 15 mei 2018 via https://www.regelhulp.nl/bladeren/_/artikel/kleinschalige-woonvoorziening.
- Remmerswaal, Rosa, Lieke van de Camp, Paul van Hooff en Patrick Tazelaar (2016). *Eerstelijns Verblif (ELV). Essentiële schakel in keten van zorg voor kwetsbare ouderen*. Barneveld: Significant.
- RVS (2017). *Heft in eigen hand. Zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- Schellingerhout, Roelof en Peggy Schyns (2017). Afstemming en samenwerking. In: Peteke Feijten, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering, *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders* (p. 130-147). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Staatsblad (2014). Wet van 9 juli 2014, houdende regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015). In: *Staatsblad*, jg. 2014, nr. 280.
- TK (2013/2014). *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)*. Memorie van Toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33841, nr. 3.
- TK (2014/2015). *Voorhangbrief bekostiging wijkverpleging*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014/2015, 29689, nr. 611.
- Ubink-Bontekoe, C. en M. Spierenburg (2018). *In één keer goed! Een verkennend onderzoek naar gebruik van Eerstelijnsverblif*. Utrecht: Vilans.
- Univé-vgz-iza-Trias Zorgkantoren regio Noord-Holland Noord (2011). *Evaluatie Volledig Pakket Thuis Verpleging en Verzorging*. Geraadpleegd op 16 april 2018 via <https://www.zorgkennis.net/downloads/kennisbank/F4C-kennisbank-Rapport-Evaluatie-VPT-vv-zorgkantoor-NHN-223.pdf>.
- Vektis (2017). *Wijkverpleging*. Geraadpleegd op 9 april 2018 via <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/zorg-dichtbij/wijkverpleging/>.
- VNG (2015). *Factsheet Algemene voorziening in de Wmo 2015*. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.
- VNG (2017). *Clïëntervaringsonderzoek Wmo 2016*. Geraadpleegd op 15 augustus 2017 via [vng.nl/files/vng/nieuws_attachments/2016/clïëntervaringsonderzoek2016.pdf](https://vng.nl/files/vng/nieuws_attachments/2016/clientervaringsonderzoek2016.pdf).
- VNG Realisatie (2018). *Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein. In het kort*. Geraadpleegd op 15 mei 2018 via <https://www.vngrealisatie.nl/secties/gemeentelijke-monitor-sociaal-domein/gemeentelijke-monitor-sociaal-domein-het-kort>.
- Vonk, Frieke, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk en Alice de Boer (2017). Melders en mantelzorgers. In: Peteke Feijten, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering, *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders* (p. 46-61). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Wijlhuizen, G.J., D.M. van der Klauw, Y.J.F.M. Jansen, R. Mooij en N.L.U. van Meeteren (2012). *AWBZ en de indicatie verblijf: een exploratief onderzoek naar de overwegingen rondom aanvraag en invulling*. Leiden: TNO (TNO-rapport TNO/LS 2012.005).
- Windt, Willem van der en Ineke Bloemendaal (2015). *Toekomstverkenning Arbeidsmarkt van verpleegkundig, verzorgend en agogisch personeel 2015-2019*. Utrecht: Kiwa Carity/CAOP.
- ZIN en NZa (2016). *Advies Maatwerk in de Wlz: Scenario's voor zorg op maat, ook in de thuissituatie*. Den Haag: Zorginstituut Nederland / Nederlandse Zorgautoriteit.
- Zorginstituut Nederland (2017a). *Wlz-kompas: Leveringsvormen (instelling, vpt, mpt en pgb)*. Geraadpleegd op 28 november 2017 via <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/l/leveringsvormen-instelling-vpt-mpt-en-pgb-wlz>.
- Zorginstituut Nederland (2017b). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Samen leren en verbeteren*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Zorgkaart Nederland (2017). *Tevredenheid over verpleging en verzorging thuis daalt licht*. Geraadpleegd op 11 oktober 2017 via <https://www.zorgkaartnederland.nl/feiten-en-cijfers/tevredeheid-over-verpleging-en-verzorging-thuis-daalt-licht>.

11 Doelbereik voor zelfstandig wonende gebruikers van zorg en ondersteuning

Peteke Feijten, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Mariska Kromhout en Anja Steenbekkers

- De meeste Wmo-melders en gebruikers van Wmo-maatwerkvoorzieningen zijn tot op zekere hoogte redzaam en kunnen participeren, vaak met behulp van ondersteuning.
 - Ondanks hulp en ondersteuning redden drie op de tien Wmo-melders zich niet in het huishouden, participeren drie op de tien melders op geen enkele manier en voelt meer dan de helft zich eenzaam (vier op de tien matig en twee op de tien sterk).
 - Wmo-melders die ondersteuning ontvangen, geven in ruime meerderheid aan dat dat bijdraagt aan redzaamheid, participatie en vermindering van eenzaamheid.
 - Wmo-melders hebben behoefte aan meer sociale contacten (een op de zes die geen maatwerkvoorziening hadden gekregen) en om vaker deel te nemen aan sociaal-culturele activiteiten (drie op de tien) en verenigingen (vier op de tien), maar ze worden daarin belemmerd door beperkingen of financiële restricties. In de meeste gevallen schatten ze in dat meer of beter passende ondersteuning zou kunnen helpen.
 - Risicofactoren voor een lager doelbereik zijn psychische en psychosociale problemen. Veerkracht blijkt een beschermende factor.
 - Zelfstandig wonende Wlz-cliënten ervaren meer regie dan Wlz-cliënten in instellingen.
 - Driekwart van de Wmo-melders kent de formele inspraakmogelijkheden van de gemeente niet.
-

11.1 Inleiding

In hoofdstuk 3 was te lezen welke doelen voor mensen met beperkingen centraal staan in de Hervorming Langdurige Zorg. Dit hoofdstuk laat zien in hoeverre deze doelen worden behaald (doelbereik). In hoeverre kunnen zelfstandig wonende gebruikers van formele en informele zorg en ondersteuning¹ zich redden en in welke mate participeren ze in de maatschappij? En in hoeverre zijn ze niet eenzaam en hebben ze een goede kwaliteit van leven? Ook het verband tussen de gebruikte ondersteuning en het doelbereik komt aan bod, en wat mensen eventueel aan (extra) ondersteuning nodig zouden hebben om de doelen voor hen (nog) dichterbij te brengen. Tot slot wordt belicht in hoeverre Wmo-gebruikers (of hun vertegenwoordigers) deelnemen aan inspraakmogelijkheden in het Wmo-beleid in hun gemeente, en hoe gemeenten burgerinspraak in hun Wmo-beleid hebben vormgegeven.

Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen die in dit hoofdstuk worden beantwoord zijn:

- In hoeverre worden de doelen van de hervorming van de langdurige zorg en de betreffende wetten en maatregelen behaald voor – potentiële – gebruikers? Hierbij kijken we naar:
 - (zelf)redzaamheid;
 - eigen regie;
 - maatschappelijke participatie;
 - eenzaamheid;
 - zelfstandig wonen;
 - kwaliteit van leven.
- In hoeverre betrekken gemeenten hun inwoners bij de vormgeving van het beleid, in het bijzonder mensen met psychische klachten? Wat werkt wel en niet in dit verband?

Bij de beantwoording van de eerste vraag wordt ook aandacht geschonken aan de bijdrage die zorg en ondersteuning leveren aan het behalen van de doelen.

Onderzoeksbronnen

De belangrijkste bronnen van informatie over doelbereik zijn de HLZ-onderzoeksrapporten *Zicht op de Wmo 2015* (Feijten et al. 2017) (over Wmo-melders, -mantelzorgers en -gespreksvoerders), in het bijzonder het hoofdstuk van Steenbekkers et al. (2017), en *Evaluatie van de wijkverpleging* (Francke et al. 2017) (over de wijkverpleging). Dit zijn kwantitatieve onderzoeken, gebaseerd op grote aantallen enquêtes onder verse steekproeven uit de respondentengroepen. Daarnaast is geput uit de *Overall rapportage sociaal domein 2016* (de landelijke rapportage van Pommer en Boelhouwer (2017), de *Participatiemonitor* van Van Hees et al. (2018), een scp-onderzoek naar eenzaamheid (Van Campen et al. 2018) en het HLZ-deelrapport *Beleidsparticipatie in de Wmo 2015* (Verbeek et al. 2018). Dit zijn allemaal rapporten met nieuw verzamelde, empirische gegevens en ze bestrijken grofweg de periode eind 2015 en 2016. Voor een toelichting op de gebruikte onderzoeksmethoden in deze onderzoeken kunnen de rapporten zelf geraadpleegd worden. Op specifieke thema's worden ook relevante uitkomsten uit onderzoeken van derden betrokken.

11.2 Redzaamheid en eigen regie

De wetgever verwacht van burgers dat ze doen wat in hun eigen vermogen ligt om zichzelf te redden (daartoe worden ook het zelf aanschaffen van hulpmiddelen en het vragen van hulp in eigen kring gerekend) alvorens zich tot de Wmo 2015 te wenden. Met mensen die zich bij de gemeente melden, wordt in het gemeentelijk onderzoek nagegaan in hoeverre ze al hun eigen mogelijkheden benut hebben, of dat ze (eventueel na verstrekking van enige informatie, advies of doorverwijzing) meer zelf kunnen doen/regelen. Pas als dat niet volstaat, levert de gemeente een maatwerkvoorziening om 'een passende bijdrage' aan de redzaamheid van de Wmo-melder te leveren. De meeste Wmo-melders in Feijten

et al. (2017) ontvingen een maatwerkvoorziening (zie hoofdstuk 10), waaruit we kunnen concluderen dat velen voor hun redzaamheid formele ondersteuning nodig hadden. Zelfredzaamheid wordt in de wet gedefinieerd als:

- het kunnen uitvoeren van de noodzakelijke algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) (handelingen die mensen dagelijks in het gewone leven verrichten, met inbegrip van persoonlijke verzorging); en
- het kunnen voeren van een gestructureerd huishouden (TK 2013/2014a: 122).

In dit hoofdstuk gebruiken we vaak de term ‘redzaamheid’ in plaats van ‘zelfredzaamheid’, om aan te geven dat iemand zich niet helemaal op eigen kracht hoeft te redden; dat kan ook met hulp van anderen (niet-professionals) uit zijn omgeving. In diverse onderzoeken worden verschillende aspecten van redzaamheid gemeten, en wordt het vaak net anders gedefinieerd of afgebakend. In de belangrijkste Nederlandse bronnen die over redzaamheid gaan, wordt hiertoe gerekend:²

- het huishouden doen/op orde houden;
- zich binnenshuis en buitenshuis verplaatsen;
- (zinvolle) invulling geven aan de dag/tijdsbesteding;
- persoonlijke verzorging;
- het dagelijks leven organiseren/financiën regelen.

Overigens worden het onderhouden van sociale contacten en het deelnemen aan bezigheden buitenshuis, arbeid en/of onderwijs ook vaak tot redzaamheid gerekend, maar die worden in dit rapport behandeld als voorwaarde voor of onderdeel van maatschappelijke participatie (zie § 11.3).

Wmo-melders met lichamelijke beperkingen hebben vooral moeite met het huishouden en met verplaatsen; mensen met niet-lichamelijke beperkingen met het dagelijks leven organiseren

In het HLZ-deelonderzoek van Feijten et al. (2017) bleek dat Wmo-melders zonder hulp en ondersteuning veel redzaamheidsonderdelen niet zelfstandig konden. (Op zich is dat natuurlijk logisch, want vaak meldt men zich nu juist daarom bij de Wmo.) Melders met lichamelijke beperkingen hadden vooral moeite om het huishouden te doen en zich te verplaatsen (resp. minder dan een op de tien en twee op de tien konden dit zelfstandig). Mensen met psychosociale klachten, een verstandelijke beperking of gedragsproblemen hadden vooral moeite om het huishouden te doen en het dagelijks leven te organiseren (hooguit twee à drie op de tien konden dat zelfstandig).

Ondanks hulp en ondersteuning redt een deel van de Wmo-melders zich niet

Met zorg en ondersteuning (formeel of informeel of beide) lukte het de meeste melders wel om zich te redden, bleek uit een onderzoek van Steenbekkers et al. (2017). Maar er waren ook mensen die zeiden dat het ook met hulp en ondersteuning niet lukte om het huishouden te doen (drie op de tien); zich te verplaatsen (twee op de tien); zich persoon-

lijke te verzorgen (een op de tien); de dag zinvol te besteden (twee op de tien); of het dagelijks leven te organiseren (een op de tien). Boelhouwer en Pommer (2017) lieten zien dat de redzaamheid onder gebruikers van Wmo-maatwerkvoorzieningen niet veel veranderde tussen 2015 en 2016.

Een andere grootschalige bron over de leefomstandigheden van mensen met een beperking is de ledenraadpleging ‘mijnkwaliteitvanleven’ van NPCF et al. (2016).³ De respondenten zijn mensen met een chronische ziekte of beperking, mensen die ouderdomsbeperkingen ervaren, en hun mantelzorgers. De groep respondenten bevat relatief veel mensen die geen formele zorg gebruiken. Deelname aan deze ledenraadpleging was op basis van zelfaanmelding, waardoor de resultaten misschien geen representatief beeld van alle zorggebruikers geven. Toch is de informatie waardevol, omdat die een verband legt tussen zorggebruik en uitkomsten op verschillende levensterreinen. Uit deze bron bleek dat een op de twee deelnemers in 2015 vond dat het op een of meerdere levensgebieden, die vaak te maken hebben met redzaamheid, beter kon. Zij zagen mogelijkheden om met meer of andere hulp en/of hulpmiddelen hun situatie te verbeteren, maar ontvingen die hulp(middelen) op dat moment niet. Dat kwam doordat men geen geld had voor de benodigde hulp(middelen) (44%), niet in aanmerking kwam voor (beter) passende hulp(middelen) (38%) of doordat men nog niet had geprobeerd om het te regelen (22%).

Eigen regie relatief groot bij thuiswonende Wlz-cliënten door persoonlijk afgestemde zorg en een onafhankelijke opstelling van de cliënt

Voor mensen die met Wlz-zorg thuis wonen (met een Volledig Pakket Thuis (vpt), een Modulair Pakket Thuis (mpt) of een persoonsgebonden budget (pgb)) is eigen regie het hoofddoel. Wlz-cliënten zijn sterk afhankelijk van zorg, en voor hen gaat het erom dat ze zoveel mogelijk zelf de zeggenschap behouden over hoe en wanneer die zorg wordt geleverd. Zorgprofessionals die werden geïnterviewd in het deelonderzoek naar Wlz-cliënten van Gijzel et al. (2017) zeiden dat eigen regie en een zekere mate van redzaamheid beter werd bereikt voor thuiswonende Wlz-cliënten dan voor Wlz-cliënten die in een instelling wonen. Ze schreven dat toe aan de houding van de cliënt zelf (instellingsbewoners stellen zich vaker afhankelijk op) en de aanwezigheid van meer persoonlijk afgestemde zorg in de thuissituatie. Cliënten zelf kunnen die vergelijking niet maken, maar zeiden wel regelmatig dat ze voor een thuisleveringsvorm kozen omdat ze de zorg nauwer konden afstemmen op hun eigen wensen dan in een instelling mogelijk zou zijn. De redzaamheid en eigen regie van (jonge) gehandicapten waren er volgens zorgprofessionals vaak juist bij gebaat om wel van thuis weg te gaan, omdat familie de redzaamheid van de cliënt – meestal onbedoeld – belemmerde (Gijzel et al. 2017).

Ondersteuning droeg voor de meeste Wmo-melders bij aan redzaamheid

In de Wmo-cliëntervaringsonderzoeken die door gemeenten worden gehouden⁴ is 74% van de cliënten het eens met de stelling ‘door de ondersteuning die ik krijg, kan ik beter de dingen doen die ik wil’ en 8% was het daarmee oneens. Met de stelling ‘door de onder-

steuning die ik krijg, kan ik mij beter redden' was 79% het eens en 7% oneens (de rest was neutraal) (VNG 2017).

Ook het merendeel van de Wmo-melders in de HLZ-deelstudie van Feijten et al. (2017) vond dat de ondersteuning veel hielp bij waar die voor bedoeld was (per redzaamheids-terrein was dat ongeveer driekwart van de ondervraagden). Toch bleef er vaak een hulpbehoefte over (variërend van bijna twee op de tien bij persoonlijke verzorging tot vier op de tien bij het huishouden); zelfs als men zei dat de ondersteuning die men kreeg veel hielp. Onder de mensen die nog geen hulp of ondersteuning hadden en die iets niet zelfstandig konden, was de resterende hulpbehoefte logischerwijs iets groter (variërend van bijna twee op de tien bij persoonlijke verzorging tot ruim de helft bij het regelen van de dagelijkse dingen).

Om ook langs een indirectere weg vast te stellen in hoeverre ondersteuning bijdraagt aan redzaamheid, werd in de zojuist aangehaalde studie aan Wmo-melders gevraagd om een rapportcijfer toe te kennen aan hun algehele redzaamheid voordat ze ondersteuning hadden en in de situatie mét ondersteuning. Het rapportcijfer nam gemiddeld toe van 4,8 naar 6,7. Wmo-melders voor wie de Wmo-melding niet in ondersteuning resulteerde, beoordeelden hun redzaamheid met een 5,9. Dit wil overigens niet zeggen dat deze mensen helemaal geen ondersteuning gebruikten, integendeel: bijna acht op de tien gebruikten vóór 1 januari 2015 al ondersteuning (via de Wmo of de AWBZ). Alleen de melding waar het nu over ging, had niet tot extra ondersteuning geleid (Steenbekkers et al. 2017). Blijkbaar leidde het gemeentelijk onderzoek bij hen tot de conclusie dat aanvullende hulp niet nodig was, terwijl zijzelf toch wel met een ondersteuningsvraag naar de gemeente waren gestapt.

Niet alleen de ondersteuning zelf, ook het traject ernaartoe bleek bij Wmo-melders een relatie te hebben met redzaamheid. Tijdens het gemeentelijk onderzoek kunnen melders bijvoorbeeld advies krijgen over hoe ze hun redzaamheid kunnen versterken.

Wmo-melders rapporteerden een hogere redzaamheidsscore als er een bredere scala aan levensterreinen met hen was besproken. Ook was de score hoger als men tevreden was over de vijf gemeten kenmerken van de gespreksvoerder/-voering (namelijk: genomen tijd voor het gesprek, manier van luisteren, gezamenlijkheid van de oplossing, rekening houden met wensen, en deskundigheid) (Steenbekkers et al. 2017).

Extra ondersteuning helpt niet altijd bij beperkte redzaamheid

Niet iedereen die niet redzaam was wenste (meer) zorg of ondersteuning. Zo zei ongeveer een op de drie melders die zich onvoldoende konden verplaatsen dat men geen behoefte had aan (extra) hulp daarbij. Ook in de al eerder genoemde NRCF-ledenraadpleging 'mijn-kwaliteitvanleven' zei een op de acht deelnemers dat het niet goed ging op een of meerdere levensgebieden, maar dat beter passende hulp en/of hulpmiddelen in hun situatie geen oplossing bood. Uit deze bevindingen blijkt dat zorg en ondersteuning niet alle beperkingen kan compenseren. Dit werd ook al vastgesteld in de onderzoeken onder Wmo-aanvragers in de 'oude' Wmo (Feijten et al. 2013; De Klerk et al. 2009).

11.3 Maatschappelijke participatie

Maatschappelijke participatie, ofwel ‘meedoen’, is een van de hoofddoelen van de Wmo 2015. Ook de Participatiewet is gericht op mensen met beperkingen, maar dan specifiek op het gebied van arbeidsparticipatie (Versantvoort en Van Echtelt 2016). Meedoen is niet vanzelfsprekend voor mensen met beperkingen. Het is bekend dat mensen met een (ernstige) lichamelijke beperking minder vaak deelnemen aan allerlei vormen van maatschappelijke participatie en minder uithuizig zijn dan degenen zonder beperking (Von Heijden et al. 2013; De Klerk 2007). Ook de aanwezigheid van verstandelijke beperkingen (Meulenkamp et al. 2016; Van Hees et al. 2018) en psychische beperkingen betekenen vaak een beperktere deelname aan het maatschappelijk leven (Harbers en Hoeymans 2013; Hoeymans et al. 2005; De Klerk 2014; De Klerk et al. 2015). Vooral een ernstige beperking of een combinatie van beperkingen staat participatie in de weg (Gremmen 2015). We kijken hier naar maatschappelijke participatie van Wmo-melders in de breedste zin: meedoen aan activiteiten in de vrijetijd (bv. verenigingslidmaatschap, bezoek aan religieuze bijeenkomsten, bezoek aan buurthuizen en uitjes ondernemen), vrijwilligerswerk en informele zorg, en de formelere participatievormen (op de arbeidsmarkt en in het onderwijs). Waar mogelijk vergelijken we de participatie van Wmo-melders met de cijfers uit de *Participatiemonitor* van Van Hees et al. (2018).

Domeinen van participatie

De deelname van volwassen Wmo-melders aan het *onderwijs* is iets lager dan in de algemene bevolking, maar het verschil is niet bijzonder groot. In de categorie 25-64-jarigen volgt een op de zeven melders⁵ een opleiding, tegenover een op de vijf Nederlanders. Met de *arbeidsparticipatie*⁶ van de Wmo-melders is het veel slechter gesteld, zelfs afgezet tegen redelijk vergelijkbare referentiegroepen.⁷ Onder de melders heeft slechts een op de zes een betaalde baan, tegenover minimaal het dubbele aantal in de referentiegroepen (een op de drie bij mensen met lichamelijke beperkingen, resp. vier op de tien bij chronisch zieken, resp. 35% bij arbeidsgehandicapten). Op dit punt lijkt het doel van een meer gelijke deelname aan de samenleving nog ver buiten bereik te liggen, zelfs wanneer rekening wordt gehouden met de relatief hoge leeftijd van de groep Wmo-melders.⁸ De ruime meerderheid van de Wmo-melders zei dat hun beperkingen een belemmering vormen voor het volgen van een opleiding (zes op de tien melders) en voor arbeidsdeelname (driekwart van de melders), en ook voor uitbreiding van uren (Steenbekkers et al. 2017). Onbekend is welke belemmeringen Wmo-melders precies ervaren, maar een onderzoek van NPCF et al. (2016) liet bijvoorbeeld zien dat werkenden vooral beperkingen ervaren in de mogelijkheden om passend werk of een passende positie te vinden, te behouden of van functie of werkgever te kunnen veranderen. In *vrijwilligerswerk en informele hulp* participeren melders niet erg vaak (Steenbekkers et al. 2017). Het grootste deel van de melders (twee derde deel) zei dat hun beperkingen hen in de weg staan om vrijwilligerswerk te doen. Een op de zeven melders deed vrijwilligerswerk in georganiseerd verband, en dit is in lijn met de bevindingen met betrekking tot vrijwilli-

gerswerk door Wmo-cliënten in de *Overall rapportage sociaal domein 2016* van Pommer en Boelhouwer (2017). Wmo-melders en -cliënten doen minder vrijwilligerswerk dan mensen met lichamelijke beperkingen over wie de *Participatiemonitor* (Van Hees et al. 2018) rapporteert (een op de vier), hoewel daar een bredere definitie van vrijwilligerswerk is gehanteerd (zowel in georganiseerd verband als ongebonden).

Een op de tien Wmo-melders zei zelf *informele hulp* te geven aan zieken of gehandicapten in hun sociale netwerk.⁹ In Steenbekkers et al. (2017) lijken zowel de intensiteit als de duur van de informele zorg relatief hoog. Dat komt waarschijnlijk doordat het relatief vaak gaat om partners of huisgenoten op leeftijd, die elkaar lange tijd ondersteunen (uit Vonk et al. 2017 blijkt dat ruim de helft van de Wmo-melders ouder is dan 65 jaar en dat de helft met een partner of anderen woont).

Deelname aan *vrijtijdsactiviteiten* is in Steenbekkers et al. (2017) gemeten als deelname aan verenigingen, bezoeken van godsdienstige bijeenkomsten, naar het buurt- of dorps huis gaan, of uitjes ondernemen. In het Wmo-meldersonderzoek van Feijten et al. (2017) deed ruim driekwart van de melders zelden of nooit mee aan de gemeten activiteiten. Ongeveer een op de zes melders deed minimaal wekelijks mee aan het verenigingsleven. Een op de zeven melders bezocht wekelijks een godsdienstige bijeenkomst en een op de tien een buurt- of dorps huis. Een op de twintig ondernam wekelijks een uitje naar bijvoorbeeld een café, restaurant, sportwedstrijd, bioscoop, museum of concert. Hoewel de wekelijkse deelname aan uitstapjes dus laag is, zijn uitstapjes wel de grootste categorie waar melders überhaupt weleens aan meedoen (bijna vier op de tien). De helft deed dit minder dan een keer per maand. Deze cijfers komen redelijk overeen met die van Wmo-gebruikers in de *Overall rapportage sociaal domein 2016* van Pommer en Boelhouwer (2017). Alleen was daar de wekelijkse deelname aan het verenigingsleven wat hoger (bijna een op de drie; bij melders een op de zes).

Al met al levert het onderzoek van Feijten et al. (2017) het beeld op dat de vrijetijdsparticipatie van melders vrij beperkt is, zeker in vergelijking tot de algemene bevolking, maar ook in vergelijking met Wmo-aanvragers onder de 'oude' Wmo (Feijten et al. 2013).¹⁰

Participatietrend onder mensen met een lichamelijke beperking stabiel, maar met bij mensen met een licht verstandelijke beperking gedaald

Binnen de totale groep mensen met een lichamelijke beperking is de totale participatie over een wat langere periode (2008-2016) gemeten niet toe- of afgenomen, zoals blijkt uit de *Participatiemonitor* (Van Hees et al. 2018). Op deelgebieden zijn er wel veranderingen; mensen met een lichamelijke beperking gingen vaker vrijwilligerswerk doen en gebruiken minder vaak buurtvoorzieningen (maar dat laatste was in de algemene bevolking ook zo). Onder mensen met een licht verstandelijke beperking nam de participatie in de periode 2008-2016 af, vooral de deelname aan betaalde arbeid (Van Hees et al. 2018).

Meedoen in de samenleving houdt gedeeltelijk verband met het gevoel mee te tellen

Naast daadwerkelijke deelname aan activiteiten telt ook de subjectieve beleving van 'meedoen aan de samenleving'. Daarom is aan Wmo-melders ook gevraagd of ze het gevoel

hebben mee te tellen in de samenleving. Dat bleek voor een aanzienlijk deel van de Wmo-melders niet het geval: een op de vier melders had niet het gevoel mee te tellen in de maatschappij. Er is geen rechtlijnig verband tussen deelname aan activiteiten en het gevoel mee te tellen. Van degenen die op geen enkele manier participeerden, had een derde deel het gevoel mee te tellen, tegenover ruim de helft van degenen die wel participeerden (Steenbekkers et al. 2017).

Bijdrage van ondersteuning aan participatie

Ruim twee van de drie melders die niet zelfstandig konden participeren, hadden daar ondersteuning bij; het vaakst was dat een persoonlijke vervoersvoorziening en iets minder vaak een collectieve vervoersvoorziening. Een ongeveer even groot deel kreeg hulp of ondersteuning van andere mensen, voornamelijk gezinsleden. Van degenen die ondersteuning bij vrijetijdsparticipatie kregen, was twee derde van mening dat die veel bijdroeg, een kwart vond dat de ondersteuning een beetje bijdroeg en een kleine groep dat deze nauwelijks bijdroeg. Ook is gevraagd hoe men voor en na de ingebruikname van ondersteuning¹¹ hun mogelijkheden om te participeren beoordeelde (in rapportcijfers). Dit was gemiddeld respectievelijk een 5,5 en een 6,2. Degenen die al langer dan tien jaar ondersteuning¹² hadden, hoefden alleen hun huidige mogelijkheden om te participeren te beoordelen. Dat oordeel bedroeg gemiddeld een 5,4. Hieruit volgt de conclusie dat mensen die langdurig afhankelijk zijn van ondersteuning zelfs met die ondersteuning niet voldoende kunnen participeren (Steenbekkers et al. 2017).

Uit hetzelfde onderzoek bleek dat men met het vorderen van de leeftijd en het verslechteren van de gezondheid, een afname van de participatiemogelijkheden ervoer, ondanks de ondersteuning. Ouderdom, vermoeidheid, pijn of te veel beperkingen kunnen participatie op een gegeven moment onmogelijk maken en daar lijkt geen ondersteuning tegen opgewassen te zijn. Iets dergelijks zagen we ook al bij redzaamheid.

Wens om meer te participeren het grootst bij vrijetijdsactiviteiten

Aan iedereen die niet zelfstandig vrijetijdsactiviteiten kon doen, is gevraagd of ze daar (meer) hulp bij nodig hadden. Een kwart van de melders die al hulp ontvingen en ruim de helft van degenen die geen hulp ontvingen, antwoordde hierop bevestigend. De wens om meer te participeren was het grootst voor culturele activiteiten en het verenigingsleven (bij drie resp. vier op de tien melders); een wat kleinere groep zei vaker religieuze bijeenkomsten of buurtvoorzieningen te willen bezoeken (een op de tien melders) (Steenbekkers et al. 2017). Dit strookt met bevindingen in de *Participatiemonitor* (Meulenkamp et al. 2016), waar een kwart van de mensen met lichamelijke beperkingen aangaf in de vrije tijd niet de dingen te kunnen doen die ze zouden willen doen. Dit speelde het sterkst bij mensen met ernstige lichamelijke beperkingen: de helft van hen zou meer willen participeren in vrijetijdsbesteding dan men feitelijk deed, tegenover een op de zes personen met lichtere beperkingen. Ook bij de deelnemers aan de NPCR-ledenpeiling 'mijnkwaliteitvanleven' bestond de wens tot meer participatie: de helft zei dat er met passende hulp en/of

hulpmiddelen zeker verbeteringen in hun participatie mogelijk zouden zijn (NPCF et al. 2016).

Overigens hoeft de barrière om meer te participeren niet alleen te komen door lichamelijke, psychische of verstandelijke beperkingen; er kunnen ook financiële barrières zijn. Een op de drie Wmo-melders had bijvoorbeeld onvoldoende geld om het lidmaatschap van een club of vereniging te betalen en bijna de helft had onvoldoende middelen om eens per maand uit te gaan, bijvoorbeeld naar een restaurant of café (Steenbekkers et al. 2017).

11.4 Eenzaamheid

Het voorkómen van eenzaamheid is in de HLZ als apart doel benoemd, maar hangt nauw samen met de andere doelen. Immers, wie kan deelnemen aan de maatschappij en sociale contacten kan onderhouden loopt minder risico om eenzaam te zijn. ‘De essentie van welzijn is mijns inziens dat mensen elkaar kunnen ontmoeten en (daarmee) gevoel van eigenwaarde behouden,’ aldus de staatssecretaris (TK 2012/2013a). Aangezien eenzaamheid zowel een individueel als een maatschappelijk probleem is, wordt het vroegtijdig herkennen en bestrijden van eenzaamheid van belang geacht door de regering (TK 2012/2013a). In de Memorie van Toelichting bij de Wmo 2015 (TK 2013/2014a) wordt het verrichten van maatschappelijk nuttige activiteiten gezien als een mogelijke manier om eenzaamheid te bestrijden. Door ‘iets terug te doen’ kan de maatschappelijke participatie van degene die ondersteuning ontvangt verbeteren en tevens bijdragen aan het oplossen/beperken van een maatschappelijk probleem.

Veel eenzaamheid onder de Nederlandse bevolking en nog meer onder Wmo-gebruikers

Veel Nederlanders voelen zich weleens eenzaam. Zo rapporteerde in 2016 43% van de Nederlandse bevolking zich eenzaam te voelen. De mate waarin men zich eenzaam voelde, verschilde echter: 33% is matig eenzaam en 10% sterk eenzaam (Gezondheidsmonitor Volwassenen GGD'en, CBS en RIVM 2016). Gevoelens van eenzaamheid hoeven niet altijd problematisch te zijn, maar langdurige sterke eenzaamheid kan onder andere leiden tot een slechte gezondheid, terugtrekken uit de samenleving, een lage kwaliteit van leven en een verhoogde kans op vroegtijdig overlijden (Coalitie Erbij 2018a; Holt-Lunstad et al. 2015).

Eenzaamheid onder Wmo-melders is hoger dan onder de algemene bevolking. Meer dan de helft van de Wmo-melders voelde zich eenzaam: bijna twee vijfde deel matig eenzaam en ongeveer een vijfde sterk eenzaam (Feijten et al. 2017; Vonk 2018). In landelijk onderzoek naar het sociaal domein (Pommer en Boelhouwer 2017) is te zien dat de prevalentie van eenzaamheid onder gebruikers van voorzieningen in de Wmo 2015 en in de Participatiewet en onder mensen met multiproblematiek hoger is (bijna zes op de tien) dan onder niet-gebruikers van voorzieningen (ruim drie op de tien) in zowel 2016 als 2017 (Pommer en Boelhouwer 2017). Mogelijk kan dit worden verklaard doordat de Wmo-

gebruikers in vergelijking met de ‘niet-gebruikers’ gemiddeld ouder waren, lager opgeleid en vaker een langdurige ziekte of aandoening hadden (Pommer en Boelhouwer 2016). Deze factoren zijn ook uit ander onderzoek bekend als risicofactoren voor eenzaamheid (Van Tilburg en Klok 2018a).

Twee soorten eenzaamheid; eenzame Wmo-melders ervaren vaak beide

Eenzaamheid kan worden onderverdeeld in twee componenten: sociale en emotionele eenzaamheid. Emotionele eenzaamheid refereert aan het niet hebben van emotionele verbondenheid, een hechte intieme band met één ander persoon (in de meeste gevallen een partner). Sociale eenzaamheid refereert aan het gemis aan sociale verbondenheid een netwerk van sociale relaties, zoals een groep vrienden die bepaalde gemeenschappelijke kenmerken met die persoon delen (De Jong-Gierveld en Van Tilburg 2008).

Van de zelfstandig wonende Wmo-melders van 18 jaar en ouder ervoer bijna de helft sociale eenzaamheid en iets minder dan de helft emotionele eenzaamheid (Vonk 2018).¹³ Wanneer Wmo-melders eenzaam zijn, betreft dat voor de meeste van hen een combinatie van emotionele en sociale eenzaamheid. Ongeveer een vijfde deel ervoer sterke emotionele en/of sociale eenzaamheid. Dit komt overeen met de bevindingen uit de *Overall rapportage sociaal domein 2016* van Pommer en Boelhouwer (2017), waar ook ongeveer een vijfde deel van de mensen die Wmo-ondersteuning ontvingen sterk emotioneel of sociaal eenzaam was. Hierbij vonden ze in 2016 ten opzichte van 2015 een significante stijging in het aandeel emotioneel eenzamen (resp. 22% en 17%).

Eenzaamheid onder Wmo-melders komt bij alle leeftijden voor

Eenzaamheid is niet alleen een probleem onder ouderen, zoals vaak wordt gedacht. Onder Wmo-melders is 36% van 0-54-jarigen matig eenzaam en 22% sterk eenzaam. Onder 55-74-jarigen is dat respectievelijk 35% en 20% en bij 75-plussers voelt 40% en 13% zich matig respectievelijk sterk eenzaam (Steenbekkers et al. 2017). Ook Pommer en Boelhouwer (2017) lieten zien dat in hun onderzoeksgroep (die grotendeels bestaat uit gebruikers van voorzieningen in het sociaal domein) eenzaamheid ongeveer even vaak voorkomt bij mensen onder de 65 jaar als bij mensen van 65 jaar en ouder.

In de algemene bevolking laat eenzaamheid wel een stijgende lijn zien met leeftijd: van de 19-34-jarigen is 38% eenzaam, oplopend tot 63% van de 85-plussers (Gezondheidsmonitor Volwassenen GGD'en, CBS en RIVM 2016).¹⁴ Ook binnen de groep ouderen is een verband tussen toenemende eenzaamheid en stijgende leeftijd te zien (Van Tilburg en Klok 2018b).

Eenzaamheid vaak taboe; bestrijding ervan vergt maatwerk

Wanneer is eenzaamheid problematisch? In de literatuur wordt erop gewezen dat eenzaamheid vooral een probleem is als het langdurig van aard is en daardoor leidt tot gezondheidsproblemen, terugtrekking uit de samenleving en een lagere kwaliteit van leven (Coalitie erbij 2018a). Episodes van eenzaamheid horen bij het leven en kunnen zelfs een zeker nut hebben (rvs 2017). Op eenzaamheid rust een taboe en het ter sprake brengen is dan ook niet gemakkelijk, ook niet voor hulpverleners (Talma en Den Hollander

2018). Voor de bestrijding van ernstige en langdurige eenzaamheid hebben mensen ondersteuning nodig die persoonlijk is afgestemd; maatwerk dus (Coalitie erbij 2018b; RVS 2017).

De meeste Wmo-melders kunnen zelfstandig sociale contacten onderhouden; wie er hulp bij krijgt, ervaart meestal dat dat zinvol is

Bij mensen die Wmo-maatwerkvoorzieningen gebruikten, ervoer 41% problemen op het gebied van sociale contacten: men had er te weinig, men had moeite om ze te onderhouden en/of men had geen netwerk om daarbij te helpen (Pommer en Boelhouwer 2016; 2017). In het onderzoek onder Wmo-melders kon het merendeel zelfstandig contact onderhouden. Bij degenen die dat niet konden, ontvingen zeven op de tien daar hulp bij (informeel of door maatwerkvoorzieningen) en die mensen konden met deze hulp (ruim) voldoende contacten onderhouden (Steenbekkers et al. 2017). Maatwerkvoorzieningen die in het kader van contact onderhouden werden genoemd, waren de regio- of Wmo-taxi, of een scootmobiel of rolstoel (ruim drie op de tien) en professionele hulp, zoals thuiszorg of een begeleider (ruim twee op de tien). Twee derde deel vond de ondersteuning veel bijdragen. Toch gaf ook een kwart aan dat de hulp maar een beetje bijdroeg en een nog kleinere groep vond dat de hulp niet bijdroeg (een op de tien). Driekwart van de Wmo-melders die zeiden extra hulp nodig te hebben bij het onderhouden van contacten, gaf aan dat er niemand in het netwerk was die die hulp kon geven. Dit gold zowel voor degenen die al ondersteuning ontvingen als voor degenen die dat niet ontvingen (Steenbekkers et al. 2017).

Voor sommige melders die geen maatwerkvoorziening kregen, had dit (volgens henzelf) nadelige gevolgen. Zo zei een derde deel dat ze vaker thuisbleven dan gewenst en een zesde dat ze minder sociale contacten hadden dan ze zouden willen. Dit zijn onwenselijke gevolgen in het licht van de Wmo-doelen 'participatie' en 'zo min mogelijk eenzaamheid'.

11.5 Zelfstandig wonen

Ouderen wonen tot op steeds hogere leeftijd zelfstandig

In Nederland groeit het aantal ouderen en stijgt de levensverwachting. Toch neemt het aantal bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen al jaren af, van bijvoorbeeld 158.000 in 2008 naar 117.000 in 2015 (Verbeek-Oudijk en Van Campen 2017). Ook andere cijfers duiden erop dat mensen langer zelfstandig wonen. Tussen 1998 en 2015 daalde het aandeel 80-plussers in de bevolking dat in een zorginstelling woont van 22% naar 13%, daalde de gemiddelde verblijfsduur in instellingen en steeg de gemiddelde leeftijd bij opname (Den Draak et al. 2016). Dat ouderen langer zelfstandig kunnen wonen komt voor een belangrijk deel doordat mensen langer gezond blijven.

De meeste zelfstandig wonende ouderen van 75 jaar of ouder wonen in een reguliere woning: 72% in 2015 en 69% in 2012. Het aandeel ouderen dat in een woonzorgcomplex woont, verdubbelde tussen 2012 en 2015 van 2% naar 4%. Wonen in de meer traditionele

wonen-met-zorgvormen (zoals aanleunwoningen en seniorenwoningen) nam juist af (resp. van 5% naar 1% en van 18% naar 15%). De populariteit van serviceflats was stabiel (3%) (BZK 2013; BZK 2016). Om het langer zelfstandig wonen van de groeiende groep ouderen te faciliteren is het van belang dat er genoeg woningen zijn die aangepast kunnen worden aan de beperkingen die ouderen hebben of kunnen ontwikkelen. In de woonsector is er veel aandacht voor allerlei alternatieve woonvormen voor ouderen, maar de bekendheid daarvan onder ouderen is voornamelijk beperkt (Den Draak et al. 2016). Vrijwel alle Wmo-melders in het onderzoek van Feijten et al. (2017) woonden ten tijde van de ondervraging thuis. Desgevraagd zeiden bijna negen op de tien dat ze voorlopig zeker wel thuis konden blijven wonen, maar een tiende deel antwoordde 'misschien' en een vijftigste deel 'nee'. Van die laatste groep had slechts een kwart een indicatie voor tijdelijke of permanente opname in een instelling (Steenbekkers et al. 2017). Sommige professionals in de onderzoeken van Gijzel et al. (2017) en Van Klaveren et al. (2017) gaven signalen af dat mensen in hun ogen soms te lang thuis wonen.

Factoren die zelfstandig wonen bevorderen of belemmeren

'Zo lang mogelijk zelfstandig wonen' is een van de doelen van de Hervorming Langdurige Zorg (TK 2012/2013b). Dit doel lijkt vooral van toepassing op ouderen. Voor mensen met een verstandelijke beperking kan ondersteuning juist tot doel hebben om zelfstandig te gaan wonen, vanuit het ouderlijk huis. En voor mensen met psychiatrische problemen kan het gaan om terugkeer naar zelfstandig wonen vanuit een ggz-instelling. Deze verschillende betekenissen van zelfstandig wonen zijn uitgebreider beschreven in Den Draak et al. (2016).

Diverse factoren worden gezien als bevorderlijk om zelfstandig te kunnen (blijven) wonen. Hoewel er factoren zijn die voor alle mensen bijdragen aan de mogelijkheid om zelfstandig te wonen, spelen er bij elk van de doelgroepen ook andere thema's (Den Draak 2016; Marangos 2016; Plaisier 2016). De ernst en soort van de beperkingen zijn van invloed op het al dan niet zelfstandig kunnen blijven of gaan wonen. Ook is van belang hoe de zorg is georganiseerd, bijvoorbeeld de aanwezigheid van wachtlijsten en de toegangscriteria voor zorg in een instelling. Technologieën (zoals telegzorg en domotica) en het hebben van vaste zorgverleners worden als bevorderend voor het zelfstandig wonen gezien. De rol van eigen bijdragen is nog niet voor alle groepen goed in beeld, maar voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen zouden eigen bijdragen een verhoogde kans op crises en gedwongen opnamen hebben (Den Draak et al. 2016).

Steun uit het sociale netwerk is in het algemeen een belangrijke hulpbron, maar werkt voor diverse groepen anders. Zo blijven ouderen langer thuis wonen als er een partner is. Volgens experts die werden geraadpleegd in het onderzoek van Den Draak et al. (2016) is ook het hebben van een zinvolle dagbesteding een belangrijke hulpbron, want dat geeft structuur en zin aan de dag, en het ontlast mantelzorgers, waardoor de cliënt langer thuis kan blijven wonen.

Over de precieze invloed van sociaal-maatschappelijke factoren (zoals veranderende normen en waarden of demografische ontwikkelingen) is weinig bekend; omdat zulke pro-

cessen langzaam verlopen en vaak worden beïnvloed door met elkaar samenhangende factoren is dit moeilijk te onderzoeken. Het ligt wel voor de hand dat de keuzes die mensen maken, worden beïnvloed door een heersende norm. Tegenwoordig is zo'n norm dat je als oudere zo lang mogelijk zelfstandig blijft wonen, terwijl het een halve eeuw geleden niet ongebruikelijk was dat gezonde mensen zich op hun 65e inschreven voor het bejaardenhuis. Een andere tegenwoordige opvatting is dat mensen met zichtbare handicaps of psychiatrische aandoeningen (zolang ze geen gevaar vormen voor zichzelf of anderen) gewoon thuishoren in de wijk. Vertrouwdheid met de buurt (en de buurt met de doelgroep) is voor mensen met een psychiatrische aandoening extra van belang, maar ook voor mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking die in een wijk (gaan) wonen.

Zelfstandig wonen en eenzaamheid

Zo lang mogelijk zelfstandig wonen brengt het risico op meer eenzaamheid met zich mee; dat wordt ook erkend in de HLZ-beleidsstukken (zie hoofdstuk 3). Toch is het vaststellen van een causale relatie tussen eenzaamheid en zelfstandig wonen of opname in een instelling lastig. Onder zelfstandig wonende ouderen worden tegenstrijdige resultaten gevonden. Zo vonden Den Draak et al. (2016) dat gevoelens van eenzaamheid en onveiligheid in de woonomgeving bij ouderen een opname in een instelling bevorderen. In eerdere onderzoeken onder ouderen werd slechts een zwakke of geen directe relatie gevonden tussen eenzaamheid en de kans op tehuisopname (Alders et al. 2016; Plaisier et al. 2011; Tolkacheva en Thomese 2014).

Hoewel eenzaamheid veel voorkomt onder Wmo-melders, vroeg men niet vaak om die reden ondersteuning aan: dit was slechts bij een op de tien het geval (Feijten en Schyns 2017). Bij aanvragers van een Wlz-indicatie kwam dat veel vaker voor: een op de drie Wlz-aanvragers die opname in een instelling prefereerden, gaven 'voorkómen van eenzaamheid' daarvoor als reden aan. Bij geïndiceerden die voor een Wlz-thuisleveringsvorm kozen, was dat een op de zes (Van Klaveren et al. 2017).

Een recent onderzoek waarbij ouderen van 1996 tot 2016 gevolgd zijn, laat zien dat er gemiddeld minder eenzaamheid is onder ouderen met ernstig gezondheidsverlies na een verhuizing naar een instelling vergeleken met een vergelijkbare groep ouderen die zelfstandig is blijven wonen¹⁵ (Van Tilburg et al. 2018). Opname in een instelling lijkt dus een beschermende factor te zijn tegen eenzaamheid bij deze kwetsbare groep.

11.6 Kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven kan op verschillende manieren worden opgevat. Zo onderscheiden Pommer en Boelhouwer (2017) objectieve kwaliteit van leven (hoe gaat het feitelijk met mensen op het terrein van gezondheid, maatschappelijke participatie, eenzaamheid, levensstandaard en woonsituatie) en subjectieve kwaliteit van leven (hoe vinden mensen zelf dat het met hen gaat). In deze paragraaf kijken we naar de subjectieve kwaliteit van

leven (gemeten op een tienpuntsschaal) met een vraag naar de tevredenheid met het leven die mensen ervaren.

Onder gebruikers van Wmo-maatwerkvoorzieningen is de tevredenheid met het leven tussen 2015 en 2016 niet significant veranderd (resp. een rapportcijfer van 7,0 en 6,9). Wmo-melders gaven in 2016 een 6,6 voor hun tevredenheid met het leven (Steenbekkers et al. 2017). De gemiddelde tevredenheid met het leven van alle Nederlanders is vanaf 2012 tot aan 2016 en 2017 gelijk gebleven en heeft een score van 7,8. Gemiddeld genomen waren Nederlanders in 2016 en 2017 iets tevredener over hun leven dan in 2004 (7,6) (Boelhouwer 2017).

Kwaliteit van leven hangt samen met de andere Wmo-doelen redzaamheid, participatie en zo min mogelijk eenzaamheid (Steenbekkers et al. 2017). Omdat eenzaamheid momenteel sterk in de belangstelling staat, wordt het verband tussen kwaliteit van leven en eenzaamheid hier nader uitgelicht. Voor de zelfstandig wonende volwassen Wmo-melders blijkt er een bescheiden verband te bestaan tussen eenzaamheid en ervaren kwaliteit van leven. Van de melders met ernstige eenzaamheidsgevoelens rapporteerde een deel een lage kwaliteit van leven ('eenzaam ongelukkigen'; een op de vijftientig melders) en een deel rapporteerde een matige tot redelijke kwaliteit van leven ('eenzaam redelijk gelukkigen'; ongeveer een op de zeven melders) (Vonk en Van Campen 2018). De 'eenzaam ongelukkigen' onderscheidden zich van 'eenzaam redelijk gelukkigen' doordat ze minder redzaam zijn en minder participeren, meer moeite hebben met het onderhouden van contacten en vaker een ernstige beperking hebben. Daarnaast bevat de groep 'eenzaam ongelukkigen' in verhouding minder vrouwen dan de groep 'eenzaam gelukkigen'. Alertheid op deze risicofactoren kan professionals helpen om Wmo-melders te identificeren bij wie een vergrote kans aanwezig is dat eenzaamheid vergezeld gaat van een lage levenstevredenheid.

Kwaliteit van leven van zelfstandig wonende Wlz-cliënten

In het HLZ-deelonderzoek naar de uitvoeringspraktijk in de Wlz is ook informatie verzameld over de kwaliteit van leven van zelfstandig wonende Wlz-cliënten (Gijzel et al. 2017). Het viel op dat dit begrip vaak werd samengenomen met (zelf)redzaamheid. Professionals zeiden dat er toenemende aandacht was voor kwaliteit van leven en zelfredzaamheid, maar dat die trend al vóór de HLZ was ingezet. Zij (en ook cliënten zelf) konden moeilijk onder woorden brengen of en hoe de kwaliteit van leven van Wlz-cliënten nu precies was veranderd. Wel waren professionals het erover eens dat kwaliteit van leven en (zelf)redzaamheid gebaat waren bij Wlz-thuisleveringsvormen, omdat de zorg dan vaak nauwer aansluit bij wat de cliënt belangrijk vindt. Ze maakten daarbij twee kanttekeningen, die de kwaliteit van leven juist op het spel zetten: het risico op onveilige situaties en het risico op sociaal isolement.

Een internationale studie van Tatlow-Golden et al. (2014) concludeerde dat voor mensen met een verstandelijke beperking de-institutionalisering voordelen met zich meebracht op onder andere de kwaliteit van leven. Aan de andere kant ervaren mensen met een verstandelijke beperking die zelfstandig wonen meer problemen op het gebied van gezin en huishouden, zelfstandig een huishouden voeren, financiën, arbeidsmarkt, geletterdheid

en sociale contacten dan mensen zonder zo'n beperking (Boelhouwer en Pommer 2017). Zij hebben steeds meer hulp nodig om hun rol in de maatschappij te vervullen (Woittiez et al. 2014).

Het effect van maatwerkvoorzieningen op de kwaliteit van leven is onduidelijk

Het ontvangen van een maatwerkvoorziening vanuit de Wmo had geen directe invloed op de kwaliteit van leven van Wmo-melders (Steenbekkers et al. 2017). Indirect heeft een maatwerkvoorziening mogelijk wel een effect op de kwaliteit van leven van Wmo-melders, namelijk via het versterken van de redzaamheid; want dat effect is wel gevonden (zie § 11.2). Pommer en Boelhouwer (2017) concludeerden ook voor gebruikers van Wmo-maatwerkvoorzieningen dat hun kwaliteit van leven niet erg sterk samenhangt met de maatwerkvoorzieningen die ze gebruiken.

In de cliëntervaringsonderzoeken die gemeenten in 2016 zelf uitvoerden, is rechtstreeks naar het effect van Wmo-ondersteuning op de kwaliteit van leven gevraagd. Daar was 74% van de respondenten het eens met de stelling 'door de ondersteuning die ik krijg heb ik een betere kwaliteit van leven'. 8% was het niet eens met de stelling en de rest antwoordde neutraal of had geen mening (VNG 2017). In een ledenpeiling onder mensen die met een chronische ziekte of beperking leven (zie eindnoot 3 voor details) wordt wel een relatie gevonden tussen passende hulp en/of hulpmiddelen en de ervaren kwaliteit van leven. Mensen in dat onderzoek waren minder positief over hun kwaliteit van leven wanneer ze zich op meerdere levensgebieden beperkt voelden door gebrek aan passende hulp en/of hulpmiddelen; zij beoordeelden hun leven met een 5,4. Mensen bij wie het op alle levensgebieden goed ging (waar nodig met passende hulp en/of hulpmiddelen), beoordeelden hun dagelijks leven gemiddeld met een 7,5 (NRCF et al. 2016).

Psychische en psychosociale problemen belemmeren het bereiken van de Wmo-doelen; veerkracht heeft juist een positieve invloed

Bepaalde factoren vergroten de kans op negatievere uitkomsten wat betreft redzaamheid, participatie, eenzaamheid en kwaliteit van leven voor Wmo-melders (voor zelfstandig wonende Wlz-cliënten en gebruikers van wijkverpleging konden we deze analyse niet maken). Wmo-melders met ernstige lichamelijke beperkingen, psychische beperkingen, psychosociale problemen of die vaak last hadden van vermoeidheid waren minder redzaam, ervoeren minder participatiemogelijkheden, meer eenzaamheid en/of lagere kwaliteit van leven. Mensen met deze kenmerken zijn aan te merken als risicogroepen. Ook uit de Wmo-evaluaties in het verleden bleek al dat mensen met psychische en psychosociale beperkingen risicogroepen zijn (De Klerk et al. 2010; Kromhout et al. 2014). Blijkbaar is en blijft het bij hen lastig om redzaamheid, participatie en kwaliteit van leven te bevorderen en eenzaamheid tegen te gaan.

Veerkracht viel op als een aspect dat gunstig verband hield met de uitkomsten. Wmo-melders die hoog scoorden op de meting van veerkracht waren gemiddeld redzamer, hadden meer sociale contacten, voelden zich minder eenzaam, deden vaker mee aan vrijetijdsactiviteiten en waren tevredener over hun leven (MacLeod et al. 2016). Veerkracht

heeft voor een deel te maken met karakter, maar is deels ook een vaardigheid die kan worden aangeleerd. Veerkrachtraining zou daarom een bruikbare interventie kunnen zijn (zie Cosco et al. (2017) voor de toepasbaarheid bij ouderen en Raaijmakers et al. (2007) voor een praktisch voorbeeld).

11.7 Beleidsparticipatie in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015

Een bijzondere vorm van maatschappelijke participatie is beleidsparticipatie: het meedoen van inwoners in het proces van beleidsvorming bij de gemeente. Zo bezien is beleidsparticipatie een doel op zich: meedenken en meepraten met lokale beleidsmakers zijn ook vormen van meedoen in de samenleving. Daarnaast kan beleidsparticipatie een middel zijn dat bijdraagt aan een goede aansluiting van lokaal beleid bij de behoeften van burgers (maatwerk), wat weer bijdraagt aan onder meer hun participatie en redzaamheid. De Wmo 2015 verwacht van gemeenten dat ze de randvoorwaarden creëren voor beleidsparticipatie op het gebied van maatschappelijke ondersteuning. Artikel 2.1.3, lid 3 van de Wmo 2015 (Staatsblad 2014) luidt:

In de verordening wordt bepaald op welke wijze ingezetenen, waaronder in ieder geval cliënten of hun vertegenwoordigers, worden betrokken bij de uitvoering van deze wet, waarbij in ieder geval wordt geregeld de wijze waarop zij:

- a in de gelegenheid worden gesteld voorstellen voor het beleid te doen;*
- b vroegtijdig in staat worden gesteld gevraagd en ongevraagd advies uit te brengen bij de besluitvorming over verordeningen en beleidsvoorstellen;*
- c worden voorzien van ondersteuning om hun rol effectief te kunnen vervullen;*
- d deel kunnen nemen aan periodiek overleg;*
- e onderwerpen voor de agenda van dit overleg kunnen aanmelden;*
- f worden voorzien van de voor een adequate deelname aan het overleg benodigde informatie.*

Gemeenten moeten dus vastleggen hoe de beleidsparticipatie lokaal wordt georganiseerd, maar kunnen in grote mate zelf kiezen hoe ze dit vormgeven. In de praktijk maken ze gebruik van formele inspraakorganen en meer informele contactmomenten met inwoners (Beltman 2017; Van der Ham et al. 2018; Verbeek et al. 2018). Die moeten dan wel bij de inwoners bekend zijn. Wmo-melders in het onderzoek van Feijten et al. (2017) bleken in een groot deel van de gevallen (ruim driekwart) niet bekend te zijn met inspraakorganen zoals een Wmo-raad, participatieraad of burgerplatform. Ook hadden heel weinig mensen weleens meegepraat met de gemeente over het beleid voor mensen met beperkingen (Steenbekkers et al. 2017).

In vergelijking met de Wmo uit 2007 ontbreekt in de Wmo 2015 de eis dat gemeenten zich op de hoogte moeten stellen van 'de belangen en behoeften' van inwoners die deze 'niet goed kenbaar kunnen maken' (Staatsblad 2014). Beleidsparticipatie kan echter voor mensen met psychische klachten, verstandelijke beperkingen of dementie extra lastig zijn. Uit eerdere Wmo-evaluaties weten we dat de behoeften van deze groepen bij een deel van de gemeenten onder de oude Wmo niet goed in beeld waren (De Klerk et al. 2010; Kromhout

et al. 2014). Door het opnemen van individuele begeleiding, dagbesteding en beschermd wonen in de Wmo 2015, en doordat mensen met zwaardere problematiek langer zelfstandig wonen, is het aantal (potentiële) cliënten met zulke problemen dat bij de gemeenten aanklopt onder de nieuwe Wmo alleen maar toegenomen. Daarom voerde BMC Advies in 2017 een kwalitatieve HLZ-deelstudie uit naar beleidsparticipatie in de Wmo 2015. In 39 gemeenten (waarvan 21 centrumgemeenten beschermd wonen (zie ook hoofdstuk 12)) werd nagegaan hoe de Wmo-beleidsparticipatie was georganiseerd, vooral voor mensen met een verstandelijke beperking, dementie of een psychische kwetsbaarheid (Verbeek et al. 2018).

Beleidsparticipatie nog vooral via formele adviesraden

Uit hetzelfde onderzoek van BMC blijkt dat de 39 onderzochte gemeenten hun inwoners graag meer bij het lokale Wmo-beleid willen betrekken, maar dat ze op zoek zijn naar manieren om dit vorm te geven. In de praktijk maken deze gemeenten nog steeds vooral gebruik van formele adviesraden om inwoners bij de lokale beleidsontwikkeling te betrekken. In ruim de helft van deze gemeenten is de adviesraad inmiddels verbreed van een Wmo-raad naar een sociaaldomeinraad, waarin ook het beleid in het kader van de Jeugdwet en de Participatiewet wordt besproken. Naast formele adviesraden worden in ruim driekwart van de 39 onderzochte gemeenten diverse informele vormen van beleidsparticipatie gebruikt. Deze zijn nog sterk in ontwikkeling. Voorbeelden zijn werkgroepen, themabijeenkomsten, werkbezoeken, panelonderzoeken en gesprekken met individuele inwoners (Verbeek et al. 2018). Kwalitatief onderzoek van het SCP in zes gemeenten bevestigt dit beeld (Van der Ham et al. 2018). Ook Beltman (2017) concludeert in de laatste publicatie van het programma Aandacht voor Iedereen (AVI) dat de formele adviesraden een gevestigde adviesrol hebben gekregen en dat gemeenten (daarnaast) steeds meer rechtstreeks contact met inwoners zoeken.¹⁶

Vertegenwoordiging kwetsbare groepen beperkt en indirect

In ongeveer de helft van de adviesraden in de onderzochte gemeenten worden mensen met een verstandelijke beperking en mensen met dementie vertegenwoordigd. In minder dan de helft van de raden geldt dit voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Als vertegenwoordiging van deze groepen plaatsvindt, gebeurt dit in de onderzochte gemeenten meestal indirect, bijvoorbeeld door mantelzorgers of inwoners op persoonlijke titel. Zij hebben niet altijd een achterban.

In informele participatievormen spelen ervaringsdeskundigen en leden van cliëntenraden van ggz-instellingen een belangrijke rol als vertegenwoordigers van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Ook medewerkers van zorgaanbieders vervullen soms die rol. Als alternatief voor adviesraden en informele vormen van beleidsparticipatie wijzen sommige respondenten op initiatieven op het gebied van zorg en ondersteuning van inwoners zelf (Verbeek et al. 2018).

Informele beleidsparticipatie kan beter

Deelname van mensen met een psychische kwetsbaarheid aan formele adviesraden kan worden belemmerd door hun problematiek en door een gebrek aan beleids- en vergadervaardigheden. Informele contactmomenten tussen gemeenten en deze inwoners lijken meer kans van slagen te hebben. Deze moeten dan wel goed aansluiten bij de leefwereld van de betrokkenen, aldus de respondenten. Dit kan bereikt worden door gespreksonderwerpen te kiezen die te maken hebben met hun dagelijks leven, te zorgen voor veilige, bekende en toegankelijke ontmoetingslocaties en door voor iedereen begrijpelijke taal te gebruiken. Voor beleidsparticipatie in het algemeen is van belang dat duidelijk is wat de spelregels zijn, wat de status is van de inbreng van inwoners en dat de gemeente terugkoppelt wat daarmee is gedaan. In een aantal van de onderzochte gemeenten hadden inwoners met een psychische kwetsbaarheid direct contact met beleidsambtenaren en bestuurders van de gemeente. Deze inwoners ervaren dat zij invloed hebben gehad op het beleid (Verbeek et al. 2018).

11.8 Samenvatting en conclusies

De meeste mensen met een beperking die een beroep op de Wmo doen, kunnen zich niet zelfstandig redden. Met zorg en ondersteuning lukt het de meesten wel, maar bij een op de tien (bij persoonlijke verzorging en organiseren van het dagelijks leven) tot drie op de tien (het huishouden doen) gaat het ook dan niet. Het redzaamheidsdoel van de Wmo 2015 wordt dus maar gedeeltelijk behaald. Ongeveer driekwart van de Wmo-melders vindt dat ondersteuning bijdroeg aan waar die voor bedoeld is en ruim driekwart van Wmo-gebruikers uit gemeentelijke cliëntervaringsonderzoeken zegt dat ze zich dankzij de ondersteuning beter kunnen redden. Uit kwalitatieve bronnen blijkt dat vooral de mate waarin de zorg en ondersteuning aansluiten op de behoeften bepaalt of zorg en ondersteuning bijdragen. Niet alleen de ondersteuning zelf, ook het traject ernaartoe blijkt bij Wmo-melders een relatie te hebben met redzaamheid. Zo rapporteren Wmo-melders die tevreden zijn over de deskundigheid van de gespreksvoerder een hogere redzaamheid dan degenen die daar ontevreden over zijn. Iets minder dan de helft van de Wmo-melders die ondersteuning gebruiken, heeft een resterende hulpbehoefte; dat wil zeggen dat ze, om hun redzaamheid te bevorderen, meer ondersteuning nodig hebben. Zulke signalen komen ook uit een grootschalige ledenpeiling van de NRCF. Zelfstandig wonenden met een zware zorgbehoefte die Wlz-zorg thuis ontvangen, hebben meer eigen regie dan Wlz-clienten in instellingen.

Wat betreft participatie doen Wmo-melders het meest mee in de samenleving op het domein van (volwassenen)onderwijs en in het informele domein van de mantelzorg. Op gebied van arbeid, vrijwilligerswerk en vrijetijdsactiviteiten lijken ze achter te blijven bij de algemene bevolking.

De participatietrend onder mensen met een lichamelijke beperking was stabiel over de periode 2008-2016, maar bij mensen met een licht verstandelijke beperking is de partici-

patie in die periode licht gedaald, vooral de deelname aan betaalde arbeid. Hoewel de participatie onder mensen met een beperking dus in grote lijnen stabiel is gebleven in de periode rond de Hervorming Langdurige Zorg, moeten we ook concluderen dat de bedoeling van de wetgever dat mensen met en zonder beperkingen zoveel mogelijk op gelijke voet participeren achterblijft bij de realiteit.

Wmo-melders die participeren, hebben in meerderheid het gevoel dat ze meetellen in de maatschappij (ruim de helft). Van degenen die niet participeren, heeft een derde het gevoel mee te tellen. Ook is gevraagd hoe men voor en na de ingebruikname van ondersteuning hun mogelijkheden om te participeren beoordeelt (in rapportcijfers). Dit is gemiddeld respectievelijk een 5,5 en een 6,2. Er is dan wel sprake van een statistisch significante verbetering dankzij de bijdrage van Wmo-ondersteuning, maar gemiddeld genomen worden iemands persoonlijke mogelijkheden om te participeren toch maar met een magere voldoende beoordeeld. Een kwart tot de helft van de mensen met een beperking (afhankelijk van de onderzoeksbron) zou meer willen participeren in de vrije tijd, en vaak denkt men dat meer of passender ondersteuning daarbij zou kunnen helpen. Overigens hebben de barrières voor meer participatie niet uitsluitend met beperkingen te maken; ook financiële barrières spelen een rol.

Onder Wmo-melders en gebruikers van Wmo-maatwerkvoorzieningen komt eenzaamheid veel voor. Van de Wmo-melders is meer dan de helft eenzaam en een op de vijf sterk eenzaam. Vooral onder jongere Wmo-gebruikers is het aandeel eenzamen hoger dan onder hun leeftijdsgenoten in de algemene bevolking. Wanneer Wmo-melders eenzaam zijn, betreft dat voor de meeste van hen een combinatie van emotionele en sociale eenzaamheid. Ongeveer een vijfde ervaart sterke emotionele en/of sociale eenzaamheid. Onder gebruikers van Wmo-maatwerkvoorzieningen steeg het percentage emotioneel eenzamen tussen 2015 en 2016. Voor zelfstandig wonende Wmo-melders van 18 jaar en ouder die een maatwerkvoorziening krijgen, draagt die bij aan een vermindering van eenzaamheid.

De meeste Wmo-melders die hulp bij het onderhouden van contacten ontvangen, zeggen dat ze hiermee (ruim) voldoende contacten kunnen onderhouden. Voor sommige melders die geen maatwerkvoorziening krijgen, heeft dit (volgens henzelf) nadelige gevolgen. Zo zegt een derde dat ze vaker thuisblijven dan gewenst en een zesde dat ze minder sociale contacten hebben dan ze zouden willen. Driekwart van de Wmo-melders die zeggen dat ze extra hulp bij het onderhouden van contacten nodig hebben, zegt dat niemand in het eigen sociale netwerk deze hulp kan geven.

De ervaren kwaliteit van leven van Wmo-melders krijgt gemiddeld een rapportcijfer van 6,6 en is daarmee ruim een punt lager dan in de algemene bevolking. Hoewel kwaliteit van leven weinig verband lijkt te hebben met het gebruik van maatwerkvoorzieningen in statistische analyses, wordt door gebruikers zelf vaak wel ervaren dat ondersteuning bijdraagt aan hun kwaliteit van leven.

Het HLZ-doel ‘zo lang mogelijk zelfstandig wonen’ lijkt voor ouderen te worden gerealiseerd. Zij wonen tot op steeds hogere leeftijd zelfstandig, vooral degenen met een partner. Uiteenlopende factoren dragen eraan bij dat mensen zelfstandig kunnen wonen. Op het terrein van zorg en ondersteuning zijn dat zinvolle dagbesteding (dit geeft structuur aan het leven en ontlast mantelzorgers) en betaalbare huurwoningen (een tekort daaraan in sommige gemeenten belemmert zelfstandig wonen onder mensen met een verstandelijke beperking of met psychiatrische problemen). Steun uit het sociale netwerk is in het algemeen een belangrijke hulpbron. Niet iedereen die zelfstandig woont ervaart dat als haalbaar: een op de vijftig Wmo-melders zeggen dat het thuis niet langer gaat, maar driekwart van hen heeft geen Wlz-indicatie.

Al met al is te zien dat de HLZ-doelen redzaamheid en participatie voor de meeste Wmo-melders en gebruikers van Wmo-maatwerkvoorzieningen worden behaald, maar dat het gemiddelde niveau van redzaamheid en participatie in deze groep stelselmatig achterblijft bij dat van mensen zonder beperkingen. Ouderen wonen langer zelfstandig dan voorheen, wat duidt op realisatie van het doel ‘zo lang mogelijk zelfstandig wonen’. De bijdrage van ondersteuning aan doelbereik wordt grotendeels positief door gebruikers ervaren, maar statistische toetsing van het verband tussen ondersteuning en doelbereik bevestigt dat niet altijd.

Aspecten van redzaamheid die voor aanzienlijke aantallen niet worden gerealiseerd – ook niet met gebruik van ondersteuning – zijn het huishouden voeren (drie op de tien) en zich verplaatsen, of de dag zinvol besteden (twee op de tien). Op diverse terreinen hebben Wmo-melders behoefte aan meer ondersteuning (tussen een tiende deel en de helft, afhankelijk van het doelbereikaspect, en of men al enige vorm van ondersteuning had of niet). Melders hebben behoefte aan meer deelname op het terrein van sociale contacten (een op de zes die geen maatwerkvoorziening hebben gekregen) en op het terrein van sociaal-culturele activiteiten en verenigingen (resp. drie en vier op de tien melders), maar ze worden daarin belemmerd door beperkingen of financiële restricties. In de meeste gevallen schat men in dat meer of beter passende ondersteuning daarbij zou kunnen helpen, maar een klein deel denkt van niet: hun belemmeringen zijn met ondersteuning nauwelijks op te lossen. Risicofactoren voor lager doelbereik zijn psychische en psychosociale problemen en vaak last hebben van vermoeidheid. Veerkracht werkt juist gunstig uit op doelbereik.

Over de vraag in hoeverre gemeenten hun inwoners betrekken bij de vormgeving van het beleid kunnen we concluderen dat gemeenten doorgaans formele inspraakmogelijkheden bieden (buiten de gemeenteraad) en steeds vaker direct, meer informeel contact met inwoners proberen te organiseren. Toch is de beleidsparticipatie van Wmo-melders zeer beperkt. De formele inspraakmogelijkheden zijn bij de meeste Wmo-melders niet bekend. Gezien hun achtergrond zijn zij gebaat bij de meer informele vormen van beleidsparticipatie die in opkomst zijn.

De verschillende wetten leggen sterk de nadruk op redzaamheid en eigen regie, en lijken ervan uit te gaan dat dat in principe voor iedereen is weggelegd (al dan niet met ondersteuning). In de literatuur is er steeds meer consensus dat daar verschillende vaardigheden voor nodig zijn. Zo benadrukt de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) dat mensen soms wel weten wat er nodig is, maar dat het hun soms ontbreekt aan ‘doenvermogen’: het mentale vermogen om bij problemen in actie te komen, vol te houden en met tegenslag om te gaan (WRR 2017). En Sattoe et al. (2017) tonen aan dat mensen met beperkingen op twee relevante dimensies kunnen verschillen: ervaren zelfredzaamheid (vermogen) en gevoel van eigen regie (controle). Beide zijn nodig om te kunnen meedoen in de samenleving. De auteurs pleiten ervoor om bij het beleidsstreven naar redzaamheid en participatie in te zetten op het bevorderen van zowel vermogen als controle. In een publicatie van Brink (2013), die is gebaseerd op ervaringen van professionals in de maatschappelijke hulpverlening, worden verschillende aspecten aan redzaamheid ontrafeld: eigen regie (wat wil ik?), eigen kracht (wat kan ik?), zelfredzaamheid (is compensatie nodig?) en eigen verantwoordelijkheid (wat moet of mag ik zelf doen?). Brink wijst erop dat deze begrippen vaak door elkaar worden gebruikt, ook in gemeentelijke verordeningen, en pleit ervoor om helderheid te zoeken over de betekenis van zulke termen wanneer burgers in gesprek gaan met professionals of beleidsmakers, om ‘te voorkomen dat [...] beleid wordt gemaakt dat de ruimte voor zelfbepaling en participatie in de samenleving voor cliënten en burgers verkleint in plaats van vergroot’ (Brink 2013: 4).

Het streven om zo lang mogelijk zelfstandig wonen wordt breed gedragen in de maatschappij. ‘Thuis’ is het hoogste ideaal, dat door de invoering van de HLZ nog eens versterkt is. ‘We willen zolang mogelijk thuis blijven wonen, ook als we daartoe misschien niet meer zo goed in staat zijn. Tehuizen, instellingen en professionals leggen het al snel af tegen ons thuis-sentiment. Soms met onbedoelde, onwenselijke gevolgen’ (Duyvendak 2017). De vraag is in welke gevallen zelfstandig wonen het beste is. Voor de een zal ‘goed wonen’ zelfstandig wonen zijn, maar voor een ander kan wonen in de beschermende omgeving van een instelling voorwaarde zijn voor een menswaardig bestaan.

Noten

- 1 Met ‘zorg en ondersteuning’ en ‘hulp en ondersteuning’ wordt in dit hoofdstuk zowel formele als informele zorg, hulp en ondersteuning bedoeld, tenzij anders aangegeven.
- 2 *Het huishouden doen/op orde houden*: Feijten et al. (2017); NPCF et al. (2016); Pommer en Boelhouwer (2017); ‘instrumentele ADL’ in de Zelfredzaamheid-Matrix. *Zich binnenshuis en buitenshuis verplaatsen*: Feijten et al. (2017); Pommer en Boelhouwer (2017); ‘gaan en staan waar ik wil’ in NPCF et al. (2016); ‘instrumentele ADL’ in de Zelfredzaamheid-Matrix). *(Zinnvolle) invulling geven aan de dag/tijdsbesteding*: Feijten et al. (2017); ‘mijn tijd besteden zoals ik dat wil’ en ‘mijn rol thuis vervullen’ in NPCF et al. (2016); ‘tijdsbesteding’ in Zelfredzaamheid-Matrix). *Persoonlijke verzorging*: Feijten et al. (2017); Pommer en Boelhouwer (2017); NPCF et al. (2016); ‘basale ADL’ in Zelfredzaamheid-Matrix. *Het dagelijks leven organiseren/financiën regelen*: ‘dagelijks leven organiseren’ in Feijten et al. (2017); ‘financiële zaken afhandelen’ en ‘met de computer

- werken' in Pommer en Boelhouwer (2017); 'rondkomen van mijn inkomen' in NPCF (2016); 'financiën' in Zelfredzaamheid-Matrix; 'persoonlijke financiën' in WRR (2017).
- 3 Dit meetinstrument is gericht op mensen met een chronische aandoening of beperking, ouderen en mantelzorgers. Er deden in 2015 ruim 10.000 mensen mee. De respondenten bestonden uit 38% mannen en 62% vrouwen; 24% laagopgeleiden, 42% middelhoogopgeleiden en 34% hoogopgeleiden; en 63% jonger dan 65 jaar en 37% van 65 jaar en ouder. In deze groep gebruikte 48% hulpmiddelen, 66% informele hulp, 49% professionele hulp en 8% hulp uit een pgb (deze categorieën kunnen overlappen).
 - 4 Het gemeentelijke cliëntervaringsonderzoek is wettelijk verplicht en bedoeld als instrument voor horizontale verantwoording naar gemeenteraad, Wmo-raden en belanghebbenden. Doordat elke gemeente dezelfde vragenlijst gebruikt, kunnen gemeenten hun eigen resultaten vergelijken met andere (groepen) gemeenten en met het landelijk niveau. In de periode maart tot en met oktober 2016 zijn de ervaringen van cliënten met een Wmo-maatwerkvoorziening in het jaar 2015 onderzocht. Uit het cliëntenbestand is per gemeente een representatieve steekproef getrokken, door de gemeente zelf of door een onderzoeksbureau. Cliënten bij wie de maatwerkvoorziening is afgewezen, cliënten die gebruikmaken van een algemene voorziening, en mantelzorgers maken geen deel uit van de steekproef. De vragenlijst bestaat uit tien stellingen, met een vijfpuntsschaal van 'helemaal eens' tot 'helemaal niet mee eens' (en daarnaast de antwoordmogelijkheden 'geen mening' en 'niet van toepassing') (VNG 2017).
 - 5 Hierbij is geen rekening gehouden met de relatief hogere leeftijd van de melders ten opzichte van niet-melders.
 - 6 Dat wil zeggen: een betaalde baan van minimaal twaalf uur per week hebben.
 - 7 De *Participatiemonitor* van het NIVEL gaat over mensen met lichamelijke beperkingen, mensen met beperkingen door chronische ziekte en mensen met een verstandelijke beperking. Ter vergelijking zijn ook gegevens bij steekproeven onder ouderen en de algemene bevolking verzameld (Meulenkamp et al. 2016; Van Hees et al. 2018).
 - 8 In een referentiegroep van 50-plussers met chronische ziekte steeg de arbeidsparticipatie van 47% in 2003 tot 62% in 2015 (De Putter 2017).
 - 9 Volgens de *Overall rapportage sociaal domein 2016* geeft ongeveer een op de vijf Wmo-cliënten mantelzorg (Pommer en Boelhouwer 2017). Waar dit verschil door komt, is niet duidelijk.
 - 10 Maar de meting van participatie was daar wel gebaseerd op een groter scala aan activiteiten (bv. ook sport en recreatie) en meer culturele categorieën, waardoor de kans ook groter was dat men weleens aan een van de activiteiten meedoet. Ook is de samenstelling van de groep die een beroep doet op de Wmo veranderd, waardoor die mogelijk voor een groter deel bestaat uit mensen die moeite hebben met participeren.
 - 11 Ze mochten in hun oordeel ook andere soorten ondersteuning meetellen die ze al in gebruik hadden.
 - 12 Dat kon Wmo-ondersteuning en/of informele hulp en/of particuliere hulp zijn.
 - 13 In dit onderzoek is gebruikgemaakt van dezelfde bron als in Feijten et al. (2017), namelijk het kwantitatieve onderzoek onder Wmo-melders (HLZ-M'16 van het scp). Het betreft hier echter een selectie van zelfstandig thuiswonende Wmo-melders van 18 jaar en ouder. In Feijten et al. (2017) is de eenzaamheid bekeken voor alle Wmo-melders; dit betrof ook kinderen (jonger dan 18 jaar) en ouderen die inmiddels in een instelling woonden (tezamen 4% van de steekproef).

- 14 De Gezondheidsmonitor hanteert een andere leeftijdsindeling dan de HIZ-deelstudie onder Wmo-melders (Gezondheidsmonitor Volwassenen GGD'en, CBS en RIVM 2016).
- 15 Dit effect is alleen aanwezig in een model waarin ander factoren worden meegenomen, zoals gezondheid, regie, mogelijkheden tot ontmoeten en demografische kenmerken. Het betreft een gemiddelde over de laatste twintig jaar, waarbij geen rekening is gehouden met de veranderingen zoals wetswijzigingen die de mogelijkheid om naar een instelling te verhuizen hebben beïnvloed.
- 16 Dit rapport is onder andere gebaseerd op interviews met gebruikers van 'Aandacht voor Iedereen' (zoals leden van adviesraden, cliëntenorganisaties en beleidsmedewerkers van gemeenten) en een enquête onder 120 lezers van de AVI-nieuwsbrief (Beltman 2017: 10).

Literatuur

- Alders, Peter, Hannie Comijs en Dorly Deeg (2016). Changes in admission to long-term care institutions in the Netherlands: comparing two cohorts over the period 1996-1999 and 2006-2009. In: *European Journal of Ageing*, jg. 14, nr. 2, p. 123-131.
- Beltman, Henk (2017). *Programma 'Aandacht voor iedereen'. Collectieve burger- en cliëntparticipatie in de jaren 2012-2017: een gevarieerd en dynamisch speelveld. Een evaluatie van de bijdrage van het programma 'Aandacht voor iedereen' aan de ontwikkeling van collectieve burger- en cliëntenparticipatie*. Utrecht: Aandacht voor Iedereen (Ieder(in), Koepel Adviesraden Sociaal Domein, Landelijk Platform GGz, Patiëntenfederatie Nederland en Zorgbelang Nederland).
- Boelhouwer, Jeroen (2017). Kwaliteit van leven: leefsituatie en geluk. In: Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer en Annemarie Wennekers (red.), *De sociale staat van Nederland 2017* (p. 334-365). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boelhouwer, Jeroen en Evert Pommer (2017). DEEL A: Maatschappelijke uitkomsten en kwaliteit van leven in het sociaal domein. In: Evert Pommer en Jeroen Boelhouwer, *Overall rapportage sociaal domein 2016. Burgers (de)centraal* (p. 62-174). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Brink, C. (2013). *Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. De begrippen ontward*. Utrecht: Movisie.
- BZK (2013). *Cijfers over Wonen en Bouwen 2013*. Den Haag: ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- BZK (2016). *Cijfers over Wonen en Bouwen 2016*. Den Haag: ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- Campen, Cretien van, Frieke Vonk en Theo van Tilburg (2018). *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Coalitie erbij (2018a). *Gevolgen van eenzaamheid*. Geraadpleegd op 6 maart 2018 via <https://www.eenzaam.nl/over-eeenzaamheid/83-gevolgen-van-eeenzaamheid>.
- Coalitie erbij (2018b). *Wanneer is eenzaamheid een probleem?* Geraadpleegd op 6 maart 2018 via <https://www.eenzaam.nl/over-eeenzaamheid/82-wanneer-is-eeenzaamheid-eeen-probleem>.
- Cosco, T.D., K. Howse en C. Brayne (2017). Healthy ageing, resilience and wellbeing. In: *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, jg. 26, nr. 6, p. 579-583.

- Draak, Maaike den (2016). Sector verpleging en verzorging (ouderen). In: Maaike den Draak, Anna Maria Marangos, Inger Plaisier en Mirjam de Klerk, *Wel thuis? Literatuurstudie naar factoren die zelfstandig wonen van mensen met beperkingen beïnvloeden* (p. 36-72). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Draak, Maaike den, Anna Maria Marangos, Inger Plaisier en Mirjam de Klerk (2016). *Wel thuis? Literatuurstudie naar factoren die zelfstandig wonen van mensen met beperkingen beïnvloeden*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Duyvendak, Jan Willem (2017). *Thuis. Het drama van een sentimentele samenleving*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Feijten, Peteke, Anna Maria Marangos, Mirjam de Klerk, Alice de Boer en Frieke Vonk (2013). *De ondersteuning van Wmo-aanvragers en hun mantelzorgers in 2012. Deelrapport aanvragers en mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Feijten, Peteke, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering (2017). *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Feijten, Peteke en Peggy Schyns (2017). Het verloop van het meldproces. In: Feijten, Peteke, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering (2017). *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders* (p 78-106). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Francke, A.L., P.M. Rijken, K. de Groot, A.J.E. de Veer, K.A.M. Verkleij en H.R. Boeije (2017). *Evaluatie van de wijkverpleging. Ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals*. Utrecht: NIVEL.
- Gezondheidsmonitor Volwassenen GGD'en, CBS en RIVM (2016). *Eenzaamheid. 43% van de volwassenen voelt zich eenzaam. Verslagjaar: 2016. Geraadpleegd op 7 december 2017 via <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/eenzaamheid>*.
- Gijzel, Hinke, Henk Herman Nap, Marjolein Herps, Sander Mulder, Moniek van Klink, Sanne Schrijers-Snoeijs, Karina Kuperus en Mirella Minkman (2017). *De Wet langdurige zorg in de verzorging, verpleging en gehandicaptenzorg. Ervaringen uit de praktijk*. Amstelveen: KPMG/Vilans.
- Gremmen, M. (2015). *Kwetsbare groepen in een inclusieve samenleving. De relatie tussen beperkingen, betekenisvolle participatie en kwaliteit van bestaan*. Den Haag: KING.
- Ham, Lia van der, Maaike den Draak, Wouter Mensink, Peggy Schyns en Esther van de Berg (2018). *De Wmo 2015 in praktijk. De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Harbers, M. en N. Hoeymans (red.) (2013). *Gezondheid en maatschappelijke participatie. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Hees, Suzanne van, Marloes Oldenkamp, Iris de Putter, Lucas van der Hoek en Hennie Boeije (2018). *Participatiemonitor 2008-2016: Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking en ouderen*. Utrecht: NIVEL.
- Heijden, Anneke von, Remko van den Dool, Caroline van Lindert en Koen Breedveld (2013). *(On)beperkt sportief 2013. Monitor sport- en beweegdeelname van mensen met een handicap*. Utrecht: Mulier Instituut.
- Hoeymans, N., J. Timmermans, M. de Klerk, A. de Boer, D. Deeg, J. Poppelaars, F. Thissen, J. Droogeleever Fortuijn en A. de Hollander (2005). *Gezond actief: de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder Nederlandse ouderen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

- Holt-Lunstad, J., T.B. Smith, M. Baker, T. Harris en D. Stephenson (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. In: *Perspectives on Psychological Science*, jg. 10, nr. 2, p. 227-237.
- Jong-Gierveld, J. de en T.G. van Tilburg (2008). De ingekorte schaal voor algemene, emotionele en sociale eenzaamheid. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 39, nr. 1, p. 4-15.
- Klaveren, Susan van, Kees-Jan van de Werfhorst, Naomi Meys, Lieke Brouwer, Arthur van der Harg en Gert Cazemier (2017). *Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg. Ervaringen van aanvragers en professionals*. Amersfoort: BMC Advies.
- Klerk, Mirjam de (2007). *Meedoen met beperkingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de (2014). Maatschappelijke participatie. In: Mariska Kromhout, Petete Feijten, Frieke Vonk, Mirjam de Klerk, Anna Maria Marangos, Wouter Mensink, Maaïke den Draak en Alice de Boer, *De Wmo in beweging. Evaluatie Wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de, Alice de Boer, Inger Plaisier, Peggy Schyns en Sjoerd Kooiker (2015). *Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de, Anna Maria Marangos, Martha Dijkgraaf en Alice de Boer (2009). *De ondersteuning van Wmo-aanvragers. Een onderzoek onder aanvragers en hun mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de, Rob Gilsing en Joost Timmermans (2010). *Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kromhout, Mariska, Petete Feijten, Frieke Vonk, Mirjam de Klerk, Anna Maria Marangos, Wouter Mensink, Maaïke den Draak en Alice de Boer (2014). *De Wmo in beweging. Evaluatie Wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- MacLeod, Stephanie, Shirley Musich, Kevin Hawkins, Kathleen Alsgaard en Ellen R. Wicker (2016). The impact of resilience among older adults. In: *Geriatric Nursing*, jg. 37, nr. 4, p. 266-272.
- Marangos, Anna Maria (2016). Sector gehandicaptenzorg (verstandelijke, lichamelijke, zintuiglijke en/of meervoudige beperking). In: Maaïke den Draak, Anna Maria Marangos, Inger Plaisier en Mirjam de Klerk, *Wel thuis? Literatuurstudie naar factoren die zelfstandig wonen van mensen met beperkingen beïnvloeden* (p. 73-84). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Meulenkamp, T., L. van der Hoek en H. Boeije (2016). *Rapportage participatiemonitor, update 2016*. Utrecht: NIVEL.
- NPCF, Mezzo, Per Saldo, Zorgbelang Nederland, PCOB en NOOM (2016). *Over leven met zorg. Verhalen uit een veranderend zorglandschap. Beleidsrapportage 2, maart 2016*. Utrecht: Patiëntenfederatie NPCF, Mezzo, Per Saldo, Zorgbelang Nederland, PCOB en NOOM.
- Plaisier, Inger (2016). Sector geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en mensen met psychiatrische aandoeningen uit de maatschappelijke opvang (MO). In: Maaïke den Draak, Anna Maria Marangos, Inger Plaisier en Mirjam de Klerk, *Wel thuis? Literatuurstudie naar factoren die zelfstandig wonen van mensen met beperkingen beïnvloeden* (p. 84-104). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Plaisier, I., T.G. van Tilburg en D.J.H. Deeg (2011). *Mogelijkheden voor preventie van AWBZ-gebruik: netwerken van zelfstandig wonende ouderen*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Pommer, Evert en Jeroen Boelhouwer (red.) (2016). *Overall rapportage sociaal domein 2015. Rondom de transitie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Pommer, Evert en Jeroen Boelhouwer (red.) (2017). *Overall rapportage sociaal domein 2016. Burgers (de)centraal*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Putter, I. de (2017). Trends in labour participation rate and retirement age in citizens with and without chronic conditions in the Netherlands. In: *European Journal of Public Health*, jg. 27, nr. suppl. 3. Geraadpleegd op 22 februari 2018 via www.nivel.nl.
- Raaijmakers M., A. Gouw, B. Willemsse, E. Bohlmeijer en M. Depla (2007). *Op zoek naar zin. Een cursus voor ouderen met een chronische psychiatrische aandoening. Handleiding en draaiboek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- rvs (2017). *De vele kanten van eenzaamheid. Verkenning*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- Sattoe, Jane, Hennie Boeije en Monique Heijmans (2017). *Voorbij zelfredzaamheid: maatwerk voor mensen met lichamelijke beperkingen*. Utrecht: NIVEL.
- Staatsblad (2014). Wet van 9 juli 2014, houdende regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015). In: *Staatsblad*, jg. 2014, nr. 280.
- Steenbekkers, A., F. Vonk, P. Feijten en P. Schyns (2017). Te bereiken doelen bij melders. In: Peteke Feijten, Roelof Schellinghouth, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering. *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders* (p. 170-225). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Talma, Martha en Maryse den Hollander (2018). *Verbinden met eenzaamheid. Omgaan met eigen schroom of weerstand*. Utrecht: Movisie.
- Tatlow-Golden, M., C. Linehan, S. O'Doherty, S. Craig, M. Kerr, C. Lynch, R. McConkey en A. Staines (2014). *Moving Ahead. From Congregated to Community Living. Living Arrangement Options for People with Intellectual Disability: A Scoping Review*. Dublin: School of Social Work and Social Policy, Trinity College Dublin.
- Tilburg, T. van en J. Klok (2018a). Factoren van eenzaamheid: een literatuuroverzicht. In: Cretien van Campen, Frieke Vonk en Theo van Tilburg. *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking* (p. 25-34). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Tilburg, T. van en J. Klok (2018b). Trend in prevalentie van eenzaamheid onder ouderen. In: Cretien van Campen, Frieke Vonk en Theo van Tilburg. *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking* (p. 35-45). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Tilburg, T. van, J. Iedema en J. Klok (2018). Veranderingen in eenzaamheid in de tweede levenshelft. In: Cretien van Campen, Frieke Vonk en Theo van Tilburg. *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking* (p. 46-53). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- TK (2012/2013a). *Versterken, verlichten en verbinden*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 20 juli 2013. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 30169/30597, nr. 28.
- TK (2012/2013b). *Toekomst AWBZ*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 april 2013, Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 30597, nr. 296.
- TK (2013/2014a). *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)*. Memorie van Toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33841, nr. 3.
- TK (2013/2014b). *Intensiveren en verankeren aanpak eenzaamheid*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 16 juli 2014. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 29538, nr. 155.
- Tolkacheva, N. en F. Thomese (2014). *Sociale en emotionele factoren bij verhuizingen van ouderen naar een zorginstelling of een aangepaste woonvorm. vws-rapport 2014 (LASA)*. Amsterdam: Vrije Universiteit.

- Verbeek, Karin, Kees-Jan van de Werfhorst, Lieke Salomé, Trudy Busweiler, Andrew Britt, Susan van Klaveren en Marcel Boogers (2018). *Beleidsparticipatie in de Wmo 2015. Een kwalitatief onderzoek naar ervaringen in de lokale praktijk*. Amersfoort: BMC Advies.
- Verbeek-Oudijk, Debbie en Cretien van Campen (2017). *Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/'16*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Versantvoort, M. en P. van Echtelt (red.) (2016). *Beperkt in functie. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- VNG (2017). *Clientervaringsonderzoek Wmo 2016*. Geraadpleegd op 15 augustus 2017 via [/vng.nl/files/vng/nieuws_attachments/2016/clientervaringsonderzoek2016.pdf](http://vng.nl/files/vng/nieuws_attachments/2016/clientervaringsonderzoek2016.pdf).
- Vonk, F. (2018). Eenzaamheid onder zelfstandig wonende Wmo-melders. In: Cretien van Campen, Frieke Vonk en Theo van Tilburg, *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking* (p. 69-86). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vonk, F. en C. van Campen (2018). Eenzaamheid en ervaren kwaliteit van leven van langdurig hulpbehoevenden. In: Cretien van Campen, Frieke Vonk en Theo van Tilburg, *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking* (p. 87-104). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vonk, Frieke, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk en Alice de Boer (2017). Melders en mantelzorgers. In: Peteke Feijten, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering, *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders* (p. 41-55). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Woittiez, I., L. Putman, E. Eggink en M. Ras (2014). *Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- WRR (2017). *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- Zelfredzaamheid-Matrix GGD Amsterdam en Gemeente Rotterdam (2017). *Zelfredzaamheid-Matrix*. Amsterdam: GGD Amsterdam Afdeling Epidemiologie / Gezondheidsbevordering & Zorginnovatie (EGZ). Geraadpleegd op 15 mei 2018 via <https://www.zelfredzaamheidmatrix.nl>.

12 Maatschappelijke opvang en beschermd wonen

Inger Plaisier

- Zicht op capaciteit, in- en doorstroom van maatschappelijke opvang en beschermd wonen is op landelijk niveau beperkt.
 - Doorstroom naar zelfstandig wonen stukt als er niet voldoende sociale huurwoningen beschikbaar zijn.
 - Het aanbod van opvang en beschermd wonen van voor de transitie blijft gehandhaafd, innovatie komt op gang.
 - Mengen van cliënten van de maatschappelijke opvang en van beschermd wonen kan lastig zijn, omdat zij verschillende behoeften hebben.
 - Er zijn verbeterpunten bij de toegang tot de maatschappelijke opvang en voor de samenwerking en deskundigheid van ketenpartners.
-

12.1 Inleiding

Mensen met beperkingen wonen als het kan zelfstandig, eventueel met ondersteuning van mantelzorgers en professionele hulpverleners. Dat is niet alleen een beleidsdoel van de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ), maar ook de wens van veel mensen met een beperking (Bos et al. 2013; Jansen Verplanke et al. 2008; Verhoeven en Tonkens 2013). Voor een deel van de mensen met beperkingen is het nog niet (of niet langer) mogelijk om zelfstandig te wonen. Als zij blijvend permanent toezicht of zorg in de nabijheid nodig hebben, kunnen ze een beroep doen op de Wet langdurige zorg (Wlz). Er zijn echter ook mensen met langdurige psychische, psychosociale of verslavingsproblemen of mensen met een onveilige thuissituatie die niet voor de Wlz in aanmerking komen, maar wel ondersteuning nodig hebben.¹ Voor deze groep is er beschermd wonen (BW) of maatschappelijke opvang (MO). Deze vormen van ondersteuning vallen onder de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Wmo 2015. Dit hoofdstuk beschrijft ontwikkelingen in het beschermd wonen en de maatschappelijke opvang sinds de HLZ.

Onderzoeksvragen

In dit hoofdstuk staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

- Kunnen en komen mensen met behoefte aan ondersteuning (MO en BW) terecht bij hun gemeente?
- Welke hulp krijgen mensen met een hulpvraag (binnen de doelgroep van MO en BW) en hoe ervaren betrokkenen dit?
- Sluit de beschikbare hulp aan op de behoeften van cliënten?

Onderzoekbronnen

Dit hoofdstuk is gebaseerd op literatuuronderzoek in de periode november 2017 tot februari 2018. Er is gebruikgemaakt van cijfers die sinds de invoering van de HLZ zijn gepubliceerd over de (doelgroep van) maatschappelijke opvang en/of beschermd wonen door de Federatie Opvang en van de *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige ggz* van het Trimbos-instituut. Aanvullend werd gebruikgemaakt van *Wel Thuis? Literatuurstudie naar factoren die zelfstandig wonen van mensen met beperkingen beïnvloeden* (Den Draak et al. 2016) en diverse andere recente onderzoeksrapporten over (de doelgroep van) mo en bw.

12.2 Doel en doelgroep maatschappelijke opvang en beschermd wonen

Een veilige woonomgeving bieden, maar zo snel mogelijk weer op eigen benen

Met de inwerkingtreding van de Wmo 2015 valt zowel de maatschappelijke opvang als het beschermd wonen onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. Maatschappelijke opvang was al langer een taak van gemeenten, maar de verantwoordelijkheid voor beschermd wonen is nieuw. In de Wmo 2015 staat over opvang en beschermd wonen onder meer:

De gemeenteraad stelt periodiek een plan vast met betrekking tot het door het gemeentebestuur te voeren beleid met betrekking tot maatschappelijke ondersteuning. [...] Het plan is erop gericht dat [...] cliënten die beschermd wonen of opvang ontvangen, een veilige woonomgeving hebben en, indien mogelijk, weer in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving.² (Staatsblad 2014)

De maatwerkvoorziening [voor opvang of beschermd wonen] levert een passende bijdrage aan het voorzien in de behoefte van de cliënt aan beschermd wonen of opvang en aan het realiseren van een situatie waarin de cliënt in staat wordt gesteld zich zo snel mogelijk weer op eigen kracht te handhaven in de samenleving.³ (Staatsblad 2014)

Met andere woorden: het doel van zowel de maatschappelijke opvang als het beschermd wonen is het bieden van een veilig onderkomen als een cliënt daar behoefte aan heeft en (als dat kan) hem/haar helpen zo snel mogelijk (weer) op eigen benen te staan.

Overlap in de doelgroepen voor mo en bw, maar ook verschil

Beschermd wonen en maatschappelijke opvang worden vaak in één adem genoemd, maar er zijn verschillen, bijvoorbeeld wat betreft de doelgroep. In tabel 12.1 zijn de doelgroepen voor beschermd wonen en maatschappelijke opvang omschreven.

Beschermd wonen is van oorsprong een voorziening die bedoeld was voor ex-patiënten van ggz-klinieken. De bewoners hadden onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten een ggz-C-indicatie, bedoeld voor mensen met een psychische kwetsbaarheid die ondersteuning met verblijf nodig hebben. De oorspronkelijke doelgroep van beschermd wonen heeft dus een (psychische) beperking waarbij gedeeltelijk of volledig herstel mogelijk is. Dat een persoon (nog) niet in staat is om zelfstandig te wonen, kan te maken hebben met

bijkomstige problemen, zoals psychosociale problemen (sociaal isolement, problemen met financieel beheer van een huishouden, verslavingsproblematiek) of een lichamelijke beperking.

Bij de doelgroep van de maatschappelijke opvang hoeft geen sprake van een beperking te zijn; externe factoren kunnen tot een hulpvraag leiden. Het gaat om mensen die door een of meer problemen het huis hebben (moeten) verlaten en die zich niet op eigen kracht in de samenleving kunnen handhaven.⁴ Mensen die hun huis uit zijn gezet, zwerfjongeren, mensen uit het buitenland zonder verblijfplaats en vluchtelingen zonder verblijfsstatus⁵ vallen bijvoorbeeld onder deze doelgroep, maar ook mensen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld. Het gaat dus niet alleen om dak- en thuislozen, maar bijvoorbeeld ook om mishandelde vrouwen en hun kinderen (die vaak in de vrouwenopvang verblijven). Het ontbreken van een (veilig) thuis staat bij de maatschappelijke opvang voorop, bij beschermd wonen gaat het om de beperking van mensen waardoor ze (nog) niet zelfstandig kunnen wonen. Dat wil niet zeggen dat er geen overlap is in de doelgroepen: mensen uit de maatschappelijke opvang kunnen psychische en psychosociale problemen hebben die in sommige gevallen de oorzaak zijn van bijvoorbeeld een huisuitzetting of zwerfgedrag. En mensen die beschermd wonen, kunnen psychosociale problemen hebben waarvoor mensen uit de opvang vaak komen te staan: financiële problemen, verslaving, (seksueel) geweld en relatieproblemen.

Tabel 12.1

Doelgroepen van maatschappelijke opvang en beschermd wonen

maatschappelijke opvang (MO)	beschermd wonen (BW)
Te verstrekken door het college van de gemeente tot welke hij zich wendt, indien hij de thuissituatie heeft verlaten, al dan niet in verband met risico's voor zijn veiligheid als gevolg van huiselijk geweld en niet in staat is zich op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, met mantelzorg of met hulp van andere personen uit zijn sociale netwerk te handhaven in de samenleving.	Te verstrekken door het college van de gemeente tot welke hij zich wendt, voor zover hij in verband met psychische of psychosociale problemen niet in staat is zich op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, met mantelzorg of met hulp van andere personen uit zijn sociale netwerk te handhaven in de samenleving.

Bron: Van Bergen en Heineke (2015)

12.3 Cliënten van de maatschappelijke opvang en beschermd wonen en hun behoeften

Stabiel aantal cliënten van de maatschappelijke opvang, en lichte daling bij beschermd wonen

De Federatie Opvang schatte het totaal aantal cliënten van de maatschappelijke opvang en beschermd wonen in 2016 op ten minste 60.000 cliënten, en dit aantal lijkt de laatste

jaren stabiel (Federatie Opvang 2017). Dit aantal is gebaseerd op een onderzoek onder hun leden, en omdat niet alle aanbieders lid zijn of aan het onderzoek meedoen, is het waarschijnlijk een onderschatting. Het is niet duidelijk hoeveel van hen een verblijfsplek hebben, want ook cliënten van ambulante vormen vallen hieronder. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) schat op basis van de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (GMSD) het aantal Wmo-cliënten met verblijf (BW en MO samen) in 2016 op 35.000.⁶ Diezelfde GMSD laat zien dat het aantal mensen dat gebruikmaakt van een Wmo-voorziening voor verblijf in 2016 hoger was ten opzichte van 2015, maar in 2017 weer lager was ten opzichte van 2016 (zie Bijlage 3, Tabel 3.6, te vinden op www.scp.nl bij dit rapport). Het gebruik van algemene of vrij toegankelijke voorzieningen, zoals een inloophuis, wordt niet geregistreerd.⁷

Uit onderzoek van het Trimbos-instituut blijkt dat driekwart van de gebruikers van de nachtopvang man is, vaak laagopgeleid en relatief vaak van niet-Nederlandse herkomst. Twee van de drie waren in de maand voorafgaand aan het verblijf dakloos en de rest verbleef bij bijvoorbeeld familie of vrienden (Planije en Tuynman 2016). In de opvang verblijven jaarlijks 4000 kinderen en jongeren (tot 18 jaar) die samen met hun moeder worden opgevangen (TSD/STJ 2017).

Het Trimbos-instituut schat dat er in 2016 zo'n 16.500 personen met een psychische aandoening waren die beschermd woonden (Van Hoof et al. 2017).⁸ Het aantal BW-cliënten met psychische aandoeningen neemt sinds 2013 licht af, maar het aandeel cliënten met een relatief zware indicatie is gegroeid. Deze trend hangt samen met de ambitie van de ggz om het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen af te bouwen (CTBW 2015). Mannen met een psychische aandoening wonen minder vaak zelfstandig (eventueel met woonbegeleiding) dan vrouwen die een psychische aandoening hebben (Van Hoof et al. 2016).

Stijging aantal daklozen

Het aantal daklozen nam tussen 2009 en 2015 toe van 17.800 naar 31.000. De stijging betreft vooral jonge mensen en mensen van niet-westerse herkomst (CBS 2016).⁹ Er zijn signalen over toenemende aantallen dakloze (eenouder-)gezinnen (Federatie Opvang 2016). In 2016 werd een stijging waargenomen van het aantal alleenstaande ouderen dat ambulante hulp ontving om vervuiling, eenzaamheid en huisuitzetting te voorkomen (Federatie Opvang 2017).

Behoeften op verschillende levensterreinen

Cliënten van de maatschappelijke opvang hebben vaak een combinatie van meerdere problemen, zoals dak- en thuisloosheid, geweldsproblematiek, schulden, opvoedingsproblemen, psychische en/of lichamelijke aandoeningen, verslavingen, werkloosheid of gebrek aan zinvolle dagbesteding. Dat maakt hun hulpvraag vaak complex (Federatie Opvang 2017). Dat betekent dat ze ondersteuning op verschillende levensterreinen nodig hebben. Dit is voor mensen die beschermd wonen in veel gevallen niet anders. Mensen die een (ernstige) psychische aandoening hebben (gehad), hebben meestal integrale zorg nodig

die niet alleen op de psychiatrisch/medische conditie is gericht, maar aandacht heeft voor meerdere levensterreinen. Dat bevordert hun mogelijkheden om (meer) zelfstandig te wonen (Den Draak et al. 2016). De levensterreinen waarop cliënten van de opvang en beschermd wonen behoefte aan ondersteuning hebben, zijn bijvoorbeeld wonen, financiën, sociale contacten, dagelijkse bezigheden, seksualiteit/intimiteit en zingeving (Van Hoof et al. 2017). Naast een goed professioneel vangnet zijn een sociaal netwerk, dagbesteding (betaald of vrijwilligerswerk), een stabiele huisvesting en inkomen belangrijke hulpbronnen die in het bijzonder voor mensen met een psychische aandoening van belang zijn, maar voor deze groep vaak moeilijk te bereiken zijn. De mate van ondersteuningsbehoefte en in welke vorm die ondersteuning nodig is, verschilt van persoon tot persoon. Dat vraagt om zorg op maat. Uit het panel Psychisch Gezien, bestaande uit mensen met ernstige psychische aandoeningen in verschillende woonsituaties, kwam naar voren dat bijna een kwart onvoldoende zorg ontvangt omdat deze niet beschikbaar is of niet voldoet (Van Hoof et al. 2017).

Veel cliënten ervaren stigma en eenzaamheid

Mensen met psychische aandoeningen ervaren vaak stigma, wat hen belemmert bij hun sociale participatie (Place et al. 2014). Ruim een kwart van de leden van het panel Psychisch Gezien voelde zich (in de voorgaande twaalf maanden) weleens gediscrimineerd vanwege hun psychische problemen en 40% had het gevoel niet mee te tellen in de maatschappij (Van Hoof et al. 2017). Ze zijn als buur ook vaak minder gewenst (De Klerk et al. 2015). De berichtgeving in de media over incidenten met ‘verwarde personen’ kan dit stigma vergroten (Appelo 2015). Overigens zijn er volgens het Trimbos-instituut geen aanwijzingen voor een verband tussen het aantal incidenten met ‘verwarde personen’ en de ambulantisering van de ggz (Van Hoof et al. 2016).¹⁰ De Commissie Toekomst Beschermd Wonen (CTBW), ook bekend als de commissie-Dannenbergh, pleit voor gerichte activiteiten die stigma tegengaan (CTBW 2015; Kooistra et al. 2016).

Relatief veel mensen met psychische aandoeningen voelen zich (ernstig) eenzaam: vier van de vijf ervaart eenzaamheid, bij twee vijfde deel zijn dat ernstige tot zeer ernstige eenzaamheidsgevoelens. Dat aandeel is hoger dan onder mensen met andere beperkingen (Van Hoof et al. 2017). Mensen met psychische problematiek hebben vaak kleine sociale netwerken of een netwerk met ‘ervaringsdeskundigen’, die zelf ook kwetsbaar zijn. Hun mantelzorgers hebben het relatief zwaar. Ze voelen zich vaker overbelast, ervaren relatief vaak problemen in de samenwerking met andere mantelzorgers en professionele helpers en hebben vaker behoefte aan meer kennis en vaardigheden betreffende de omgang met de hulpbehoevende (De Klerk et al. 2017).

Of cliënten van de maatschappelijke opvang in dezelfde mate stigma en eenzaamheid ervaart en met een zwaar belast sociaal netwerk te maken heeft, is niet bekend. Het lijkt aannemelijk dat een deel van deze cliëntengroep vergelijkbare problemen ervaart. Ondersteuning van deze cliënten zal vaak ook gericht (moeten) zijn op versterking van het sociale netwerk, inbedding in de wijk en buurt en toeleiding naar werk of dagbesteding.

Eigen woning gewenst

Een deel van de cliënten van de maatschappelijke opvang en het beschermd wonen zou zelfstandig(er) willen wonen en kan dat vermoedelijk ook (zie onder meer Barendregt et al. 2017; De Heer-Wunderink et al. 2012). Er zijn signalen dat het voor een deel van deze groep moeilijk is om andere huisvesting te vinden. Veel cliënten hebben financiële problemen – bijvoorbeeld door (huur)schulden en door het ontbreken van inkomsten uit betaald werk – die de uitstroom naar een zelfstandige woning belemmeren (Gemeente Utrecht 2017). Goedkope sociale huurwoningen (met een huur tot 450 euro) zijn schaars, vooral in de grote steden, waardoor de doorstroom naar wonen in de wijk stagneert (CTBW 2015; Kooistra et al. 2016; Van Hoof et al. 2017). Soms zijn cliënten (weer) aangewezen op het ouderlijk huis of de maatschappelijke opvang, waar ze vervolgens met mensen met diverse problematiek in aanraking komen. Daardoor kunnen hun problemen verergeren. Stabiele huisvesting is (naast voldoende ambulante zorg) in het bijzonder belangrijk voor het herstel en participatie van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen (Den Draak et al. 2016; Maas et al. 2012).

Andere oorzaken waardoor doorstroming uit beschermd wonen en de maatschappelijke opvang naar meer zelfstandig wonen nog niet goed uit de verf komt, zijn waarschijnlijk divers. Ten eerste zijn door de ambulantisering van de ggz mensen met een zwaardere zorgvraag naar beschermd wonen doorgestroomd (CTBW 2015; Drouven et al. 2017). Deze groep heeft meer tijd en ondersteuning nodig voor verder herstel en om de volgende stap naar zelfstandig wonen te maken. Voor een deel van de groep is dat herstel niet binnen afzienbare tijd in zicht; zij hebben levenslange ondersteuning nodig in een veilige woonomgeving, maar geen permanent toezicht met behandeling in een instelling. Een andere verklaring is dat de ambulante ggz-zorg nog niet voldoende op peil is om deze groep voldoende te ondersteunen (Van Hoof et al. 2016). Ten derde zijn er relatief minder informele helpers voor deze groep beschikbaar, en als ze er wel zijn, hebben ze vaak een (onvervulde) behoefte aan meer kennis over de omgang met cliënten en over ondersteuning zoals respijtzorg (De Klerk et al. 2015; De Klerk et al. 2017).

12.4 Aanbod maatschappelijke opvang en beschermd wonen

Gemeenten bieden vaak een breed scala aan huisvestingsvarianten en ondersteuningsvormen in het kader van beschermd wonen en maatschappelijke opvang. Elke gemeente is verantwoordelijk voor mo en bw, maar ze moeten daarin ook met elkaar samenwerken als dat nodig is. Voorlopig wordt nog met de 43 regio's gewerkt waarin gemeenten wat betreft de mo en bw met elkaar samenwerken. Voor elke regio is een centrumgemeente aangewezen, die de toegang en de voorzieningen voor eerste opvang organiseert (Kromhout et al. 2014).¹¹

Verschillen en overeenkomsten in de voorzieningen maatschappelijk opvang en beschermd wonen

De maatschappelijke opvang biedt hulp en begeleiding en/of verhelpt een crisis. De voorzieningen bestaan uit een tijdelijk onderdak, begeleiding of informatie en advies (Kromhout et al. 2014). Naast de opvang van dak- en thuislozen en mensen met verslavingsproblematiek maakt ook de vrouwenopvang deel uit van het aanbod. De Federatie Opvang definieert drie voorzieningssoorten van maatschappelijke opvang: 24 uren(crisis)opvang, nachtopvang, en begeleid wonen of woonbegeleiding (Federatie Opvang 2016).

In de 24 urenvoorzieningen kunnen mensen in een crisissituatie een paar dagen terecht, maar ook langduriger opvang is mogelijk (gemiddeld drie maanden). Er wordt niet alleen een plek voor verblijf geboden, maar er is ook hulpverlening die zich richt op het wegnemen van de crisis en de cliënt op weg helpt naar een geschikte vervolgsituatie. De doelgroep bestaat uit zowel dakloze mannen als vrouwen; voor gezinnen met kinderen zijn er speciale voorzieningen.

De *nachtopvang* (en ook vormen van inloop of dagopvang) is laagdrempeliger en is niet 24 uur per dag beschikbaar. De voorziening biedt meestal een slaapplek in een slaapzaal en de verblijfsduur is kort: mensen mogen maximaal een paar aaneengesloten dagen blijven. Dit zijn de zogenoemde bed-, bad- en broodvoorzieningen. Kinderen worden doorgaans niet in dit soort voorzieningen opgevangen.

Begeleid wonen of woonbegeleiding wordt geboden aan mensen (of gezinnen) die na een periode van (dreigende) dakloosheid nog niet geheel zelfstandig kunnen wonen. Bij begeleid wonen maakt men gebruik van een woning van de maatschappelijke opvang, bij woonbegeleiding heeft de cliënt of het gezin een huurwoning (van een woningcorporatie) op eigen naam.

De instellingen voor beschermd wonen zijn voortgekomen uit de ggz.¹² In hun oorspronkelijke vorm boden ze een veilige, beschermde woonplek voor mensen met ernstige chronische psychische aandoeningen die niet zelfstandig kunnen wonen. In de woonvoorziening wordt geen behandeling gegeven, maar mensen kunnen wel contact met een (ambulante) behandelaar hebben.¹³ Beschermd wonen biedt naast wonen (vaak in een groep), maaltijden en begeleiding ook vaak bezigheden (dagactiviteiten). Indien haalbaar worden stappen ondernomen naar meer zelfstandig wonen. Door woontraining in kleinere groepswooningen waarin men meer op zichzelf is aangewezen (en bv. zelf moet koken en er hulp op afstand beschikbaar is), kan een cliënt toewerken naar een eigen woning met woonbegeleiding. Het traject naar zelfstandig wonen is vaak zeer langdurig. In de loop der jaren is beschermd wonen ook toegankelijk geworden voor andere doelgroepen, zoals gehandicapten, jeugd, ouderen en mensen uit de maatschappelijke opvang (СтБВ 2015). Er bestaan nu verschillende vormen van beschermd wonen met verschillende gradaties van toezicht en begeleiding: van intramurale vormen (24 urenbegeleiding) via 'gespikkeld wonen' (een groep woningen dicht bij elkaar in een buurt met hulp en een gemeenschappelijk ruimte nabij) tot individueel zelfstandig wonen met enkele uren begeleiding per week. Het doel en het aanbod van beschermd wonen vertonen enigszins

overlap met de maatschappelijke opvang. Doordat gemeenten nu voor beide voorzieningen verantwoordelijk zijn, biedt hun dat ook mogelijkheden om een gedifferentieerd aanbod te creëren (Drouven et al. 2017). Toch blijven er ook verschillen bestaan in het type cliënten en het aanbod van maatschappelijke opvang en beschermd wonen. Zo gaat bijvoorbeeld in de gemeente Amsterdam de toeleiding naar een instelling voor beschermd wonen nog altijd via een erkende verwijzer, zoals een ggz-instelling, een instelling voor verslavingszorg, forensische zorg of de ‘Keten vrouw en kind’, terwijl er voor de maatschappelijke opvang geen verwijzing nodig is.¹⁴ Ook is bij beschermd wonen de begeleiding intensiever dan bij de maatschappelijke opvang (Gemeente Amsterdam 2016).

Capaciteit van de maatschappelijke opvang en beschermd wonen

Door de decentralisaties zijn exacte landelijke cijfers over de maatschappelijke opvang van na 2007 moeilijk te achterhalen. In 2007 waren er in de maatschappelijke opvang 3780 plekken in woonvoorzieningen en 1783 plekken in de nachtopvang. De Federatie Opvang vraagt jaarlijks cijfers over de geleverde hulp onder haar leden. Omdat niet alle leden daadwerkelijk cijfers aanleveren en niet alle aanbieders lid zijn, geeft dit geen volledig beeld van de maatschappelijke opvang, maar wel een indicatie van ontwikkelingen. De Federatie Opvang meldt dat het aantal hulpvragers zich de laatste jaren (2011 t/m 2016) op een hoog niveau handhaafde (Federatie Opvang 2016; Federatie Opvang 2017). De bezettingsgraad van de nacht- en crisisopvang is hoog, 100% bezetting is geen uitzondering. Uit onderzoek van het Trimbos-instituut blijkt dat de helft van de cliënten minstens een halfjaar in de opvang blijft, van wie een derde meer dan een jaar (Van Everdingen 2016; Planije en Tuynman 2016).

Volgend de monitor ambulantisering ggz bestond in 2015 ruim een derde van de plaatsen voor beschermd wonen uit individuele woonvoorzieningen (Van Hoof et al. 2016). Er kwam ook naar voren dat er sprake is van een beperkte, maar wel continue afbouw van de capaciteit van het beschermd wonen. Tussen 2012 en 2016 verminderde de capaciteit van het beschermd wonen met 7%. De afbouw van het beschermd wonen past bij de trend in de ggz om mensen meer ambulante te behandelen en minder vaak in een instelling te laten verblijven, hoewel niet iedereen beschermd wonen als ‘intramurale zorg’ wil bestempelen (Planije en Van Hoof 2017). Naar aanleiding van het advies van de CTBW, denken veel gemeenten en zorgaanbieders dat twee derde deel van de huidige groep bewoners op termijn naar zelfstandige woningen zou kunnen doorstromen. Gemeenten en woningcorporaties streven op dit moment niet naar een snelle afbouw van beschermd wonen. Partijen zijn hierover wel in gesprek, en over hoe goede zorg en ondersteuning aan mensen met psychische en psychosociale ondersteuning kan worden geboden (AEF 2017). De discussie over ‘verwarde personen’ en problematiek in wijken speelt daarin mee (Kooistra et al. 2016). Er is wel een voorzichtige trend naar vernieuwing van het aanbod: schaalverkleining, differentiatie en nieuwe huurvormen zoals ‘omklapcontracten’ (als het goed gaat met de bewoner wordt het huurcontract op naam van de bewoner gezet in plaats van de instelling) (Van Hoof et al. 2017). Toch is een van de conclusies van de *Overall*

rapportage sociaal domein 2016 dat er in gemeenten onvoldoende adequate woonvoorzieningen zijn, vooral met begeleiding (Pommer en Boelhouwer 2017). Dit was ook een bevinding van een kwalitatief onderzoek naar (redenen voor het opzetten van) wooninitiatieven door ouders van kinderen met een beperking (Plaisier en De Klerk 2018).

Aanbod voor specifieke groepen

Vrouwen en kinderen die bij de opvang aankloppen, zijn een extra kwetsbare groep. Uit de evaluatie van de Wmo (Kromhout et al. 2014) kwam naar voren dat er in driekwart van de centrumgemeenten die verantwoordelijk waren voor de opvang van gezinnen een tekort was aan opvangwoningen. Of dit voor deze groep inmiddels is verbeterd, is niet bekend.

Een zorg is dat vrouwen en hun kinderen nog (te) vaak uit beeld verdwijnen als ze uit de opvang vertrekken. Vaak is zorgmijding de onderliggende oorzaak voor het vertrek, maar ook het ontbreken van een hulpvraag (bv. door onvermogen van de moeder) en verhuizing naar een andere regio (TSD/STJ 2017). Het traject van nazorg is voor deze groep in het bijzonder van belang, om terugval in een onveilige situatie te voorkomen. Betere samenwerking met ketenpartners is nodig, volgens de samenwerkende inspecties. Sociale wijkteams, huisartsen maar ook politie, scholen en woningcorporaties die bij een gezin betrokken zijn, moeten voldoende geïnformeerd zijn en expertise hebben op het terrein van huiselijk geweld. Ook zijn duidelijke afspraken nodig over wie de regie voert in de nazorg (TSD/STJ 2017).

Innovatie en kleinschalige initiatieven, maar financiële problemen

In veel regio's zijn gemeenten nog volop bezig hun beleidsplannen verder te ontwikkelen, maar de praktijk loopt daar soms al op vooruit (AEF 2017). Op het terrein van de maatschappelijke opvang en de ggz ontstaan nieuwe (vaak kleinschalige) vormen van opvang, werk en wonen. De inbreng van cliënten en inzet van ervaringsdeskundigen spelen daarin vaak een grote rol en soms worden projecten door de doelgroep zelf gerund. Veel van deze initiatieven kampen met financieringsproblemen, omdat de gebruikers van dit soort voorzieningen verschillende problematieken hebben en vergoedingen uit verschillende potjes moeten krijgen: Wmo 2015, Participatiewet, Zorgverzekeringswet, Wlz, Jeugdwet. Het is ook vaak moeilijk om structurele financiering te krijgen, waardoor ze in onzekerheid blijven over de toekomst en niet kunnen doorontwikkelen. Samenwerking op dit gebied en gezamenlijke bekostiging door bijvoorbeeld zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars kan een oplossingsrichting zijn die er voor iedere lokale situatie anders uit kan zien (Backes 2017).

12.5 Cliëntervaringen met maatschappelijke opvang en beschermd wonen

Toegang tot de opvang is een verbeterpunt

In de Wmo 2015 is bepaald dat iedereen die opvang nodig heeft daarvoor kan aankloppen bij elke gemeente, ongeacht de binding met die gemeente (TK 2017/2018a). In de praktijk

wordt dit nog lang niet altijd waargemaakt, blijkt uit onderzoek met zogenoemde *mystery guests* bij de nachtopvang (maatschappelijk opvang) dat werd uitgevoerd door het Trimbos-instituut (Van Hoof et al. 2017). Ongeveer de helft van hen werd bij aanmelding geweigerd. Vaak werd als reden aangevoerd dat de aanmelder geen regiobinding had. De hoge druk op de nachtopvang speelt een rol, waardoor gemeenten voorrang geven aan ‘eigen’ burgers. Het Trimbos-instituut doet aanbevelingen om de samenwerking tussen gemeenten en cijfermatig inzicht over in- en uitstroom te verbeteren, zodat capaciteitsproblemen kunnen worden aangepakt (Planije et al. 2017).

Uitgeprocedeerde asielzoekers naar opvang door het rijk

Het weigeren van toegang tot de maatschappelijke opvang op basis van het zogenoemde regiobeginsel is op zijn minst twijfelachtig, maar is in de jurisprudentie nog niet aan bod geweest. Wel zijn er de laatste jaren grote aantallen uitspraken gedaan met betrekking tot uitgeprocedeerde asielzoekers. Gemeenten weigerden uitgeprocedeerde asielzoekers toegang tot maatschappelijke opvang. De Centrale Raad van Beroep (CRvB) heeft in een gecoördineerde actie met de Raad van State bepaald dat al dan niet uitgeprocedeerde asielzoekers worden geacht een beroep te doen op de opvang die door het rijk voor deze groep in het leven is geroepen. Slechts in buitengewone situaties zou hierop een uitzondering moeten worden gemaakt, bijvoorbeeld vanwege de kwetsbaarheid van jonge kinderen of personen met een beperking.¹⁵

Twee van de drie cliënten van de maatschappelijke opvang is positief over het resultaat van de hulp

Uit een onderzoek van het Trimbos-instituut naar ervaringen van mensen in de maatschappelijke opvang blijkt dat ruim twee derde positief is over de leefomstandigheden in de opvangvoorziening (Planije en Tuynman 2016). Men vindt het er schoon en er zijn duidelijke huisregels. Minder tevreden is men over de privacy (twee vijfde deel vindt die onvoldoende) en de sfeer. Hoewel negen op de tien cliënten in het onderzoek zeggen zich meestal veilig te voelen, zegt een op de drie cliënten dat er door medewerkers niet wordt ingegrepen bij gevaarlijke situaties in of om de voorziening. Vier op de vijf cliënten is positief over het contact met de medewerkers. Een op de vijf is daarover negatief. Het gaat er dan vaak om dat medewerkers te weinig tijd voor hen hebben. Een derde vindt dat ze de hulp niet zo snel krijgen als zij nodig hebben. Eenzelfde aandeel vindt dat medewerkers te weinig bespreken of de hulp nog passend is, niet voldoende informatie geven en dat de hulp niet goed op elkaar is afgestemd. Al met al is twee derde deel van de cliënten positief over het resultaat van de hulp, en een derde deel is negatief. Het Trimbos-instituut draagt verbeterpunten aan die vooral betrekking hebben op het resultaat van de hulp, zoals leren omgaan met probleemsituaties, maar ook de termijn waarop de hulp wordt geboden (die is nu te lang), de sfeer in de voorziening en de mate van privacy. Onderzoek naar de mate waarin deze aanbevelingen zijn opgepakt en al tot verbeteringen hebben geleid, is (nog) niet voorhanden.

Weinig zicht op cliëntervaringen met beschermd wonen

Actuele cliëntervaringen met betrekking tot beschermd wonen zijn in onderzoek (nog) niet goed beschreven. Gemeenten betrekken bij hun cliëntervaringsonderzoek wel de bewoners van instellingen voor beschermd wonen, maar de respons is laag en dat maakt dat er geen uitgesproken voor deze specifieke groep kunnen worden gedaan.

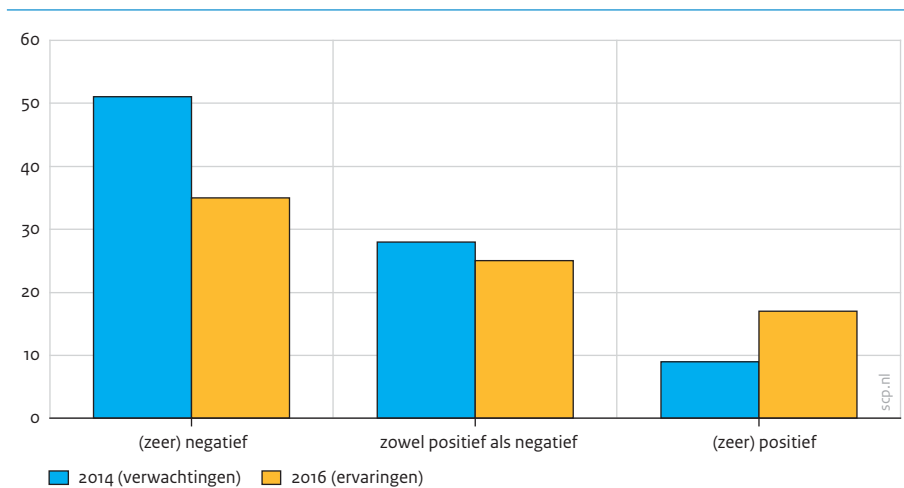
Ook bij het panel Psychisch Gezien is de groep die in een instelling voor beschermd wonen verblijft klein, wat het moeilijk maakt deze groep apart te onderzoeken.¹⁶ Wel weten we dat mensen in 2016 over de gehele linie een lager rapportcijfer voor de ontvangen ondersteuning gaven dan in 2015, en dat geldt ook voor de ondersteuning die bewoners van een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RI BW) ontvangen. Op de vraag wat mensen met ernstige psychische aandoeningen ervan vinden dat gemeenten voor onder andere het beschermd wonen verantwoordelijk zijn geworden, komt naar voren dat ruim een op de drie daar negatief over denkt (figuur 12.1). Een op de vijf vond dat deze overgang in verantwoordelijkheid negatieve gevolgen voor zijn/haar persoonlijke leven had (onbekend welke), terwijl een op de tien daar positieve ervaringen mee had, en 17% had zowel positieve als negatieve ervaringen. 23% had hierover geen mening. Ongeveer de helft van de leden vindt dat de ondersteuning die ze van de gemeente ontvangen slechter is dan de ondersteuning die ze voorheen kregen. Wel zijn de leden van het panel in 2016 positiever gaan denken over de rol van de gemeente op dit terrein vergeleken met 2014 (Place et al. 2017). Uit een kwalitatief onderzoek onder gebruikers van dagopvang, waaronder cliënten van beschermd wonen (Duijs et al. 2017b), komt naar voren dat de nadruk op zelfredzaamheid en eigen kracht ook nadelige effecten kan hebben op cliënten. Ze kunnen het gevoel hebben ‘tot last te zijn’ en dat ‘hun hulpvraag er eigenlijk niet mag zijn’.

Menging van de doelgroepen van maatschappelijke opvang en beschermd wonen leidt tot problemen

Uit een ander verkennend onderzoek komt naar voren dat het mengen van doelgroepen uit de maatschappelijke opvang en beschermd wonen bij het bezoeken van algemene voorzieningen voor dagbesteding tot negatieve ervaringen leidt. Het levert bijvoorbeeld problemen op als mensen die gebaat zijn bij een prikkelarme omgeving moeten functioneren tussen mensen met onvoorspelbaar en druk gedrag (Duijs et al. 2017a). Ook verschillen die ontstaan door verschillen in Wmo-indicaties en financieringsstructuren leiden tot problemen, omdat gebruikers van eenzelfde voorziening (voor dagbesteding) niet in gelijke mate toegang krijgen tot activiteiten en ze niet altijd een eigen bijdrage betalen. Daarnaast is het beroep op de eigen kracht en eigen regie voor de doelgroepen van de MO en BW anders, wat tot problemen in bejegening leidt, omdat mensen met psychische aandoeningen uit BW soms juist moeten leren om hulp te vragen (Duijs et al. 2017b).

Figuur 12.1

Mening van mensen met ernstige psychische aandoeningen over het feit dat gemeenten verantwoordelijk zijn geworden voor de ondersteuning bij dagbesteding, begeleid en beschermd wonen, 2014 en 2016 (in procenten, n = 415 en n = 921)



Bron: Trimbos-instituut (Panel Psychisch Gezien 2017)

12.6 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk proberen we antwoord te geven op de vraag of mensen met behoefte aan maatschappelijke opvang en beschermd wonen bij hun gemeente terecht kunnen, of ze hulp krijgen, hoe ze die ervaren en of de geboden hulp aansluit op hun behoeften. Uit de literatuur komt naar voren dat cliënten in alle gemeenten terecht kunnen voor maatschappelijke opvang en beschermd wonen. In hoeverre de behoefte aan voorziening goed bij het aanbod aansluit, blijft moeilijk te zeggen, omdat duidelijk landelijk inzicht in de cijfers over capaciteit, in- en doorstroom en de vraag bij cliënten ontbreekt. Afgaand op signalen uit verschillende rapporten over de sector lijkt er vooral in de nachtopvang een capaciteitsprobleem te bestaan en blijkt de toegang tot deze vorm van opvang nog niet voldoende gewaarborgd. Ook zijn er signalen dat de uitstroom uit verblijfsplekken stukt door financiële problemen van cliënten en een tekort aan goedkope huurwoningen (vooral in grote steden). Mede door de ambulantisering van de ggz doet een groep met zwaardere problematiek een beroep op de voorzieningen voor beschermd wonen; een groep die meer tijd nodig heeft voor herstel en uitstroom naar zelfstandig wonen. Voor deze groep is bovendien de ambulante zorg nog onvoldoende opgebouwd en is er relatief weinig (potentieel aan) informele hulp.

Om de doelgroep van de maatschappelijke opvang en beschermd wonen te bedienen, moeten gemeenten oog hebben voor de problematiek die samenhangt met psychische

ziektebeelden, schulden, verslavingen, laaggeletterdheid en migratieproblematiek. De huidige beschikbare hulp (via bv. sociale wijkteams) kan hierin nog een verbeterslag maken wat betreft expertise en onderlinge samenwerking. Vooral bij de opvang van vrouwen en gezinnen lijkt zo'n verbeterslag nodig, om te voorkomen dat deze kwetsbare doelgroep weer uit beeld verdwijnt zonder (zicht op) een adequate oplossing van de problemen.

Het mengen van doelgroepen van de maatschappelijke opvang en beschermd wonen in het aanbod bij veel gemeenten ligt voor de hand, maar heeft als keerzijde dat behoeften van cliënten, hun indicaties en financieringsstructuren niet altijd goed matchen.

Twee derde deel van de cliënten van de maatschappelijke opvang is tevreden over de geboden hulp; verbeterpunten zijn de privacy en de sfeer in de voorzieningen. Mensen met ernstige psychische aandoeningen, onder wie cliënten van beschermd wonen, zijn in 2016 minder tevreden over de ontvangen hulp dan in 2015. Wel denkt in 2016 een kleiner deel van hen negatief over de overgang naar gemeenten van hun ondersteuning en het beschermd wonen: een op de drie in 2016 tegen de helft in 2014: een aanwijzing dat het hulpaanbod in praktijk toch beter uitpakt dan men had verwacht.

Er zijn signalen dat er – nu gemeenten weer in rustiger vaarwater zijn gekomen – nieuwe ontwikkelingen in het aanbod van maatschappelijke opvang en beschermd wonen zijn. Kleinschaligheid, geïntegreerd aanbod op verschillende levensterreinen en inzet van ervaringsdeskundigen zijn daarin vaak kenmerkend. De initiatieven hebben het echter vaak financieel moeilijk vanwege een diversiteit aan financieringsbronnen (Wmo 2015, Zvw, Wlz, Participatiewet) en omdat structurele financiering vaak ontbreekt. De aard van de individuele initiatieven en lokale context vraagt om oplossingen op maat.

Noten

- 1 De staatssecretaris werkt aan een wetsvoorstel om de grondslag psychische stoornis vanaf 2021 toe te voegen aan de Wlz, omdat een deel van deze groep zeer langdurig en permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig heeft (TK 2017/2018b).
- 2 Artikel 2.1.2, lid 1 en 3.b.
- 3 Artikel 2.3.5, lid 4.
- 4 De *doelgroep* van de *maatschappelijke opvang* staat omschreven in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo, art. 1, lid 1c) als 'personen die, door een of meer problemen, al dan niet gedwongen de thuis-situatie hebben verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving'.
- 5 In het Regeerakkoord 2017 staat dat er op acht locaties in het land opvangcentra komen waar aan uitgeprocedeerde asielzoekers een bed-, bad- en broodvoorziening wordt geboden, mits de asielzoeker meewerkt aan terugkeer. Daarbij blijft individuele noodopvang voor enkele dagen op basis van de openbare orde mogelijk, maar eigen bed-, bad- en broodvoorzieningen van gemeenten niet (VVD, CDA, D66 en ChristenUnie 2017).
- 6 Gemeenten leveren op vrijwillige basis gegevens aan voor de GMSD; ongeveer twee derde van de gemeenten heeft dat ook gedaan.

- 7 Staatssecretaris Blokhuis van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in een Kamerbrief aangekondigd het aantal cliënten van de opvang en beschermd wonen beter (landelijk) te gaan monitoren (TK 2017/2018a).
- 8 Dit aantal is mogelijk een onderschatting. Het Trimbos-instituut baseert zich op een onderzoek onder leden van GGZ-Nederland en RIBW's (49 instellingen). De respons onder instellingen was relatief laag. Het gaat alleen om mensen met een psychische aandoeningen; overige doelgroepen van beschermd wonen zoals mensen met verstandelijke beperkingen, mensen met dementie en forensische psychiatrie zijn niet meegeteld. Mensen die beschermd wonen op basis van een pgb zijn bovendien niet meegeteld, omdat hierover geen gegevens voorhanden zijn, maar het aantal mensen met psychische aandoeningen dat beschermd woont met een pgb is vermoedelijk klein.
- 9 De stijging van het aantal jonge mensen vond vooral plaats tussen van 2015 naar 2016. Wanneer naar de periode 2009 tot en met 2016 wordt gekeken, spreekt het CBS over een lichte stijging van het aantal jongeren.
- 10 'Ambulantisering van de ggz' is het streven om het aantal opnames in de ggz te verminderen en de duur ervan te verkorten, en cliënten meer ambulant te behandelen.
- 11 Zie: https://www.regioatlas.nl/indelingen/indelingen_indeling/t/centrumgemeente_maatschappelijke_opvang_beschermd_wonen.
- 12 In de jaren zeventig van de twintigste eeuw groeide de kritiek op de institutionele psychiatrische zorg. In die jaren ontstonden de eerste vormen van beschermd wonen als alternatieven voor de grote psychiatrische instellingen waar mensen met psychiatrische aandoeningen vaak levenslang verbleven.
- 13 Mensen die behandeling met verblijf nodig hebben, vallen de eerste drie jaar onder de Zvw. Mensen die op 31 december 2014 drie jaar of langer in een ggz-instelling verbleven vanwege de noodzaak tot intramurale behandeling kregen een Wlz indicatie. Het is op het moment van schrijven van dit rapport nog niet bekend of mensen die op 1 januari 2018 drie jaar of langer intramuraal behandeld worden in een ggz-instelling ook worden toegelaten tot de Wlz. Een besluit hierover is door het kabinet-Rutte II overgelaten aan het volgende kabinet.
- 14 Het aanbod van voorzieningen wordt doorgaans door (zorg)instellingen ontwikkeld. Bij beschermd wonen is dat meestal een ggz-instelling of een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW). Voor maatschappelijke opvang is dit vaak het maatschappelijk werk, een instelling voor vrouwenopvang (bv. Blijf van mijn Lijf-huizen), of een organisatie voor dak- en thuislozen (waarvan het Leger des Heils een bekende is). Er is ook aanbod dat door kleine zorgondernemers is ontwikkeld, bijvoorbeeld zorgboerderijen. Een bijzondere vorm van beschermd wonen zijn de wooninitiatieven die zijn opgezet door (meestal de ouders van) betrokkenen zelf, en waarin de regie niet in handen van een instelling of ondernemer is, maar bij de bewoners of hun familieleden.
- 15 Zie ECLI:NL:CRVB:2014:1995 en ECLI:NL:CRVB:2015:4093.
- 16 Zie ook www.psychischgezien.nl.

Literatuur

AEF (2017). *Beschermd wonen en maatschappelijke opvang: de regio's aan zet! Stand van zaken in de regio's*. Utrecht: Andersson Elffers Felix.

- Appelo, Jeannet (2015). Wie is toch die verwarde man? Een zoektocht door onderzoeksrapporten en de media. In: *GGZtotaal. Magazine voor de ggz*, 17 november 2015 (webpublicatie).
- Backes, Marie Antoinette (2017). Financiering van lokale ggz-voorzieningen blijft problematisch. In: *Sociale Vraagstukken*, 1 december 2017 (webpublicatie).
- Barendregt, Cas, Thomas Martinelli en Gerda Rodenburg (2017). *Woonwensen en woonmogelijkheden van cliënten die bij De Binnenvest wonen of verblijven. Onderzoek in het licht van de voorgenomen decentralisatie van de maatschappelijke opvang*. Rotterdam: IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving.
- Bergen, A. van en D. Heineke (2015). *Handreiking. Beleidsplan Opvang en bescherming ter ondersteuning van centrumgemeenten voor het opstellen van een regionaal integraal beleidsplan 2016-2019 voor de functies opvang en bescherming. Deel II - Achtergrondinformatie*. Den Haag: Vereniging van Nederlands Gemeenten (VNG) en Movisie.
- Bos, D., F. Wekker en J.W. Duyvendak (2013). Thuis best: over het Nederlandse ideaal van zorg met behoud van zelfstandigheid. In: Thomas Kampen, Imrat Verhoeven en Loes Verplanke (red.), *De affectieve burger. Hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid* (p. 133-153). Amsterdam: Van Gennip.
- cbs (2016). *Aantal zelfdodingen in 2014 niet verder gestegen*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd op 20 november 2017 via <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2015/aantal-zelfdodingen-in-2014-niet-verder-gestegen.htm>.
- CT&W (2015). *Van beschermd wonen naar een beschermd thuis. Advies Commissie toekomst beschermd wonen*. Den Haag: Vereniging van Nederlands Gemeenten (VNG).
- Draak, Maaike den, Anna Maria Marangos, Inger Plaisier en Mirjam De Klerk (2016). *Wel thuis? Literatuurstudie naar factoren die zelfstandig wonen van mensen met beperkingen beïnvloeden*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Drouven, Lambert, Juliëtte van der Lugt en Nienke van Vliet (2017). *Inventarisatie Oggz-aanpak bij een tiental centrumgemeenten*. Enschede: Bureau HHM.
- Duijs, Saskia, Anke Heijnsman en Tineke Abma (2017a). Niet iedereen voelt zich op zijn gemak in dezelfde keuken. Ongelijkheid Wmo. In: *Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken*, 11 september 2017 (webpublicatie).
- Duijs, Saskia, Anke Heijnsman, Vivianne Baur, Tineke Abma, Elza van de Weerdhof, Kim Gossiaux, Gaby Valkx, Evelien Krikke en Alice Makkinga (2017b). *Ruimte voor kwetsbaarheid en verschil. Meer invloed voor ggz-cliënten in geestelijke gezondheidszorg: medezeggenschap in een veranderende Wmo context*. Amsterdam: VU medisch centrum / KWINTES / RIBW Nijmegen & Rivierenland.
- Everdingen, Coline van (2016). *De Utrechtse nachtopvang en crisisopvang in beeld. Eindrapport van beeldvormend onderzoek in opdracht van de gemeente Utrecht*. Sittard: Van Everdingen ZorgConsult.
- Federatie Opvang (2016). *Cijfers maatschappelijke opvang 2015*. Amersfoort: Federatie Opvang.
- Federatie Opvang (2017). *Cijfers maatschappelijke opvang 2016*. Amersfoort: Federatie Opvang.
- Gemeente Amsterdam (2016). *Thuis in de wijk. Koersbesluit maatschappelijke opvang en beschermd wonen 2016-2020* (Vol. 2016). Amsterdam: Gemeente Amsterdam.
- Gemeente Utrecht (2017). *Financiële knelpunten die uitstroom uit maatschappelijke opvang en beschermd wonen belemmeren. Adviesrapport voor de Gemeente Utrecht*. Utrecht: Gemeente Utrecht.
- Heer-Wunderink, C. de, E. Visser, A. Caro-Nienhuis, S. Sytma en D. Wiersma (2012). Supported housing and supported independent living in the Netherlands, with a comparison with England. In: *Community Mental Health Journal*, jg. 48, nr. 3, p. 321-327.

- Hoof, Frank van, Aafje Knipsel, Lex Hulsbosch, Carolien Place, Christien Muusse, Maaïke van Vugt, Michel Planije, Harry Michon en Hans Kroon (2016). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2016*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hoof, Frank van, Aafje Knipsel, Lex Hulsbosch, Aniek de Lange, Harry Michon en Hans Kroon (2017). *Monitor ambulantisering en hervorming langdurige GGZ 2017*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Jansen Verplanke, L.H., A.P.M. Veldboer, W.G.J. Duyvendak, C. van den Handel, A. Maarschalkerweerd, J. Groenendijk, P. van Soomeren en B. Lammers (2008). *Onder de mensen? Een onderzoek naar mensen met beperkingen in vier stadsbuurten*. Den Haag: NICIS Institute.
- Klerk, Mirjam de, Alice de Boer, Inger Plaisier en Peggy Schyns (2017). *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de, Alice de Boer en Inger Plaisier (2015). *Wie zorgt er voor mensen met psychiatrische of verstandelijke problemen?* In: *Sociale Vraagstukken*, 29 april 2015 (webpublicatie).
- Kooistra, Hilda, Guido de Ruiters en Netty van Triest (2016). *Doorstromers beschermd wonen en maatschappelijke opvang. Thuis in de wijk*. Den Haag: Platform 31.
- Kromhout, Mariska, Peteko Feijten, Frieke Vonk, Mirjam de Klerk, Anna Maria Marangos, Wouter Mensink, Maaïke den Draak en Alice de Boer (2014). *De Wmo in beweging. Evaluatie Wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Maas, M., S. Al Shamma, A. Altena, N. Janssen en J. Wolff (2012). *Discus Amsterdam: Housing First. Evaluatie van de werkzaamheid*. Nijmegen: Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, uMC St Radboud Nijmegen.
- Place, Carolien, Lex Hulsbosch en Harry Michon (2014). *Factsheet Panel Psychisch Gezien*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Place, Caroline, Lex Hulsbosch en Harry Michon (2017). *De gemeente en maatschappelijke ondersteuning: wat vinden mensen met aanhoudende psychische problemen ervan? Factsheet panel Psychisch Gezien*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Plaisier, Inger en Mirjam de Klerk (2018). *Net als thuis. Wooninitiatieven opgezet door ouders voor hun kinderen met een beperking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Planije, M. en F. van Hoof (2016). *'Verwarde personen' of 'mensen met een acute zorgnood'?* Utrecht: Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 12 januari 2018 via <https://assets.trimbos.nl/docs/5ff4b657-b21c-44e5-ae1-76516aa58094.pdf>.
- Planije, M. en M. Tuynman (2016). *Clïëntervaringen in de intramurale maatschappelijke opvang*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Planije, M., A. de Lange en H. Kroon (2017). *Praktijktest toegankelijkheid maatschappelijke opvang 2017*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Pommer, Evert en Jeroen Boelhouwer (red.) (2017). *Samenvatting. Overall rapportage sociaal domein 2016. Burgers (de)centraal*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Staatsblad (2014). *Wet van 9 juli 2014, houdende regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)*. In: *Staatsblad*, jg. 2014, nr. 280.
- TK (2017/2018a). *Voortgangsrapportage beschermd wonen en maatschappelijke opvang*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017/2018, 29325, nr. 92.

TK (2017/2018b). *Stand van zaken Toegang Wlz voor mensen met een psychische stoornis*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 maart 2018. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017/2018, 43104, nr. 207.

TSD/STJ (2017). *Moeder en kind verlaten de opvang. (Wie) Is dat een zorg?* Utrecht: Toezicht Sociaal Domein / Samenwerkend Toezicht Jeugd (TSD/STJ).

Verhoeven, Imrat en Evelien Tonkens (2013). Wat de overheid van burgers wil. De *framing* van de veranderende verzorgingsstaat in Nederland in Engeland. In: Thomas Kampen, Imrat Verhoeven en Loes Verplanke (red.), *De affectieve burger. Hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid* (p. 25-37). Amsterdam: Van Gennep.

VVD, D66, CDA en ChristenUnie (2017). *Vertrouwen in de toekomst. Regeerakkoord 2017-2021*.

13 Zorg en ondersteuning in instellingen

Nora Kornalijnslijper, Mirjam de Klerk en Inger Plaisier

- Instellingen in de langdurig intensieve zorg maken veel werk van zorgplanbespreking en het betrekken van het sociale netwerk en vrijwilligers. Ze deden dit ook al voor invoering van de Wlz.
 - Onafhankelijke cliëntondersteuning is bij zorgprofessionals, cliënten en mantelzorgers nog grotendeels onbekend. De zorg voorziet wel in cliëntondersteuning, maar deze is meestal niet 'onafhankelijk'; dit levert volgens de sector geen problemen op in de praktijk.
 - Betrokkenheid van het sociale netwerk lijkt het meest bij te dragen aan de ervaren kwaliteit van leven. Ook het zorgplan en de zorgplanbespreking doen dat.
 - Bewoners hebben dankzij het zorgplan en de bespreking daarvan het idee dat er meer naar hen wordt geluisterd.
 - Instellingen in de drie zorgsectoren merken dat het sociale netwerk niet altijd bereid is om een deel van de zorgtaken op zich te nemen en dat het lastig is vrijwilligers te werven en te behouden. Dit gaat gemakkelijker in de ouderenzorg dan in de gehandicaptenzorg en langdurige ggz.
 - Communicatieve en cognitieve beperkingen en ernstige gedragsproblematiek belemmeren bij bepaalde cliënten het gebruik van zorgplannen. Anderzijds zijn er ook groepen cliënten in de somatische zorg en de gehandicaptensector die er veel baat bij kunnen hebben.
 - De verschuiving van 'zorgen voor' naar 'zorgen met' en 'zorgen dat' vraagt meer tijd dan de anderhalf à twee jaar die sinds de invoering van de Wlz verstreken zijn. Er zijn signalen dat tijdgebrek van de zorgprofessionals en de verzwaring van de zorgproblematiek van cliënten de andere manier van werken bemoeilijken.
-

13.1 Inleiding

De Hervorming Langdurige Zorg brengt ook wijzigingen in de uitvoeringspraktijk in instellingen met zich mee. De Wet langdurige Zorg (Wlz) is bedoeld als vangnet voor de mensen die niet kunnen volstaan met de zorg en ondersteuning uit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). In dat kader is de kring van mensen die aanspraak kunnen maken op de Wlz verkleind (in vergelijking met de aanspraak op zorg met verblijf onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ) door beperkende toegangscriteria te hanteren. Tegelijkertijd is het de bedoeling dat deze kleinere kring van mensen die aangewezen is op de Wlz een betere kwaliteit van zorg (beter passende zorg en meer keuzemogelijkheden) en kwaliteit van leven en meer regie krijgt dan onder de AWBZ (zie ook hoofdstuk 6). Daartoe dient het medisch perspectief volgens de wetgever minder op de voorgrond te staan. Om dit te bereiken zijn nieuwe instrumenten ingevoerd, zoals meer uitgebreide cliëntondersteuning, zorgplanbesprekingen-nieuwe-stijl en meer inzet van informele hulp.

Onderzoeksvragen

In de evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg is onderzoek gedaan naar de volgende vragen:

- Hoe geven instellingen in de verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg vorm aan meer uitgebreide cliëntondersteuning, de zorgplanbesprekingen-nieuwe-stijl en de inzet van informele hulp? En hoe ervaren cliënten, hun sociale netwerk, vrijwilligers en professionals dit?
- Welke ontwikkelingen doen zich voor in de informele hulp in instellingen?

Naast de invoering van deze nieuwe instrumenten spelen er ook allerlei andere ontwikkelingen in de langdurige zorg (zie ook hoofdstuk 6), bijvoorbeeld alle extra beleidsinspanningen in de vele verpleeghuizen om in het kader van het programma *Waardigheid en trots* de kwaliteit van zorg te verhogen (TK 2014/2015; TK 2016/2017). Ook is recent het *Kwaliteitskader Verpleeghuizen* opgesteld (ZiN 2017). Daarnaast is de Wlz beperkt tot cliënten met een zwaardere zorgproblematiek dan voorheen, waardoor de bewonerspopulatie van instellingen is veranderd, evenals de omvang van beschikbare zorgcapaciteit.

Onderzoeksbronnen

Een belangrijke bron van informatie over de zorg in de sectoren Verpleging en Verzorging (v&v), de gehandicaptensector (GHZ) en de langdurige geestelijke gezondheidszorg (ggz-B) is het empirische onderzoek dat is uitgevoerd in 2016 door KPMG, Vilans en Tranzo. De resultaten daarvan staan beschreven in de rapporten *De Wet langdurige zorg in de verzorging, verpleging en gehandicaptenzorg. Ervaringen uit de praktijk* (Gijzel et al. 2017) en *De Wet langdurige zorg in de geestelijke gezondheidszorg. Ervaringen uit de praktijk* (Lemmens et al. 2017). Voor beide onderzoeken zijn in 2016 focusgroepgesprekken gehouden met zorgprofessionals en vrijwilligers, gesprekken gevoerd met cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals en enquêtes/interviews afgenomen bij managers.¹

Dit hoofdstuk behandelt uitsluitend de langdurige zorg in instellingen. Voor de langdurige zorg thuis, die eveneens in het kader van de Wlz plaatsvindt, verwijzen we naar hoofdstuk 10.

13.2 Organisatie en geboden zorg

De langdurige zorg en ondersteuning in instellingen is geregeld in de Wlz. In deze paragraaf lichten we de essentie daarvan toe.

Wlz in het kort

Centraal in de Wlz staat ‘kwaliteit van leven, met oog voor persoonlijke behoeften en mogelijkheden’. Met de Wlz beoogt de regering dat de ‘wensen, behoeften en mogelijkheden van een cliënt meer centraal komen te staan en de professional in de zorg de ruimte krijgt om maatwerk te leveren’ (TK 2013/2014a: 15).

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de zorg ligt bij de zorgverzekeraars en zorgkantoren. De regering verwacht van uitvoerders ‘dat zij zich stevig – meer dan in de AWBZ – inspinnen voor goede, innovatieve zorg voor hun verzekerden en een doelmatige uitvoering van de Wlz’ (TK 2013/2014a: 35). De zorg wordt gecontracteerd door zorgkantoren.² Ze zijn ervoor verantwoordelijk dat alle cliënten in hun regio de langdurige zorg krijgen waar ze recht op hebben. Nederland telt 31 zorgkantoren. Zij contracteren alle benodigde zorg in een regio, ook namens andere zorgverzekeraars. Hierbij moeten ze letten op de kwaliteit van de zorg zoals bedoeld in de kwaliteitskaders voor v&v en GHZ.

Wlz-zorg in een instelling of thuis

Mensen met een Wlz-indicatie hoeven hun zorg niet per se in een instelling te ontvangen. Ze kunnen onder bepaalde voorwaarden ook kiezen voor zorg en ondersteuning thuis via een Volledig Pakket Thuis (vPT) of een Modulair Pakket Thuis (mPT), of een pgb (zie hoofdstuk 10). Het aantal mensen dat is opgenomen in een Wlz-instelling bedroeg op 1 oktober 2017 204.000 personen, terwijl bijna 60.000 personen gebruikmaakten van de mogelijkheid om Wlz-zorg thuis te ontvangen.

Zorginstellingen hebben een ‘toelating’ nodig

Instellingen en particuliere zorgverleners die in aanmerking willen komen voor contractering door het zorgkantoor en de zorgverzekeraar moeten voldoen aan bepaalde eisen om toegelaten te kunnen worden. Dit staat in de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi).³ Met een Wtzi-toelating mogen ze zorg aanbieden die wordt vergoed via de Zvw of Wlz. Bij de aanvraag voor de Wtzi-toelating wordt getoetst of de instelling of zelfstandige beroepsbeoefenaar aan bepaalde eisen voldoet. Een van de belangrijkste eisen is de bereikbaarheid van spoedzorg. Ook transparantie is belangrijk, zoals over het bestuur en de dagelijkse leiding van de instelling. De eisen staan in het Uitvoeringsbesluit Wtzi en de Beleidsregels Wtzi.

De zorgkantoren contracteren per regio de naar hun inschatting benodigde hoeveelheid verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg. Het landelijk beschikbare budget wordt jaarlijks bepaald door het rijk. De Nederlandse Zorgautoriteit adviseert gedurende het jaar of het budget toereikend is. De zorgkantoren kennen van tevoren het beschikbare budget.

Wettelijke kwaliteitseisen aanbieders langdurige (Wlz-)zorg

Langdurige (Wlz-)zorg wordt geleverd door zorginstellingen en zelfstandige beroepsbeoefenaren. Alle partijen die zorg volgens de Wlz of de Zvw leveren, vallen onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).⁴ Deze wet is met ingang van 1 januari 2016 ingevoerd en heeft de plaats ingenomen van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Deze wet regelt bijvoorbeeld de aanpak van klachten, het veilig kunnen melden van incidenten door zorgmedewerkers, een sterke positie van de cliënt en een uitgebreidere meldplicht voor zorgaanbieders. Er hoeft niet meer jaarlijks een kwaliteitsverslag te worden opgesteld. De Wkkgz kent wel de verplichting voor de zorgaanbieder om zorg te dragen voor

een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg zoals die voorheen ook was opgenomen in de Kwaliteitswet.

Omvang van de verschillende zorgsectoren

Het merendeel van de Wlz-cliënten woonde op 1 oktober 2017 in een instelling (zie tabel 13.1).⁵ Het gaat dan om 68% van de mensen met een Wlz-indicatie die daadwerkelijk is opgenomen, versus bijna 20% die de Wlz-zorg thuis ontvangt. Ongeveer 12% van de mensen met een Wlz-indicatie heeft de status van ‘wachtende’.

Tabel 13.1

Schatting (voorlopige aantallen) van het aantal mensen met een Wlz-indicatie, naar leveringsvorm, 1 oktober 2017 (in absolute aantallen)

	opgenomen	VPT/MPT/pgb	wachtend, enige vorm Wlz-zorg ^a	wachtend, geen Wlz-zorg ^b	totaal
v&v	118.589	20.633	8.574	10.271	158.067
GHZ	77.904	38.891	2.778	11.153	130.726
ggz	5.530	52	27	2.452	8.061
overig	1.549	–	1	607	2.157
< 18 jaar	3.447	9.139	347	752	13.685
≥ 18 jaar	200.125	50.437	11.033	23.731	285.326
totaal	203.572	59.576	11.380	24.483	299.011

a Enige vorm van zorg uit de Wlz = cliënt staat op een wachtlijst met een opnamewens, of ziet vooralsnog af van het ontvangen van de geïndiceerde zorg, maar ontvangt wel al enige vorm van zorg uit de Wlz (in functies).

b Geen Wlz-zorg = cliënt staat op een wachtlijst met een opnamewens, of ziet vooralsnog af van het ontvangen van de geïndiceerde zorg en ontvangt geen zorg uit de Wlz.

Bron: Zorginstituut Nederland (SCP-bewerking)

Nieuwe instrumenten in de langdurige zorg

In de Wlz wordt meer dan in de AWBZ nadruk gelegd op het meer centraal stellen van de cliënt en zijn/haar wensen, het leveren van maatwerk en het meer betrekken van de mantelzorgers en vrijwilligers bij mensen met behoefte aan langdurige zorg. De instrumenten die vooral met dit oogmerk zijn ingevoerd of versterkt, zijn:

- het werken met een zorgplan en het regelmatig bespreken ervan met de cliënt;⁶
- cliëntondersteuning: cliënten moeten zo lang mogelijk zelf regie voeren over hun leven in een zorgsituatie (thuis of in een instelling) en eigen keuzes kunnen maken en kunnen daarbij ondersteuning krijgen van een cliëntondersteuner;

- medewerkers in zorginstellingen moeten nauwer samenwerken met mantelzorgers en vrijwilligers.

Deze instrumenten komen aan de orde in de paragrafen 13.3 tot en met 13.6.

13.3 Zorgplan en zorgplanbespreking

Zorgplanbesprekingen waren sinds 2009 ook verplicht onder de AWBZ. Toen noemde het *Besluit zorgplanbespreking AWBZ* vier (ongeveer gelijklopende) onderwerpen⁷ waarover moest worden gesproken. Daar is onder de Wlz bijgekomen ‘de wijze waarop verzekerde zijn leven wenst in te richten en de ondersteuning die verzekerde daarbij van de zorgaanbieder zal ontvangen’ (Staatsblad 2014). In de Wlz is de positie van de cliënt bij de zorgplanbespreking iets verstevigd. Zo moet de cliënt de gelegenheid krijgen om zich voor te bereiden op het gesprek en kan hij/zij eventueel vooraf een persoonlijk plan indienen. De zorgaanbieder moet hiermee rekening houden bij het opstellen van het zorgplan. Ook mag de mantelzorger aanwezig zijn bij de zorgplanbespreking, als de cliënt dat wil, en is een zorgaanbieder verplicht om een cliëntondersteuner aan te bieden om de cliënt bij te staan.

Kader 13.1 Wat zegt de Wlz over het zorgplan en de zorgplanbespreking?

Het opstellen van een zorgplan is een wettelijke verplichting voor de zorgaanbieder waaraan binnen zes weken na aanvang van de zorgverlening voldaan moet worden.⁸ Bij de begripsbepaling in de Wlz staat:

zorgplan: schriftelijk of elektronisch als zodanig vastgelegde uitkomsten van hetgeen met de verzekerde dan wel een vertegenwoordiger van de verzekerde is besproken met betrekking tot de in artikel 8.1.1 genoemde onderwerpen.⁹

Het zorgplan bevat een weergave van de afspraken tussen cliënt en zorgaanbieder over de doelen van de ondersteuning en de wijze waarop wordt geprobeerd deze te bereiken. De zorgplanbespreking is het gesprek dat over het zorgplan wordt gevoerd. In het zorgplan worden afspraken vastgelegd over:

- de doelen van de zorgverlening voor een bepaalde periode en de wijze waarop zorgaanbieder en verzekerde de gestelde doelen proberen te bereiken;
- de zorgverleners voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening, de wijze van onderlinge afstemming en wie de verzekerde op die afstemming kan aanspreken;
- de wijze waarop verzekerde zijn leven wenst in te richten en de ondersteuning die verzekerde daarbij van zorgaanbieder zal ontvangen;
- de frequentie waarmee en de omstandigheden waaronder een en ander met verzekerde zal worden geëvalueerd en geactualiseerd.¹⁰

Bron: Staatsblad (2014)

13.3.1 Ervaringen met zorgplannen in de v&v en GHZ

Hoe verloopt de invoering van de zorgplannen en zorgplanbespreking?

Medio 2016 en begin 2017 (anderhalf à twee jaar na invoering van de Wlz) hebben zorgaanbieders in de v&v en GHZ meer oog voor zorgplanbesprekingen dan voorheen. In de zorgplanbespreking zien zorgprofessionals in de v&v en GHZ steeds meer aandacht voor de cliënt, het welbevinden, zijn/haar doelen en wensen. Deze groeiende aandacht is een ontwikkeling die ook voorafgaand aan de introductie van de Wlz al plaatsvond (Gijzel et al. 2017).

Dat betekent niet dat er al overal wordt gewerkt met de zorgplanbesprekingen op de manier die de wetgever beoogt. Zo worden naast en andere familieleden wel meer betrokken bij het zorgplan, maar nog niet altijd. Ook de onderwerpen die in een zorgplan aan bod zouden moeten komen, komen niet bij alle cliënten aan bod. De zorgplanbespreking vindt niet bij alle zorgaanbieders twee keer per jaar plaats. Het gebruik van het persoonlijk plan, voorafgaand aan het zorgplan, ziet men in de praktijk weinig. Er kunnen overigens goede redenen zijn – zoals hierna beschreven – waarom het in de praktijk anders loopt (Gijzel et al. 2017).

Het merendeel van de zorgmanagers (87%) die aan het vragenlijstonderzoek van Gijzel et al. (2017) hebben deelgenomen, ziet dat er ‘veel’ of ‘heel veel’ ruimte is voor de inbreng van de eigen doelen en wensen van de cliënt bij de zorgplanbespreking. Een aantal onderwerpen komt vrijwel altijd aan bod, namelijk ‘zinnvolle daginvulling’ en ‘zeggenschap van de cliënt over de inrichting van zijn leven’. Twee derde deel van de managers ziet een verbetering van de zorgplanbespreking op hun zorglocatie sinds 1 januari 2015.

Positieve en negatieve ervaringen met de zorgplanbesprekingen

Zorgprofessionals wijzen op het bestaan van praktische problemen die belemmeren dat wettelijke verplichtingen strikt worden nagekomen. Het zorgplan is niet voor alle cliënten toegankelijk. Soms letterlijk niet omdat het zorgdossier digitaal is, soms figuurlijk omdat het taalgebruik te moeilijk is. Soms vindt de zorgprofessional het lastig of pijnlijk om met een cliënt te praten over zijn/haar behoeften, wensen en het stellen van doelen. Wanneer cliënten weinig ontwikkeling meer doormaken of onvoldoende over cognitieve vermogens en communicatieve vaardigheden beschikken, is het instrument minder geëigend. Denk daarbij aan mensen met psychogeriatrische problematiek en mensen met een ernstige verstandelijke beperking. Sommige zorgprofessionals vinden dat er meer moet worden gezocht naar andere manieren van communiceren om ervoor te zorgen dat ook deze mensen worden betrokken bij hun zorgplan. In de sector GHZ wordt volgens zorgprofessionals al wel gezocht naar andere manieren om met de cliënt in gesprek te gaan over zijn/haar wensen en doelen. Zorgprofessionals in de sector v&v noemden in de case-studies dat ze onderscheid maken tussen cliënten somatiek en cliënten psychogeriatric. De cliënten psychogeriatric worden niet uitgenodigd bij de zorgplanbespreking. In hun plaats vraagt men de mantelzorger of de wettelijk vertegenwoordiger bij dat gesprek aanwezig te zijn. Een ander praktisch probleem is de termijn waarbinnen het zorgplan opge-

steld moet zijn (zes weken na binnenkomst). Dit blijkt niet altijd haalbaar, bijvoorbeeld omdat men de cliënt en zijn/haar problematiek nog onvoldoende kent. Ook wordt de administratieve druk aangevoerd als belemmering (Gijzel et al. 2017).

Bij het merendeel van de cliënten 'leeft' het zorgplan en de bespreking ervan niet. De dagelijkse contacten met zorgprofessionals zijn voor hen veel meer van waarde. Sommige cliënten in de sector GHZ ervaren het als negatief wanneer ze niet aanwezig kunnen/mogen zijn bij de zorgplanbespreking. Er zijn ook cliënten in de gehandicaptenzorg die bij de zorgplanbesprekingen ervaren dat er naar hen wordt geluisterd (Gijzel et al. 2017).

Meerdere mantelzorgers hebben zich positief uitgelaten over het zorgplan en de frequentie waarmee dit wordt besproken. Mantelzorgers en overigens ook zorgprofessionals vinden het prettig dat het zorgplan ondersteunend is aan het gesprek met de cliënt over wat voor hem/haar belangrijk is. Negatieve ervaringen van mantelzorgers hebben te maken met het niet als zinvol ervaren van het zorgplan en de bespreking wanneer een cliënt weinig ontwikkeling meer doormaakt (Gijzel et al. 2017).

Een op de tien verpleeghuisbewoners die zelf aan een enquête kunnen meedoen, zegt niet op de hoogte te zijn van de gemaakte afspraken in het zorgleefplan. Van degenen die de afspraken wel kenden, zegt een kwart dat men nooit kan meebeslissen over welke hulp op welk tijdstip wordt gegeven (Van Campen en Verbeek-Oudijk 2017).

Wat is de betekenis van het zorgplan en de zorgplanbespreking voor de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven?

Zorgprofessionals ervaren dat de ruimere mogelijkheid voor inbreng van de cliënt zich vaak vertaalt in een positieve ontwikkeling in eigen regie en kwaliteit van leven van de cliënt. Cliënten leggen dit verband niet zo direct, hoewel sommigen de zorgplanbespreking wel zien als een moment waarop er naar hen wordt geluisterd (Gijzel et al. 2017).

13.3.2 Ervaringen met zorgplannen in de langdurige ggz

Hoe verloopt de invoering van de zorgplannen en zorgplanbespreking?

Sinds de invoering van de Wlz zijn de eisen aan de zorgplanbespreking aangescherpt. In de langdurige ggz wordt gewerkt met zorgplannen die met een bepaalde regelmaat met de cliënt worden besproken. De aandacht voor deze instrumenten en thema's houdt volgens de respondenten veel meer verband met de Herstelvisie (kader 13.2) in de langdurige ggz dan met de introductie van de Wlz. Waar mogelijk wordt ook het sociale netwerk bij de zorgplanbespreking betrokken (Lemmens et al. 2017).

Kader 13.2 Herstelvisie ggz

In de jaren negentig is er een nieuwe visie ontwikkeld op het herstel van mensen die aan een psychiatrische ziekte lijden. De Amerikaanse wetenschapper William Anthony was leidend in die nieuwe stroming; hij lanceerde in 1993 zijn Herstelvisie. In deze visie staat de cliënt in alle opzichten centraal. Hij/zij bepaalt zelf welke doelen er worden gesteld, beslist zelf mee over de behandeling, onderneemt zoveel mogelijk zelf de acties die nodig zijn om te herstellen met zijn/haar ziekte. De argumentatie voor deze benadering is even logisch als eenvoudig: een mens wordt alleen gelukkig als hij/zij naar eigen inzicht invulling kan geven aan zijn leven.

Bron: GGZ Oost-Brabant (2008)

Uit het Wlz-onderzoek in de ggz komt naar voren dat cliënten in de langdurige ggz beschikken over een vorm van een zorgplan (behandelplan, zorgplan, verpleegplan, begeleidingsplan, enz.) waarin de afspraken tussen de cliënt/vertegenwoordiger en de zorgprofessional zijn vastgelegd. Ongeveer tweemaal per jaar worden die afspraken geëvalueerd (Lemmens et al. 2017).

In deze ‘zorgplannen’ is een verschuiving waar te nemen naar plannen die meer vanuit het cliëntperspectief zijn opgesteld, die vaak positief zijn geformuleerd en met concrete (kleine) stappen. Deze ontwikkeling staat nog aan het begin, volgens de respondenten. Bovendien wordt steeds vaker geprobeerd de familie of naasten te betrekken bij het opstellen en het evalueren van het zorgplan. Zorgprofessionals zeggen graag de verschillende ‘losse’ plannen (zoals het behandelplan, verpleegplan, begeleidingsplan) te integreren (Lemmens et al. 2017).

Alle partijen (zorgprofessionals, cliënten/vertegenwoordigers en zorgmanagers) zijn over het algemeen positief over het samen opstellen van doelen en plannen. Belangrijk is om de plannen concreet te maken en deze te laten aansluiten op het tempo van de cliënt. Wanneer te vroeg te grote stappen worden gezet, kan dat averechtse gevolgen hebben voor de cliënt. Er moet goed worden doorgevraagd om boven tafel te krijgen wat belangrijk is voor een cliënt. Dit vormt nog een aandachtspunt, volgens zorgprofessionals en zorgmanagers. Er wordt bijvoorbeeld gesignaleerd dat sommige hulpverleners een cliënt al zo lang kennen dat ze niet meer vragen wat iemand belangrijk vindt, maar aannemen dit te weten. Ook tijdsdruk speelt een rol. De onderzoekers zien hier nog veel ruimte voor verbetering. Een ander aandachtspunt is het zoeken van de juiste balans tussen het informeren van de familie aan de ene kant en het respecteren van de privacy van de cliënt aan de andere kant (Lemmens et al. 2017).

De betekenis van zorgplannen voor de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven

Volgens de respondenten beogen de behandeldoelen in de zorgplannen bij te dragen aan meer regie van de cliënt en een betere kwaliteit van leven en zelfredzaamheid. De verwachtingen over de haalbaarheid daarvan lopen echter uiteen. Een zorgplan geeft wel een duidelijke richting aan de invulling van de zorg (Gijzel et al. 2017; Lemmens et al. 2017).

Begin 2018 is nog geen zicht op eventuele resultaten, zodat uitkomsten in termen van de genoemde doelen nog niet beschikbaar zijn.

13.4 Onafhankelijke cliëntondersteuning

Om de positie van de cliënt te verstevigen, heeft de wetgever het recht op (onafhankelijke) cliëntondersteuning in de wet vastgelegd. Een cliëntondersteuner is iemand die veel kennis heeft, die naast de cliënt staat, met hem/haar meedenkt en waar mogelijk ook het sociale netwerk betreft bij het zoeken naar oplossingen.

Kader 13.3 Wat zegt de Wlz over onafhankelijke cliëntondersteuning?

Het recht op onafhankelijke cliëntondersteuning is geregeld in artikel 4.2.1c. van de Wlz.

Artikel 4.2.1 De Wlz-uitvoerder heeft een zorgplicht, die inhoudt dat: [...]

- c hij ervoor zorgt dat voor de verzekerde cliëntondersteuning beschikbaar is waarop de verzekerde, al dan niet met behulp van zijn vertegenwoordiger of mantelzorger, een beroep kan doen.

Artikel 8.1.1 lid 7: 'De Wlz-uitvoerder en de zorgaanbieder wijzen de verzekerde, zijn vertegenwoordiger en zijn mantelzorger voorafgaand aan de bespreking, bedoeld in het eerste en zesde lid, op de mogelijkheid voor de verzekerde om gebruik te maken van cliëntondersteuning.'

De omschrijving in de wet (artikel 1.1.1) luidt: 'cliëntondersteuning: onafhankelijke ondersteuning met informatie, advies, algemene ondersteuning en zorgbemiddeling die bijdraagt aan het tot gelding brengen van het recht op zorg in samenhang met dienstverlening op andere gebieden.'

Bron: Staatsblad (2014)

13.4.1 Ervaringen met cliëntondersteuning in de sectoren v&v en GHZ

Hoe verloopt de invoering van onafhankelijke cliëntondersteuning?

In de v&v en GHZ zijn de term en functie van onafhankelijke cliëntondersteuning bij het merendeel van de zorgprofessionals, cliënten en mantelzorgers in dit onderzoek (Gijzel et al. 2017) niet of nauwelijks bekend. Zorgmanagers waren hiermee vaak wel bekend. Dit gold voor 85% van de zorgmanagers in de sector GHZ en voor 74% in de v&v. Toch gaf slechts iets meer dan de helft aan dat er incidenteel (46%) dan wel geregeld (7%) gebruik van werd gemaakt binnen hun zorglocatie. Van de managers bij wie cliënten binnen hun zorglocatie wel van onafhankelijke cliëntondersteuning gebruikmaakten, zei de helft dat cliënten hierover in gesprekken worden geïnformeerd. Ook worden cliënten geïnformeerd via de website van de aanbieders of drukwerk zoals folders. Een op de vijf zorgmanagers zei dat cliënten en cliëntvertegenwoordigers hierover niet actief worden geïnformeerd.

Voorts blijkt uit het onderzoek dat de bekendheid van cliëntondersteuning in de sector GHZ groter is dan in de v&v. Ook is de bekendheid groter bij de zorg buiten de instelling dan bij de zorg binnen de instelling. Mensen met een handicap, onder wie jongeren die thuis wonen, ontvangen immers vaak al begeleiding bij het leren omgaan met hun beperking door een organisatie zoals MEE.¹¹ Daarom is MEE in de gehandicaptensector als ondersteunende dienst voor de cliënt wel bekend (Gijzel et al. 2017).

Andere vormen van cliëntondersteuning

Sommige zorgprofessionals zien zichzelf als cliëntondersteuner of denken daarbij aan de ouders van een cliënt. Een aantal cliënten in de gehandicaptenzorg denkt bij de term in eerste instantie aan hun begeleider. Zorgaanbieders voorzien zelf ook in manieren om cliënten te ondersteunen overeenkomstig de taken van de onafhankelijk cliëntondersteuners. Ze denken dan aan het bemiddelen naar zorg, de mentor die ondersteunt bij de zorgplanbespreking of de cliëntvertrouwenspersoon die optreedt in conflictsituaties. Dat deze diensten niet onafhankelijk zijn, levert volgens het merendeel van de zorgprofessionals geen problemen op voor de cliënt. Ze plaatsen zelfs een kanttekening bij de inzetbaarheid van een onafhankelijk cliëntondersteuner; dit vanwege het ontbreken van een vertrouwensband met de cliënt (Gijzel et al. 2017).

Ervaringen van cliënten en mantelzorgers

Slechts weinig cliënten en mantelzorgers zijn bekend met onafhankelijke cliëntondersteuning (zoals MEE en Zorgbelang) of hebben daar persoonlijk ervaringen mee. Zij zeiden daar wisselende ervaringen mee te hebben. Uit enkele citaten van mantelzorgers uit de sector vg bleek bijvoorbeeld dat de een veel steun heeft ervaren van de cliëntondersteuner en de ander daarin teleurgesteld is, omdat hij/zij meteen werd doorverwezen. In de v&v-sector zei een enkele mantelzorger de onafhankelijke cliëntondersteuning te ervaren als (te) tijdrovend en een ongewenste extra schakel. Omdat dit instrument grotendeels onbekend is en er daarom ook schaarse ervaringen mee zijn, kon het onderzoek niet aangeven of dit instrument bijdraagt aan de kwaliteit van leven en de ervaren regie (Gijzel et al. 2017).

13.4.2 Ervaringen met cliëntondersteuning in de ggz

Cliëntondersteuning is nauwelijks bekend in de langdurige ggz. De behoefte hieraan is in de praktijk beperkt en bij cliënten wisselend (Lemmens et al. 2017). Zorgprofessionals en zorgmanagers zetten vraagtekens bij deze behoefte vanwege de beschikbaarheid van alternatieven, zoals de patiëntvertrouwenspersoon en de ervaringsdeskundige. Als een cliënt een sociaal netwerk heeft en mondig en wilsbekwaam genoeg is om aan te geven wat hij/zij wil, dan is er ook minder behoefte aan onafhankelijke cliëntondersteuning. Cliëntondersteuning kan maar beperkt worden ingezet bij het kiezen van een zorgaanbieder. Doorgaans zijn cliënten gebonden aan de enige ggz-aanbieder in de regio.

Er heerst een wisselend beeld over de bijdrage van onafhankelijke cliëntondersteuning aan de eigen regie van cliënten. Sommige zorgprofessionals merken op dat cliëntondersteuning niet altijd als ondersteuning wordt ervaren door de cliënt. Zij vermoeden dat het soms juist leidt tot angst voor verlies van eigen regie bij de cliënt. Zorgmanagers zien wel een toegevoegde waarde voor de eigen regie van de cliënt. Zij wijzen erop dat onafhankelijke cliëntondersteuning de cliënt helpt om onafhankelijk van de behandelaren keuzes te maken over de zorg die hij/zij graag wil ontvangen. Daarnaast kan een onafhankelijke cliëntondersteuner onderwerpen aan het licht brengen die zorgprofessionals over het hoofd hebben gezien (Lemmens et al. 2017).

Over de bijdrage van onafhankelijke cliëntondersteuning aan de kwaliteit van leven is nog weinig te zeggen, omdat het instrument vrijwel niet wordt ingezet.

13.5 Het betrekken van mantelzorgers

In de Wlz wordt op meerdere plaatsen genoemd dat mantelzorgers betrokken kunnen worden bij de zorgverlening.¹² Uitgebreider hierover is de Memorie van Toelichting bij de Wlz. Hierin wordt het belang van mantelzorg als volgt verwoord:

Mantelzorgers leveren hiermee naast een belangrijke maatschappelijke bijdrage ook een belangrijke bijdrage aan het welzijn van de cliënt. De regering wil dit bevorderen. De oplossing van de houdbaarheidsproblemen in de langdurige zorg ligt volgens de regering onder andere in het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden van de burger en zijn sociale omgeving. Dit houdt niet op als een cliënt zorg op grond van de Wlz ontvangt. De regering ziet de nieuwe Wmo en de Wlz daarin als een continuüm. Ook vanuit het oogpunt van welzijn van de cliënt is – zowel in de Wmo als in de Wlz – het van belang dat het sociale netwerk wordt betrokken. Mantelzorgers zullen immers vaak jaren voor hun naasten gezorgd hebben voordat deze in aanmerking komen voor een Wlz-indicatie. (TK 2013/2014a: 52)

Daarnaast wordt in de MvT het belang van mantelzorg bij het verlenen van Wlz-zorg benadrukt. Daarvoor is geregeld dat er:

in het zorgplan en tijdens de zorgplanbespreking aandacht wordt besteed aan de betrokkenheid van mantelzorgers. Tevens is geregeld dat bij algemene maatregel van bestuur regels kunnen worden gesteld over de wijze waarop mantelzorgers en vrijwilligers daadwerkelijk bij de zorgverlening betrokken kunnen worden. (TK 2013/2014a: 53)

In dit hoofdstuk worden de termen ‘sociaal netwerk’ en ‘mantelzorg’ door elkaar gebruikt. Het sociale netwerk is een breder begrip, omdat er ook netwerkleden kunnen zijn die geen mantelzorg verlenen. In de Wlz wordt vooral gesproken over ‘mantelzorg’. Mantelzorg is in dit rapport breed opgevat; emotionele ondersteuning of niet-intensieve zorg en ondersteuning worden hier bijvoorbeeld ook onder gerekend.

13.5.1 Ervaringen met het nauwer betrekken van het sociale netwerk in de sectoren v&v en GHZ

Hoe betrekken zorgaanbieders het netwerk?

Zorgaanbieders doen meer moeite om het sociale netwerk bij de zorg te betrekken dan voorheen, aldus zorgprofessionals, mantelzorgers en cliënten. Ook deze ontwikkeling is volgens hen ruim voor de invoering van de Wlz ingezet. Het beter en vaker betrekken van het sociale netwerk is nog niet bij alle zorgaanbieders gerealiseerd. Zorgaanbieders verwachten wel een grotere rol van het sociale netwerk, maar zorgprofessionals vinden dat soms moeilijk uit te leggen aan cliënten en hun sociale netwerk, zeker wanneer een cliënt al lang in zorg is bij een instelling (Gijzel et al. 2017).

Zorgaanbieders zetten verschillende manieren in om het sociale netwerk te betrekken en betrokken te houden:

- bij het intakegesprek of de zorgplanbespreking om taken en verwachtingen goed af te stemmen;
- door het sociale netwerk inzage te geven in rapportages en hen de mogelijkheid te geven deze zelf aan te vullen;
- door gebruik van verschillende communicatiemiddelen zoals internetpagina's, Facebook, apps;¹³
- door familie-evenementen en activiteiten te organiseren om het sociale netwerk te bedanken (Gijzel et al. 2017).

Taken die leden van het sociale netwerk kunnen vervullen, zijn bijvoorbeeld begeleiding bij artsbezoeken, uitstapjes, dagbesteding, of helpen bij het eten of bij persoonlijke verzorging (Gijzel et al. 2017; Verbeek-Oudijk en Van Campen 2017). Professionals ervaren vaak dat ze onvoldoende tijd hebben voor welzijnstaken en daarvoor steeds meer een beroep doen op het sociale netwerk. In de sector v&v betrekken zorgaanbieders leden van het sociale netwerk ook bij de persoonlijke verzorging (Gijzel et al. 2017).

Ongeveer een kwart van de mantelzorgers die iemand in een instelling helpen, is bij de opname gevraagd of ze iets willen bijdragen aan de zorg. Dit is tussen 2014 en 2016 niet veranderd (Plaisier 2017). Een aantal mantelzorgers zegt dat ze het lastig vinden om zorgtaken over te nemen, vooral als het om persoonlijke verzorging van een ouder gaat.

Sociaal netwerk niet altijd aanwezig of inzetbaar

Zorgprofessionals ervaren in de praktijk dat het soms lastig is om het sociale netwerk bij de zorg te betrekken. Dat is bijvoorbeeld het geval als de cliënt geen sociaal netwerk heeft of als leden van het sociale netwerk fysiek en/of cognitief niet in staat zijn om betrokken te worden. Soms is de afstand tussen de cliënt en zijn/haar sociale netwerk te groot, of hebben leden van het netwerk het erg druk. Zorgprofessionals vinden het niet altijd vanzelfsprekend of wenselijk om het sociale netwerk bij de zorg en ondersteuning van een cliënt te betrekken. Zo is de familierelatie niet altijd evenwichtig en kan het sociale netwerk ook juist een negatieve invloed hebben op de cliënt (Gijzel et al. 2017).

Op dit vlak doen zich wel verschillen voor tussen de sectoren v&v en de GHZ. Zo lijkt de reisafstand naar de GHZ-zorglocatie voor het sociale netwerk groter te zijn dan voor de sector v&v. Verder verschilt de samenstelling van het sociale netwerk van cliënten in de GHZ of in de v&v. In de gehandicaptenzorg zijn het vooral ouders die ondersteuning geven aan hun kinderen en dat vaak gedurende een lange periode. Broers en zussen nemen die ondersteuning niet altijd over na het overlijden van hun ouders (Gijzel et al. 2017). In de v&v nemen vooral de kinderen deze zorg op zich (Verbeek-Oudijk en Van Campen 2017).

Betrokkenheid van het sociale netwerk

Afgaande op de zorgmanagers is de familieparticipatie in de sector v&v wat groter dan in de GHZ. Ruim zeven op de tien zorgmanagers in de v&v sector constateerde dat de betrokkenheid van het sociale netwerk een beetje of sterk verbeterd is; bij de managers in de GHZ-sector was dat bijna zes op de tien (Gijzel et al. 2017).

Volgens zorgmanagers in beide zorgsectoren is het sociale netwerk (peildatum tweede helft 2016) gemiddeld bij ongeveer de helft van de cliënten geregeld betrokken, bij circa een derde bij alle of veel cliënten betrokken en bij ongeveer een zesde niet of bijna niet betrokken.¹⁴ Ook bemerken zorgmanagers de weerstand of moeite die het sociale netwerk soms laat blijken wanneer wordt gesproken over een ‘gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de zorg van de cliënt en hun rol daarin’. Mantelzorgers hebben voorafgaand aan de opname doorgaans lang en intensief voor hun partner, ouder of kind gezorgd en zijn vaak toe aan een rustperiode. Het is dan ook te begrijpen dat ze niet direct enthousiast reageren als ze te horen krijgen dat hun zorgtaken, ook na opname in een zorginstelling, doorgaan (Gijzel et al. 2017).

Voorafgaand aan de opname in de sector v&v zien (heel) veel overbelasting van het sociale netwerk voorafgaand aan de Wlz-indicatie. Dat vermindert aanzienlijk wanneer de cliënt Wlz-zorg ontvangt. Toch ziet een aanzienlijk deel van de managers dat de overbelasting gedurende de Wlz-zorg sinds 1 januari 2015 is toegenomen (Gijzel et al. 2017).¹⁵

De betekenis van het meer en beter betrekken van het sociale netwerk voor eigen regie, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven

Zorgprofessionals wijzen op het belang van het sociale netwerk voor de kwaliteit van leven van de cliënt. Cliënten en zorgprofessionals zien verschillende kanten aan een sterk betrokken netwerk. Zo kan het sociale netwerk een waardevolle bijdrage leveren aan ondersteuning waarvoor zorgprofessionals minder tijd hebben, zoals persoonlijke aandacht en extraatjes in het leven van cliënten. Dit komt hun kwaliteit van leven ten goede (Gijzel et al. 2017). De inzet van het sociale netwerk heeft echter niet alleen maar voordelen, aldus zorgprofessionals. Het sociale netwerk kan de zelfredzaamheid van cliënt ondersteunen en helpen bij het maken van keuzes. Maar er bestaat ook het risico dat het sociale netwerk de keuzes voor de cliënt maakt en daarmee afbreuk doet aan het streven naar meer zelfredzaamheid en regie voor de cliënt. Dit komt doordat naast gewend zijn dingen over te nemen van de cliënt, zo ervaren zowel een aantal cliënten als zorgprofessionals, voornamelijk uit de sector GHZ (Gijzel et al. 2017).

13.5.2 Ervaringen met het nauwer betrekken van het sociale netwerk in de ggz

Er wordt werk gemaakt van het betrekken van het sociale netwerk bij de langdurige ggz, maar de respondenten merken dat dit niet gemakkelijk is. Organisaties zijn vaak nog zoekende hoe ze het netwerk bij de zorg kunnen betrekken. Vaak is er sprake van een beperkt sociaal netwerk door bijvoorbeeld gebrekkige familiecontacten, of het sociale netwerk is beperkt inzetbaar door overbelasting of andere praktische belemmeringen (Lemmens et al. 2017).

Zorgaanbieders proberen op verschillende manieren de betrokkenheid van (mogelijke) informele helpers te faciliteren. Er wordt bijvoorbeeld gebruikgemaakt van een familie-ambassadeur, een familie-ervaringsdeskundige of een familievertrouwenspersoon als soorten van ondersteuning die specifiek zijn gericht op het welzijn van de familieleden en het bieden van ondersteuning aan hen (Lemmens et al. 2017).

Een voordeel van een betrokken sociaal netwerk is dat cliënten contact houden met ‘de buitenwereld’ en dat zorg meer op maat wordt vormgegeven, bijvoorbeeld omdat er meer bekend is over de achtergrond en de geschiedenis van de betreffende cliënt. Tot slot kan inzet van het sociale netwerk de kans op succes van een behandeling of interventie vergroten (Lemmens et al. 2017).

13.6 Het betrekken van vrijwilligers

De rijksoverheid hecht groot belang aan (de inbreng, positie en ondersteuning van) mantelzorgers en vrijwilligers (TK 2012/2013). Ook in de Wlz wordt aandacht besteed aan de manier waarop mantelzorgers en vrijwilligers een rol kunnen spelen. De Wlz stelt in artikel 4.2.2 dat de Wlz-uitvoerder (het zorgkantoor) in de schriftelijke overeenkomsten die ze sluit met zorgaanbieders onder meer bepalingen moet opnemen over de wijze waarop vrijwilligers bij de zorgverlening worden betrokken (Staatsblad 2014).¹⁶

13.6.1 Ervaringen met het betrekken van vrijwilligers in de sectoren v&v en GHZ

Veranderingen in de inzet van vrijwilligers in de Wlz

Zorgprofessionals binnen de sectoren GHZ en v&v ervaren sinds de komst van de Wlz over het algemeen dat er meer aandacht is voor het betrekken van vrijwilligers, al is het lastig om aan te geven in hoeverre dit echt met de Wlz samenhangt. Vrijwilligers spelen immers al heel lang een rol in de zorg (Gijzel et al. 2017). Ongeveer een kwart van de managers van een Wlz-zorginstelling in het onderzoek gaf aan te ervaren dat de invoering van de Wlz het betrekken van vrijwilligers (sterker) onder de aandacht heeft gebracht.

Ruim een derde deel van de managers ziet sinds 1 januari 2017 een lichte toename van het aantal vrijwilligers dat betrokken is. De toename in het aantal vrijwilligers is klein, omdat het in de praktijk lastig is om vrijwilligers te vinden. Slechts 34% van de bevroegde zorgmanagers in de GHZ en 40% in de v&v zei dat het op hun locatie lukt om voldoende vrijwilligers te werven. Of voldoende vrijwilligers kunnen worden gevonden, is erg afhanke-

lijk van de regio, de zorgaanbieder en de doelgroep. Zeker in de GHZ, waar cliënten soms ernstige somatische en gedragsproblematiek vertonen, wordt het als lastig ervaren om vrijwilligers te werven (Gijzel et al. 2017).

Zorgmanagers in het onderzoek van Gijzel et al. (2017) rapporteerden dat vrijwilligers vooral worden ingezet voor dagbesteding en uitstapjes, maar ook bij klusjes en tuinonderhoud. Ze worden maar weinig (8%) betrokken bij persoonlijke verzorging.

De aard van de inzet van vrijwilligers verschilt tussen de beide zorgsectoren en ook tussen intramurale en extramurale zorglocaties. In de v&v en bij de zorglocaties die intramurale zorg bieden, worden vrijwilligers vooral ingezet voor dagbesteding en bij dagelijkse activiteiten van de cliënt. In de GHZ zet men de vrijwilligers vaker in voor een-op-eenactiviteiten met een cliënt. Dat laatste maakt het vinden van vrijwilligers lastiger, omdat er een goede match moet zijn tussen cliënt en vrijwilliger en omdat de vrijwilliger bereid moet zijn om te investeren in de relatie met deze cliënt. Soms is bepaalde expertise nodig om met cliënten specifieke activiteiten te ondernemen. Vrijwilligers die daarover beschikken, zijn moeilijk te vinden. Zorgprofessionals wijzen erop dat de Wlz kan leiden tot een toenemende zorgzwaarte van cliënten en dat dit meer vraagt van vrijwilligers. Een andere reden waarom het lastig is vrijwilligers te vinden, is de grote en langdurige betrokkenheid die van de vrijwilliger wordt gevraagd. Soms vragen zorgaanbieders vrijwilligers een contract te tekenen of testen ze hen op enkele vaardigheden. Ook vragen ze vaker een Verklaring Omtrent Gedrag. Dit kan voor vrijwilligers een drempel vormen (Gijzel et al. 2017).

Takenpakket

Zorgprofessionals benoemden dat ze de afgelopen jaren steeds minder tijd hebben om bepaalde welzijnstaken en activiteiten te doen. Door hiervoor meer vrijwilligers in te zetten, kunnen de professionals zich meer concentreren op de zorgtaken (Gijzel et al. 2017). Dit beeld wordt bevestigd door ander onderzoek waarin bijna de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden zei onvoldoende tijd te hebben om een zinvolle dagbesteding te realiseren. Zij beoordeelden de kwaliteit van de dagbesteding als matig tot slecht (Verkaik et al. 2017).

Professionals vinden het soms jammer dat de leuke activiteiten (zoals uitjes) steeds meer door vrijwilligers worden uitgevoerd en dat zijzelf vooral met zorgtaken bezig zijn. Slechts 18% van de managers herkent de verschuiving van taken van de zorgprofessional naar de vrijwilliger (Gijzel et al. 2017).

De taakverdeling tussen vrijwilligers en zorgprofessionals kent in de praktijk een grijs gebied. Hoewel zorgtaken nog steeds voornamelijk door zorgprofessionals worden uitgevoerd, bleek vooral binnen de sector v&v dat (volgens zorgprofessionals) vrijwilligers soms taken op zich nemen die eigenlijk niet door vrijwilligers mogen worden uitgevoerd.¹⁷ Dit gebeurt bijvoorbeeld vanwege tijdsdruk. Het gaat dan bijvoorbeeld om ondersteuning bij toiletbezoek of medicatie uitdelen. Vrijwilligers zeggen zich verantwoordelijk te voelen en ervaren druk van de afdeling (Gijzel et al. 2017). Ook uit onderzoek onder vrijwilligers in de zorg en ondersteuning zegt een (klein) deel van de respondenten dat ze taken doen die eigenlijk professionals zouden moeten doen (Schyns 2017).

De steeds grotere inzet van vrijwilligers bij steeds meer taken benadrukt het belang van opleidings- en trainingsmogelijkheden voor vrijwilligers. Zorgaanbieders proberen hieraan tegemoet te komen door te werken met vrijwilligerscoördinatoren en aanspreekpunten, en door beter te kijken welke taken en activiteiten bij de vrijwilliger passen (Gijzel et al. 2017).

Samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers

Volgens zowel zorgprofessionals als vrijwilligers loopt de wederzijdse afstemming goed, maar kan die op een aantal vlakken ook beter (Gijzel et al. 2017). Volgens vrijwilligers en zorgprofessionals is het essentieel om goed af te stemmen wat een vrijwilliger wil en verwacht, en dit ook vast te leggen.

Vrijwilligers in de focusgroepen vonden het fijn om wat informatie over de cliënt te ontvangen, om zodoende de situatie van de cliënt beter te kennen. Draaiboekjes bijvoorbeeld of een overzicht met daarin beschreven wat te doen bij bepaald gedrag van een cliënt, kunnen een hulpmiddel zijn. Ook helpt het om de achtergrond van de cliënt te kennen, zodat er beter een band met de cliënt kan worden opgebouwd. Deze vrijwilligers ervaren dat de communicatie tussen zorgprofessional en vrijwilliger beter kan. Ze hebben bijvoorbeeld behoefte aan een aanspreekpunt waar de vrijwilliger met vragen terecht kan voor zowel algemene zaken als specifieke vragen over cliënten. De zorgprofessional moet, zo zeggen vrijwilligers, zichtbaar zijn op een afdeling en kunnen worden gevonden door vrijwilligers (Gijzel et al. 2017).

Ook zorgprofessionals uit de focusgroepen gaven enkele lastige punten aan bij de afstemming met vrijwilligers. Ze vinden het bijvoorbeeld moeilijk om in te schatten hoe ze een vrijwilliger juist moeten aanspreken en aansturen. Daarnaast is de positie van de vrijwilliger in het team niet altijd duidelijk. Zorgprofessionals stellen zichzelf de vraag: wat verwacht je van een vrijwilliger en hoeveel energie besteed je eraan? Het ondersteunen van vrijwilligers betekent ook extra werk voor professionals (Gijzel et al. 2017). Daarnaast is het niet ondenkbaar dat professionals het gevoel hebben dat vrijwilligers een bedreiging kunnen zijn voor hun positie op de arbeidsmarkt als steeds meer taken door vrijwilligers worden gedaan (De Klerk et al. 2014).

De betekenis van vrijwilligers voor redzaamheid, regie en kwaliteit van leven

De meerwaarde van vrijwilligers wordt breed erkend. Cliënten die een vrijwilliger hebben, zijn in hoge mate positief over de betrokkenheid en de ondersteuning die zij bieden. Vrijwilligers zelf zeggen te herkennen dat ze bijdragen aan het welzijn van de cliënt. De keerzijde hiervan is dat zonder vrijwilligers het risico bestaat dat 'leuke activiteiten' niet kunnen bestaan, omdat zorgprofessionals onvoldoende tijd hebben om deze activiteiten te begeleiden. Vrijwilligers zijn dan ook niet alleen een aanvulling, maar lijken in sommige gevallen een randvoorwaarde te zijn geworden voor de kwaliteit van leven van cliënten in de Wlz. Voor zorgaanbieders is het misschien niet gewenst in grote mate afhankelijk te worden van de inzet van het sociale netwerk en vrijwilligers bij het leveren van zorg en ondersteuning aan de cliënt. Wanneer door bijvoorbeeld vergrijzing het aantal vrij-

willigers en mantelzorgers afneemt, moeten zorgaanbieders nog wel de benodigde zorg en ondersteuning kunnen bieden aan de cliënt (Gijzel et al. 2017).

13.6.2 Ervaringen met het betrekken van vrijwilligers in de ggz

Vrijwilligers werven

Uit eerder onderzoek is bekend dat het werven van vrijwilligers voor de ggz lastiger is dan voor andere sectoren (Wittenberg et al. 2012). In het onderzoek naar de uitvoering van de Wlz in de ggz kwam ook naar voren dat het werven en behouden van vrijwilligers bij de langdurige ggz-doelgroep complex is. Het wordt als lastig ervaren, omdat cliënten in de langdurige ggz complexe problematiek hebben, relatief onbekend zijn binnen de maatschappij en niet vaak dankbaarheid tonen. Hierdoor haken vrijwilligers, die met veel moeite worden geworven, snel weer af. Het werven van vrijwilligers is niet moeilijker of gemakkelijker geworden door de introductie van de Wlz, aldus de zorgprofessionals en zorgmanagers in deze sector (Lemmens et al. 2017). De inzet van ervaringsdeskundigen als vrijwilliger is een bekende strategie in de ggz-sector. Ervaringsdeskundigen dragen bij aan de kwaliteit van zorg, omdat zij het cliëntperspectief inbrengen en als voorbeeld kunnen dienen voor cliënten (Van Eijkelen 2016).

Takenpakket

Er zijn verschillende taken die vrijwilligers kunnen vervullen. Sommigen zijn bijvoorbeeld betrokken bij activiteitenbegeleiding, anderen hebben een rol als maatje, en soms hebben ze een meer algemene rol. Vrijwilligers hebben vaak geen vast omlijnd takenpakket, waardoor ze soms niet goed weten welke dingen ze wel en welke dingen ze niet worden geacht te doen. Zorgmanagers zeggen wel te investeren in de voorbereiding van de vrijwilliger en in overleg over zijn/haar takenpakket. Zowel vrijwilligers als professionals hebben de indruk dat vrijwilligers taken van professionals overnemen, omdat professionals niet aan bepaalde taken toekomen. Beiden ervaren dit als onwenselijk (Lemmens et al. 2017).

Samenwerking

Over en weer bestaat de wens tot meer samenwerking tussen ggz-professionals en vrijwilligers. In de praktijk loopt dit nog niet altijd goed. Vrijwilligers ervaren dit als een gemis. In de huidige samenwerking zien zowel vrijwilligers als zorgprofessionals een verschuiving van taken van professionals richting vrijwilligers. Dit wordt door beide partijen niet als gewenst ervaren. Een ander knelpunt is de balans tussen privacy van de cliënt en het verstrekken van voldoende informatie, die vrijwilligers nodig hebben om de benodigde hulp te bieden (Lemmens et al. 2017).

De betekenis van vrijwilligers voor redzaamheid, regie en kwaliteit van leven

Ook vrijwilligers dragen bij aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Ze hebben geen hiërarchische relatie met een cliënt en kunnen daardoor op een andere manier contact

maken. Ze kunnen bijvoorbeeld een cliënt kalmeren en hem/haar uit een sociaal isolement halen of activeren bepaalde bezigheden op te pakken. Dit draagt bij aan de kwaliteit van leven van cliënten (Lemmens et al. 2017).

13.7 Kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven

Belangrijke doelen van de Wlz zijn het vergroten van de redzaamheid en eigen regie, en het verbeteren van de kwaliteit van leven van cliënten. Zoals eerder opgemerkt is het heel moeilijk om vast te stellen of de ingezette instrumenten van de Wlz de beoogde effecten hebben voor de cliënten. Er spelen namelijk veel ontwikkelingen tegelijkertijd. Het onderzoek naar de uitvoeringspraktijk van de Wlz vond ongeveer anderhalf jaar na invoering van de Wlz plaats. Dat is vrij kort voor een ingrijpende hervorming waarbij veel partijen betrokken zijn. Anderzijds zeggen meerdere respondenten dat bepaalde veranderingen al langer geleden in gang zijn gezet en niet zozeer met de Wlz te maken hebben. Het ingezette rijksbeleid sluit wat dat betreft goed aan op de veranderende praktijk in de langdurige zorg (Gijzel et al. 2017; Lemmens et al. 2017).

Een belangrijk methodologisch aspect aan deze vraag is de meetbaarheid van de begrippen 'redzaamheid' en 'eigen regie'. Dat zijn niet eenvoudig te meten begrippen. De groep mensen waarbij dat gemeten moet worden, is zeer kwetsbaar. Hun aandoeningen en beperkingen, op het cognitieve en communicatieve vlak, bemoeilijken het onderzoek bij de bron. Voor een deel wordt de informatie hierover verkregen via de naasten en/of mantelzorgers, en via de zorgprofessionals. Hierna gaan we ondanks deze beperkingen aan het onderzoek na of de instrumenten volgens de cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals bijdragen aan een betere kwaliteit van leven.

13.7.1 Ervaringen in de sectoren v&v en GHZ

In de afgelopen jaren wordt er steeds vaker aandacht besteed aan de wensen van de cliënt, zo merken zorgprofessionals in de beide zorgsectoren op. Vooral GHZ-clieënten ervaren dat wanneer ze de ruimte krijgen om zelf activiteiten te ondernemen, ze hiermee hun zelfredzaamheid ontwikkelen. Soms is het nog lastig om invulling te geven aan eigen regie en tegelijkertijd rekening te houden met de veiligheid van de cliënt. Zorgprofessionals ervaren een spanningsveld tussen enerzijds de wil om de regie bij de cliënt te leggen en anderzijds het risico op onveilige zorg. Mantelzorgers en zorgprofessionals plaatsen verder de kanttekening dat – afhankelijk van bijvoorbeeld cognitieve en fysieke vaardigheden – niet alle cliënten op eenzelfde manier eigen regie kunnen voeren. Maatwerk is hierbij belangrijk. Zorgprofessionals zien binnen hun organisatie meer aandacht voor het leveren van maatwerk, maar merken op dat deze tendens al voor de komst van de Wlz is ingezet. Zorgprofessionals zien maatwerk in de praktijk vooral in het luisteren naar – en waar mogelijk invullen van – de wensen van de cliënt. Zorgprofessionals vinden het een uitdaging om echt maatwerk te bieden, voornamelijk in de GHZ, omdat tijd en middelen eindig zijn en vastomlijnd binnen zorgpakketten (Gijzel et al. 2017).

Kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg in verpleeghuizen

Uit onderzoek naar de ervaren kwaliteit van leven (bij verpleeghuisbewoners die zelf in staat waren om te antwoorden) bleken zes op de tien bewoners zich (erg) gelukkig te voelen en een op de tien (zeer) ongelukkig. Twee op de drie mensen gaven hun leven een rapportcijfer 7 of een 8. Negen van de tien bevroagde bewoners waren tevreden met hun activiteiten, al zei 36% wel vaker naar buiten te willen gaan. Ongeveer de helft van de ondervraagde bewoners voelde zich eenzaam. Onder 75-84-jarigen was er meer eenzaamheid in verpleeghuizen dan bij de zelfstandig wonende bevolking (55% versus 50%), bij 85-plussers juist niet (51% versus 59%). Ook voelde de meerderheid zich ongezond. Een derde deel tot de helft van de verpleeghuisbewoners had weinig zin meer in het leven, afgaande op de wijze van reageren op vier stellingen. Zo zei de helft weinig doelen te hebben om voor te leven.¹⁸ Samenvattend kan men stellen dat de bevroagde bewoners redelijk tevreden zijn met hun leven en hun sociale activiteiten. Dit klinkt tegenstrijdig, maar ouderen zullen een aantal zaken gegeven de fase in hun leven erbij vinden horen (Van Campen en Verbeek-Oudijk 2017).¹⁹

De kwaliteit van leven hangt onder meer samen met de ervaren regie, de ervaren privacy en de tevredenheid met het gebouw waarin de instelling is gevestigd (Van Campen en Verbeek-Oudijk 2017). Op de vraag of mensen iets missen in hun huis zei 83% 'nee'. Terugkerende thema's bij degenen die wel iets missen, zijn zingeving en saamhorigheid. Bewoners missen gesprekken met gelijkgestemden en men mist persoonlijk contact. Meerdere bewoners vertellen dat ze graag een praatje maken met het personeel, maar dat het personeel daar geen tijd meer voor heeft. De sfeer ontbreekt, omdat het personeel gehaast is en geen tijd heeft voor persoonlijke aandacht. Bewoners missen hun culturele activiteiten van vroeger. Sommige bewoners willen meer en/of andere activiteiten. Ook voor de kamer en het gebouw hebben bewoners suggesties gegeven, zoals een aparte slaapkamer, een balkon, verwarming in de badkamer, een logeergelegenheid in het gebouw, een koffiecorner of een barretje, een stiltecentrum en een opbaarkamer. Kortom: normale zaken die bij het alledaagse leven horen van mensen die buiten een instelling wonen (Van Campen en Verbeek-Oudijk 2017).

13.7.2 Ervaringen in de ggz

In de Wlz staan kwaliteit van leven en regie naar vermogen voorop. Zorgprofessionals en zorgmanagers ervaren steeds meer aandacht voor deze onderwerpen binnen de langdurige ggz, maar zeggen dat dit niet samenhangt met de invoering van de Wlz. Zij zien de focus op deze doelen als een resultaat van de beweging richting herstelondersteunende zorg in de langdurige ggz.

Cliënten vinden het prettig dat zorgprofessionals aandacht hebben voor eigen regie. Ze hebben volgens de professionals wel tijd nodig om mentaal te wennen aan de toenemende ruimte daarin, omdat ze vaak gehospitaliseerd zijn. Hierdoor zijn ze het vermogen kwijtgeraakt om aan te geven wat ze willen en waar ze naartoe willen werken (Lemmens et al. 2017).

Kwaliteit van leven van cliënten in de langdurige ggz lijkt te verbeteren bij meer zelfredzaamheid. Doordat cliënten actiever deelnemen aan en verbinding maken met de maatschappij, groeit hun zelfvertrouwen en gevoel van eigenwaarde (Lemmens et al. 2017). Dit komt ook naar voren uit het literatuuronderzoek naar de langdurige ggz. Herstel is nauw verbonden met sociale inclusie en mogelijkheden om zinvolle sociale rollen in de gewone samenleving te vervullen (Tielens 2013). Meer zelfredzaamheid kan variëren van zelfstandig koken tot zelfstandig wonen.

Zorgprofessionals ervaren een spanningsveld tussen eigen regie, het (on)vermogen van de cliënt tot zelfredzaamheid en kwaliteit van leven. Ze benadrukken dat het voor deze doelgroep van belang is om kleine stappen te nemen in de ontwikkeling naar meer zelfredzaamheid. Te grote stappen vergroten de kans op terugval, met een afname van de kwaliteit van leven als gevolg. Goede afstemming tussen professionals en cliënten en maatwerk zijn nodig om de juiste stappen en het juiste tempo te bepalen. Sommige cliënten hebben het vermogen tot zelfredzaamheid, maar willen dit zelf niet. Andere cliënten willen graag meer zelfredzaamheid, maar zijn hiertoe nog niet voldoende in staat. Cliënten zeiden dat zorgprofessionals aandacht hebben voor eigen regie en ervaren dit als prettig. Professionals zien echter ook dat de cliënten, die vaak langdurig gehospitaliseerd zijn, tijd nodig hebben om te wennen aan de toenemende ruimte voor eigen regie (Lemmens et al. 2017).

13.7.3 Overige thema's

Bevindingen van zorgprofessionals in de sectoren v&v en GHZ

Zorgprofessionals zeggen veel te merken van de veranderingen rondom de Wlz-indicatiestelling. De toegekende indicaties zijn in hun beleving krappere geworden. Een cliënt met een bepaalde zorgbehoefte krijgt nu een lichter zorgzwaartepakket dan voorheen het geval was. Zorgvragers krijgen in een later stadium een Wlz-indicatie doordat ze langer thuis blijven wonen. Indicaties die verstrekt worden zijn 'levenslang'. Deze twee signalen betekenen in de ogen van een aantal zorgprofessionals dat ze minder tijd (sommigen zeggen 'onvoldoende ruimte') hebben om de benodigde zorg te leveren. Anderen wijzen erop dat ze zelf nog onvoldoende de omslag hebben gemaakt van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat' (Gijzel et al. 2017).

Zorgprofessionals signaleren dat er minder activiteiten in de welzijns- en dagbestedings sfeer worden georganiseerd. Ook noemden ze het vervoer als post waarop al enkele jaren bezuinigd wordt.

Voorts noemden zorgprofessionals hoge werkdruk, lage personele bezetting, overbelasting van het personeel en toegenomen ziekteverzuim als negatieve ontwikkelingen. Sommigen verbonden dit ook direct aan de invoering van de Wlz. Dit werd vaker in de v&v aangegeven dan in de GHZ.

De administratieve lastendruk wordt als negatief punt genoemd. Deze wegen ook zwaar op de professionals die betrokken zijn bij vormen van Wlz-zorg in de thuisomgeving (zoals vPT, mPT en pgb); en dat geldt voor beide zorgsectoren (Gijzel et al. 2017).

13.8 Samenvatting en conclusies

Zorgaanbieders in de sectoren v&v en GHZ hebben meer oog voor zorgplanbesprekingen dan voorheen en ze besteden, aldus professionals, meer aandacht aan het welbevinden en de doelen en wensen van cliënten. Vooral in de ggz lijkt er een verschuiving te zijn naar plannen die meer vanuit het cliëntperspectief zijn opgesteld. Deze ontwikkeling vond echter ook al voor de introductie van de Wlz plaats en heeft bijvoorbeeld ook te maken met de Herstelvisie in de ggz. Het werken met de zorgplanbesprekingen gebeurt nog niet altijd op de manier die de wetgever beoogt. Het zorgplan is bijvoorbeeld niet voor alle cliënten toegankelijk. Voor veel cliënten 'leeft' de zorgplanbespreking niet; zij hechten meer waarde aan de dagelijkse contacten met zorgprofessionals. Andere bewoners hebben dankzij het zorgplan en de bespreking daarvan het idee dat er meer naar hen wordt geluisterd. Zorgprofessionals menen dat de zorgplanbesprekingen tot meer inbreng van de cliënt kunnen leiden, en daardoor ook tot meer regie en kwaliteit van leven. Goed doorvragen wat belangrijk is voor een cliënt is nog een aandachtspunt, net als het zoeken van de juiste balans tussen het informeren van de familie en het respecteren van de privacy van de cliënt.

Cliënten hebben recht op (onafhankelijke) cliëntondersteuning: iemand met kennis van zaken die naast de cliënt staat en met hem/haar meedenkt. Onafhankelijke cliëntondersteuning is echter niet of nauwelijks bekend bij zorgprofessionals, cliënten en mantelzorgers. De bekendheid lijkt wat groter bij de GHZ dan bij de andere sectoren, en bij de zorg buiten de instelling dan bij de zorg in de instelling. Zorgaanbieders bieden wel andere manieren aan om cliënten te ondersteunen, zoals een mentor, cliëntvertrouwenspersoon of (in de ggz) een ervaringsdeskundige. Zij zijn weliswaar niet onafhankelijk, maar hebben vaak wel een vertrouwensband met de cliënt.

Zorgaanbieders doen meer moeite om het sociale netwerk en vrijwilligers bij de zorg te betrekken dan voorheen; een ontwikkeling die al ruim voor de invoering van de Wlz is ingezet. Beide kunnen ondersteuning bieden waarvoor zorgprofessionals steeds minder tijd hebben. Zo kunnen ze persoonlijke aandacht geven, contact maken en helpen bij allerlei welzijnsactiviteiten. Daarmee dragen ze bij aan de kwaliteit van leven. Ook kan een betrokken sociaal netwerk cliënten helpen om contact te houden met 'de buitenwereld' en tot meer zorg op maat leiden, omdat het netwerk informatie over de achtergrond van een cliënt kan inbrengen. Het sociale netwerk kan overigens ook een negatieve invloed hebben op de cliënt, bijvoorbeeld omdat men een cliënt 'betuttelt'. In de praktijk kan het lastig zijn om het sociale netwerk bij de zorg te betrekken, bijvoorbeeld als er maar beperkt contact is, leden uit dit netwerk zelf beperkingen hebben of belast zijn, of als de reisafstand te groot is.

In de sector v&v worden vrijwilligers vaak ingezet bij dagbesteding en bij de GHZ bij een-op-eenactiviteiten met een cliënt. Dat laatste maakt het vinden van een geschikte vrijwilliger lastiger. Ook in de ggz is het vaak lastig vrijwilligers te vinden (en te behouden),

vanwege de complexe problematiek van de cliënten en omdat ze niet altijd dankbaarheid tonen. Soms voeren vrijwilligers taken uit die ze eigenlijk niet zouden mogen doen. De afstemming tussen zorgprofessionals en vrijwilligers loopt vaak goed, maar kan soms beter. Zo zijn de wederzijdse verwachtingen niet altijd helder en is de positie van de vrijwilliger in het team niet altijd duidelijk. Ook hebben vrijwilligers behoefte aan een aanspreekpunt.

Noten

- 1 Er zijn in het onderzoek in de sectoren v&v en GHZ twintig focusgroepgesprekken gehouden met zorgprofessionals en vrijwilligers, waaraan in totaal 119 personen hebben deelgenomen. Tevens zijn er 41 casestudies gemaakt met 84 deelnemers, onder wie cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals. Deze casestudies hebben plaatsgevonden op 33 unieke zorglocaties. Ook is een vragenlijst ingevuld door 228 managers van v&v- en GHZ-zorglocaties verspreid over het land. In het onderzoek naar de ggz zijn vier focusgroepgesprekken, zestien casestudies en twintig telefonische interviews onder zorgmanagers van zes instellingen gehouden.
- 2 Dat zijn zelfstandig werkende kantoren die nauw gelieerd zijn aan de grootste zorgverzekeraar in een regio. Zie [https://www.zn.nl/1893990400/Zorgkantoren geraadpleegd op 13 december 2017](https://www.zn.nl/1893990400/Zorgkantoren%20geraadpleegd%20op%2013%20december%202017).
- 3 Wanneer een aanbieder van zorg en ondersteuning geen toelating heeft en de cliënt via een indicatiebesluit wordt toegelaten tot de Wlz, dan bestaat de kans dat de cliënt naar een andere aanbieder moet overstappen.
- 4 De Wkkgz geldt voor alle zorgaanbieders, zowel zorginstellingen als zelfstandige beroepsbeoefenaren (zoals zzp'ers). Denk aan verpleeghuizen, ziekenhuizen, huisartsen en fysiotherapeuten. Ook bedrijfsartsen en verzekeringsartsen die de gezondheidstoestand van cliënten beoordelen of cliënten medisch begeleiden, vallen onder deze wet.
- 5 Deze cijfers zijn verkregen via het ministerie van vws. Vergelijkbare cijfers (tot en met 2016) zijn te raadplegen via <http://mlzstatline.cbs.nl>.
- 6 Zie <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/KNP/KNP%20GS/Ondersteuningsplan/schema-overeenkomsten-en-verschillen-tussen-het-besluit-zorgplanbespreking-awbz.pdf> voor de verschillen tussen de zorgplanbesprekingen onder de Awbz en onder de Wlz.
- 7 Artikel 2.1.a luidde toen: 'a. welke doelen worden met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode gesteld, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt'.
- 8 Wlz, artikel 8.1.3.
- 9 Wlz, artikel 1.1.1.
- 10 Wlz, artikel 1.1.1.
- 11 MEE is actief op landelijk en regionaal niveau. De twintig regionale MEE-organisaties werken samen met regionale partners om op lokaal niveau ervoor te zorgen dat alle mensen, ook mensen met een of meerdere beperkingen, kunnen deelnemen aan de samenleving.
- 12 Zie bijvoorbeeld 4.3.3, lid 2e, 4.2.1 lid 1c.
- 13 Een voorbeeld is familienet, waarbij cliënten van een zorginstelling een persoonlijke pagina hebben waar medewerkers en familie berichten delen om elkaar te informeren.

- 14 Binnen de langdurige zorg neemt de mantelzorg een belangrijke plaats in. Zo blijkt uit onderzoek onder ouderen in instellingen dat ongeveer driekwart van deze bewoners hulp uit hun netwerk krijgen (vaak is dat dan familie) (Verbeek-Oudijk en Van Campen 2017). Deze cijfers liggen iets lager dan wat wordt gerapporteerd op basis van de vragenlijst onder zorgmanagers van KPMG en Vilans (Gijzel et al. 2017).
- 15 54% van de managers in de sector v&v en 35% van de managers in de sector GHZ ziet een toename in de overbelasting van het netwerk sinds 1 januari 2015 gedurende de Wlz-zorg (Gijzel et al. 2017).
- 16 Het belangrijkste verschil tussen mantelzorgers en vrijwilligers is dat er bij mantelzorg al een persoonlijke relatie is bij de start van de hulp, en bij vrijwilligerswerk niet (zie ook Kensen 2007; De Klerk et al. 2014; Kruijswijk et al. 2013).
- 17 Binnen het nieuwe Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg staat beschreven welke taken vrijwilligers mogen uitvoeren (Zorginstituut Nederland 2017).
- 18 Het gaat hier om de volgende enquêtevragen: het is moeilijk om in mijn dagelijks bestaan nog veel betekenis te vinden; er zijn maar weinig manieren om problemen op te lossen; de dingen waar ik echt van kon genieten zijn voor mij voorbij; ik heb vandaag de dag erg weinig doelen in mijn leven.
- 19 Uit ander onderzoek blijkt bijvoorbeeld ook dat over het algemeen een U-curve wordt gevonden in de relatie tussen leeftijd en geluk: jongeren en ouderen zijn gelukkiger, en mensen van middelbare leeftijd zijn het minst gelukkig (Boelhouwer et al. 2012; Stone et al. 2010).

Literatuur

- Boelhouwer, Jeroen, Gerbert Kraaykamp en Ineke Stoop (2012). *Nederland in Europees perspectief. Tevredenheid, vertrouwen en opinies*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Campen, Cretien van en Debbie Verbeek-Oudijk (2017). *Gelukkig in een verpleeghuis? Ervaren kwaliteit van leven en zorg van ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Eijkelen, Marieke van (2016). *Evaringskennis & Emancipatie. Een onderzoek naar de wijze(n) waarop er een emancipatoirisch perspectief speelt bij de toepassing en inzet van ervaringsdeskundigheid in de huidige GGZ* (masterscriptie). Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- GGZ Oost Brabant (2008). *Werken volgens de Herstelvisie*. Boekel: GGZ Oost Brabant.
- Gijzel, Hinke, Henk Herman Nap, Marjolein Herps, Sander Mulder, Moniek van Klink, Sanne Schrijer-Snoeijs, Karina Kuperus en Mirella Minkman (2017). *De Wet langdurige zorg in de verzorging, verpleging en gehandicaptenzorg. Ervaringen uit de praktijk*. Amstelveen: KPMG/Vilans.
- Kensen, Joan (2007). *Mantelzorg versus zorgvrijwilligerswerk*. Exloo: Kensen Counseling.
- Klerk, Mirjam de, Alice de Boer, Sjoerd Kooiker, Inger Plaisier en Peggy Schyns (2014). *Hulp geboden. Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kruijswijk, Wilco, Anita Peters, Jolanda Elferink, Cecil Scholten en Ilse de Bruijn (2013). *Mantelzorgers en vrijwilligers in beeld*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, i.s.m. Movisie en Vilans.
- Lemmens, Karin, Marijke Bos, Jaap Van Weeghel, Mirjam Siesling en Karina Kuperus (2017). *De Wet langdurige zorg in de geestelijke gezondheidszorg. Ervaringen uit de praktijk*. Amstelveen: KPMG Plexus/Tranzo.
- Plaisier, Inger (2017). *Hulpnetwerken en afstemming van hulp*. In: Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Inger Plaisier en Peggy Schyns, *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016* (p. 99-119). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Schyns, Peggy (2017). Vrijwilligers in zorg en ondersteuning. In: Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Inger Plaisier en Peggy Schyns, *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016* (p. 142-166). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Staatsblad (2014). Wet van 3 december 2014, houdende regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg). In: *Staatsblad*, jg. 2014, nr. 494.
- Stone, A.A., J.E. Schwartz, J.E. Broderick en A. Deaton (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, jg. 107, nr. 22, p. 9985-9990.
- Tielens, Jules (2013). *In gesprek met psychose. Verbindende gesprekstechniek: een praktische handleiding om in contact te komen en te blijven met mensen met een psychose*. Castricum: Dijk en Duin.
- TK (2012/2013). *Versterken, verlichten en verbinden*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 20 juli 2013. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 30169/30597, nr. 28.
- TK (2013/2014a). *Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg)*. Memorie van Toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33891, nr. 3.
- TK (2013/2014b). *Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg)*. Voorstel van wet. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33891, nr. 2.
- TK (2014/2015). *Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg voor onze ouderen..* Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 10 februari 2015). Tweede Kamer, vergaderjaar 2014/2015, 31765, nr. 124.
- TK (2016/2017). *Kwaliteit van zorg. Vijfde voortgangsrapportage Waardigheid en Trots*. Brief van staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 4 juli 2017. Tweede Kamer, vergaderjaar 2016/2017, 31765, nr. 279.
- Verbeek-Oudijk, Debbie en Cretien van Campen (2017). *Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/16*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Verkaik, Renate, Anke J.E. de Veer, Kim de Groot en Anneke L. Francke (2017). *Een zinvolle daginvulling in de intramurale ouderenzorg: verpleegkundigen en verzorgenden willen meer scholing*. Utrecht: NIVEL.
- vws (2015). *Overzicht nieuwe verplichtingen Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg*. Geraadpleegd 9 maart 2018 via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2015/12/11/overzicht-verplichtingen-wkkgz>.
- Wittenberg, Y., M.H. Kwekkeboom en A.H. de Boer (2012). *Bijzondere mantelzorg. Ervaringen van mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Zorginstituut Nederland (2017). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Samen leren en verbeteren*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

14 Op het grensvlak van de wetten

Lia van der Ham en Maaïke den Draak

- De samenwerking tussen partijen die bij de Wmo 2015, Zvw en Wlz betrokken zijn, lijkt sinds 2015 te zijn toegenomen. Er zijn wisselende ervaringen met de samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en het ciz. Volgens veel gemeenten loopt vooral de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars nog niet soepel, onder andere vanwege een gebrek aan contact. Voor zorgverzekeraars is het lastig om met een groot aantal gemeenten contact en overleg te hebben.
- De afstemming tussen de Wmo 2015, Zvw en Wlz verloopt nog niet optimaal. Een belangrijk deel van de problemen in de afstemming ontstaat door onduidelijkheden over de afbakening van de Wmo 2015, Zvw en Wlz. De meeste onduidelijkheid lijkt te worden ervaren rondom persoonlijke verzorging – wat onder de Wmo 2015 of de Zvw kan vallen – en de overgang van de Wmo 2015 naar de Wlz.
- Er zijn verschillende knelpunten rondom de doorstroom en afwenteling van cliënten tussen de Wmo 2015, Zvw en Wlz. Dit betreft vooral de overgang van de Wmo 2015/Zvw naar de Wlz, waarbij bepaalde groepen mensen meer gaan betalen voor minder zorg. Hierdoor doen mensen soms geen beroep op de Wlz, terwijl ze daar mogelijk wel voor aanmerking komen. Ook worden cliënten regelmatig naar het ciz doorgestuurd, terwijl ze niet voor Wlz-zorg in aanmerking komen, en worden vervolgens weer terug verwezen.
- Het realiseren van een zo integraal mogelijke dienstverlening blijkt in de praktijk niet eenvoudig, onder andere door het bestaan van schotten tussen de verschillende wetten. De partijen die bij de Wmo 2015, Zvw en Wlz betrokken zijn, lijken nu vaak nog ‘op hun eigen stukje’ bezig te zijn. De moeilijkheid om goede samenwerking tussen deze wettelijke kaders te bewerkstelligen, lijkt deels voort te komen uit verschillen in uitgangspunten en financieringssystemen van de wetten.
- De overgang van de Jeugdwet naar ondersteuning voor volwassenen (Wmo 2015/Zvw of Wlz) kent in de praktijk meerdere knelpunten. Vooral de overgang naar de Wmo bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd verloopt nog niet altijd soepel, maar hier is landelijk (en regelmatig ook lokaal) aandacht voor. Jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking en/of ggz-problematiek vormen een groep die extra aandacht behoeft, omdat ze vaak niet tot de Wlz worden toegelaten.
- De toenadering tussen de Participatiewet en de Wmo 2015 kwam in de uitvoeringspraktijk slechts langzaam op gang, mede door verschillen tussen de beide wettelijke kaders. Vernieuwende initiatieven op dit grensvlak, zoals het samenbrengen van doelgroepen en activerende gesprekken met langdurig uitkeringsgerechtigden, vinden slechts in beperkte mate plaats.

14.1 Inleiding

Vanaf 1 januari 2015 kwam een nieuw stelsel van wetten tot stand op het gebied van zorg en ondersteuning, waarbij een groot aantal partijen betrokken is. Het rijk benadrukt het

belang van en de noodzaak tot onderlinge afbakening en afstemming tussen de diverse betrokken wettelijke partijen (TK 2013/2014a; TK 2013/2014b). Goede afstemming en samenwerking rondom de wetten moeten zorgen voor samenhang tussen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning en voor een ‘zo integraal mogelijke dienstverlening’ (TK 2013/2014b). Voor de betrokken wettelijke partijen moet dit doelmatigheid in de uitvoering van hun taken bevorderen. Voor cliënten is dit van belang om de continuïteit en kwaliteit van zorg te waarborgen en om ervoor te zorgen dat ze zo weinig mogelijk merken van schotten tussen verschillende wetten.

De wetgever stelt dat afstemming enerzijds is geregeld door het beschrijven van doelgroepen die een beroep kunnen doen op de verschillende wetten, en anderzijds – door onder andere gemeenten – wordt vormgegeven in de uitvoeringspraktijk (TK 2013/2014b). Gemeenten hebben van het rijk de nadrukkelijke opdracht gekregen om de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) af te stemmen met de andere wetten, al zijn ze vrij om te bepalen hoe ze dit precies doen (TK 2013/2014b). Ook zorgverzekeraars hebben volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw, artikel 14a, lid 1 en 2) (Staatsblad 2014: 42) de taak om hun werkwijze af te stemmen met gemeenten, al gaat deze taak niet gepaard met een expliciete oproep tot het bewerkstelligen van goede samenwerking. Onder de Wet langdurige zorg (Wlz) is geen opdracht tot samenwerking te vinden. Wel wordt aandacht besteed aan de mogelijkheid om te experimenteren met verbeteringen in de samenwerking genoemd en gegevensuitwisseling tussen Wlz, Wmo 2015 en Zvw.

Onderzoeksvragen

Dit hoofdstuk richt zich op de volgende onderzoeksvraag:

- In hoeverre worden de doelen van de hervorming van de langdurige zorg en de betreffende wetten en maatregelen behaald voor het wettelijk systeem?

We focussen daarbij specifiek op de mate waarin de samenhang tussen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning tot stand komt, wat bijdraagt aan de kwaliteit van het stelsel. Dit betekent dat we voornamelijk aandacht besteden aan de afstemming van wetten op systeem- en beleidsniveau. Afstemming tussen hulpverleners bij de uitvoering van de wetten kwam in hoofdstuk 10 aan de orde. In dit hoofdstuk komen eerst de grensvlakken tussen de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz aan bod. Daarna besteden we aandacht aan de grensvlakken van deze wetten met de Jeugdwet en de Participatiewet.

Onderzoekbronnen

De informatie in het eerste deel van dit hoofdstuk (§ 14.2) is voor een groot deel gebaseerd op een HLZ-deelonderzoek naar de uitvoering van de Wmo 2015, *De Wmo 2015 in praktijk* (Van der Ham et al. 2018). Gegevens voor dit onderzoek werden grotendeels verzameld in 2017 door middel van 112 interviews onder uiteenlopende partijen en een landelijke enquête onder Wmo-beleidsmedewerkers. Ook wordt geput uit een ander deelonderzoek over de toegang tot de Wlz, *Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg* (Van Klaveren et al. 2017), dat zich baseert op vragenlijsten die in 2016 zijn uitgezet onder aanvragers, medewerkers van

het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) en zorgkantoren. Daarnaast is gebruikgemaakt van informatie uit aanvullende bronnen. Voor het tweede deel van het hoofdstuk (§ 14.3) zijn diverse bronnen geraadpleegd, waaronder (deel)rapporten van de evaluatie Jeugdwet (Friele et al. 2018) en van de monitoring en de evaluatie Participatiewet (Cuelenaere et al. 2015; 2017).

14.2 Afstemming van de Wmo 2015, Zvw en Wlz

Toename in samenwerking, maar ook knelpunten

Afstemming en samenwerking tussen de verschillende wettelijke partijen lijkt sinds 2015 over het algemeen te zijn toegenomen, zo blijkt uit onderzoek naar de uitvoering van de Wmo 2015 (Van der Ham 2018). Overlegstructuren tussen gemeenten en zorgverzekeraars lijken langzaam vorm te krijgen, al is het vaak nog zoeken naar de beste manier. Een inventarisatie van de huidige samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars (AEF 2017) laat zien dat er anno 2017 veel en heel diverse samenwerkingsprojecten tussen gemeenten en zorgverzekeraars zijn. Het merendeel van deze samenwerkingsprojecten heeft een ‘ontwikkelkarakter’ en is gericht op het experimenteren met nieuwe werkwijzen en het verbeteren van lokale samenwerking tussen het medische en sociaal domein. Concreet gaat het overleg vaak over onduidelijke of complexe casuïstiek of specifieke thema’s, zoals dementie, ernstige psychische aandoeningen, eerstelijnsverblijf en preventie (AEF 2017; Van der Ham 2018).

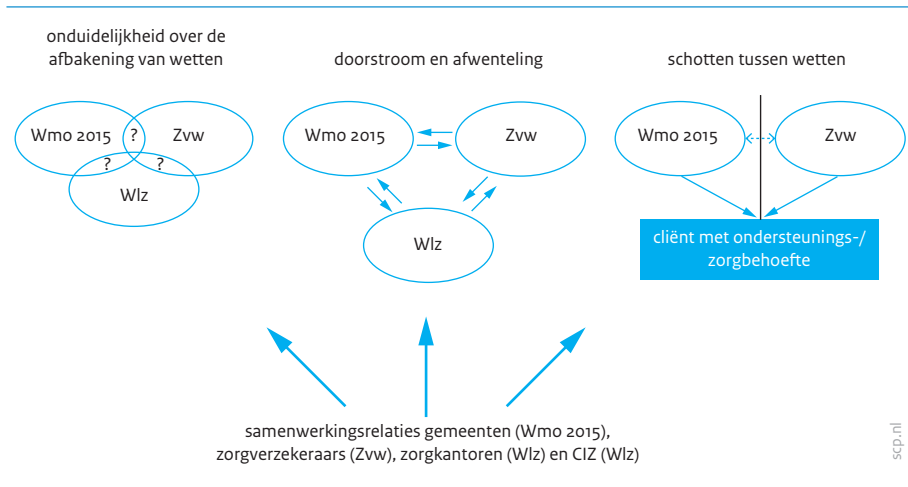
Sinds het begin van de Hervorming Langdurige Zorg in 2015 worden echter op verschillende vlakken knelpunten ervaren in de afstemming en samenwerking, zo blijkt uit HLZ-deelonderzoek (Van der Ham 2018) en verschillende andere bronnen (o.a. Ieder(in) et al. 2015; Tuzgöl-Broekhoven et al. 2018; VNG 2015; Werkagenda Menzis, gemeenten en regio’s 2017). Vooral rondom de volgende vier onderwerpen worden knelpunten gesignaleerd:

- de samenwerkingsrelatie tussen gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en het CIZ;
- onduidelijkheid over de afbakening van de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz;
- doorstroming en afwenteling van cliënten;
- belemmeringen in integrale dienstverlening door schotten tussen wetten.

Het eerste punt (de samenwerkingsrelatie) is een meer algemeen punt dat van invloed is op elk van de drie – meer specifieke – andere punten (figuur 14.1). In de volgende paragrafen beschrijven we de elk van de vier onderwerpen in meer detail.

Figuur 14.1

Onderwerpen waarbij knelpunten worden ervaren bij de afstemming tussen de Wmo 2015, Zvw en de Wlz



Bron: scp

Wisselende ervaringen met samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en het ciz

Aan Wmo-beleidsmedewerkers werd in een enquête gevraagd hoe tevreden ze zijn over de samenwerking met onder andere zorgverzekeraars, zorgkantoren en het ciz (Van der Ham 2018). Gemeenten waren iets vaker positief dan negatief over afstemming, behalve waar het zorgverzekeraars betreft, daar waren de meningen gelijk verdeeld. Een groot deel van de bevroegde gemeenten is neutraal over de afstemming met de verschillende partijen. De samenwerking tussen gemeenten (Wmo 2015) en zorgverzekeraars (Zvw) werd in eerder inventariserend onderzoek (RadarAdvies 2015) en in een brief van belangenorganisaties aan de Tweede Kamer (Ieder(in) et al. 2015) aangemerkt als het belangrijkste knelpunt bij de afstemming van de wetten. Hoewel het onderzoek naar de uitvoering van de Wmo 2015 (Van der Ham 2018) beschrijft dat de afstemming volgens de respondenten in dit onderzoek inmiddels wat is verbeterd, kwam in dat onderzoek ook een aantal knelpunten op dit vlak naar voren. Een aantal gemeenten in deze studie bleek helemaal geen contact te hebben met de zorgverzekeraar. Andere gemeenten zeiden dat er wel contact was, maar ervaarden problemen met bijvoorbeeld slechte bereikbaarheid, de tijd die de afstemming kost en een afstandelijke en terughoudende zorgverzekeraar. Een specifiek punt dat beleidsmedewerkers veel noemen als belemmering voor overleg, is dat zorgverzekeraars geneigd zijn om vooral kleinere gemeenten links te laten liggen. In deze gemeenten lukt het vaak niet om (structureel) overleg tot stand te brengen en afspraken op gemeentenniveau te maken. Geïnterviewde zorgverzekeraars bevestigden het liefst samen te werken

met gemeenten in regioverband of met vertegenwoordigers van regio's. Verder ervaren ze het als belemmering dat samenwerkingsverbanden tussen gemeenten door de tijd heen of per onderwerp verschillen van samenstelling. Rondom het contact met de zorgverzekeraar werden in het onderzoek naar de uitvoering van de Wmo 2015 (Van der Ham 2018) ook veel positieve punten genoemd. Verschillende geënquêteerde gemeenten waren positief over het feit dat er nu contact is gelegd en sommige zeiden dat dit recentelijk op gang was gekomen en verbeterd. Wanneer overleg in structurele vorm plaatsvond, werd dit in het bijzonder als prettig ervaren. Andere gemeenten zeiden in de enquête blij te zijn met de 'korte lijnen' met de zorgverzekeraar en dat ze elkaar 'goed weten te vinden'. Respondenten noemden ook de houding van de zorgverzekeraar, wanneer deze cliëntgericht, oplossingsgericht en constructief was – wat ook regelmatig het geval was – als positief punt.

Gemeenten (Wmo 2015) hebben wisselende ervaringen met de samenwerking met het zorgkantoor en het ciz (beide Wlz), zo bleek uit het onderzoek naar de uitvoering van de Wmo 2015 (Van der Ham 2018). Het contact met het ciz en het zorgkantoor kwam naar voren als een van de belangrijkste negatieve punten rondom de afstemming van de Wmo 2015 met de Wlz. Geënquêteerde beleidsmedewerkers wezen vooral op het gebrek aan structureel overleg met het zorgkantoor, het ontbreken van contactpersonen en de slechte bereikbaarheid en benaderbaarheid van het ciz. Ook werden knelpunten ervaren rondom de uitwisseling van gegevens. Respondenten vonden het onder andere lastig dat zij als gemeente – in verband met de privacywetgeving – geen inzage hebben in de Wlz-indicaties van inwoners. Verder noemden ze de gegevensuitwisseling 'traag' en 'summer'. Ondanks de beschreven negatieve ervaringen behoorde het contact met het zorgkantoor en het ciz ook tot de meest genoemde positieve punten in dit onderzoek (Van der Ham 2018). Gemeenten noemden het positief wanneer contact is met Wlz-partijen en zeiden soms dat dit recent was verbeterd. Verder werden vooral de bereidheid en mogelijkheid tot overleg met deze partijen als positieve punten benoemd. In enkele gevallen gaf men als positief punt aan dat er structureel, regionaal overleg was met het zorgkantoor. Ook werd een enkele keer genoemd dat afstemming goed verliep doordat deze via een cliëntondersteuner ging.

Onduidelijkheden rondom de afbakening van wetten

De onduidelijkheden rondom de afbakening van de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz werden als belangrijk knelpunt genoemd in verschillende studies (Van Bergen et al. 2016; Van der Ham 2018; Van Klaveren et al. 2017; Pons en Van de Werfhorst 2015; RadarAdvies 2015). Dergelijke knelpunten worden ook genoemd door Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's (2017: 4): 'ondanks alle inspanningen die zijn geleverd om alles goed te regelen voor klanten, zijn er onduidelijkheden in de overlapgebieden van de Zvw, Wlz, Wmo en de Jeugdwet'. In het onderzoek naar de uitvoering van de Wmo 2015 (Van der Ham 2018) spraken beleidsmedewerkers in de enquête over de 'grijze gebieden' en 'vage lijnen' tussen de wetten. Een overgrote meerderheid van de gemeenten zei dat het soms onduidelijk is

onder welke wet de hulp voor een inwoner behoort te vallen. Een klein deel van de respondenten had hier vaak mee te maken. ciz-medewerkers zeiden in het onderzoek naar de toegang tot de Wlz vaak dat de afbakening tussen de wettelijke domeinen (o.a. Wlz, Wmo 2015 en Zvw) helder is. Toch vond een ruime meerderheid dat het soms lastig te bepalen is of een cliënt onder de Wlz valt, en bij een klein deel was dit vaak het geval (Van Klaveren et al. 2017).

In verschillende bronnen wordt persoonlijke verzorging genoemd als een van de belangrijkste afbakeningsvraagstukken (Van der Ham 2018; RadarAdvies 2015; vng 2015; Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's 2017). Of persoonlijke verzorging onder de Wmo 2015 of onder de Zvw valt, hangt af van de vraag of er bij de cliënt sprake is van een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop (Zvw), of van een behoefte aan begeleiding (Wmo 2015). Zo'n beoordeling blijkt in de praktijk niet altijd eenduidig te maken en verschillende beoordelaars kunnen daardoor tot verschillende conclusies komen. Op het vlak van persoonlijke verzorging bestaat vooral veel onduidelijkheid rondom maaltijdvoorziening, wat deel kan uitmaken van huishoudelijke hulp of persoonlijke verzorging vanuit de Wmo 2015 of persoonlijke verzorging vanuit de Zvw (Van der Ham 2018; vng 2015). In een rapport van de Raad voor het Openbaar Bestuur (ROB 2017) wordt de optie genoemd om alle persoonlijke verzorging naar de gemeente over te hevelen, om op die manier de ervaren onduidelijkheden op te lossen. Ook in het onderzoek naar de uitvoering van de Wmo 2015 (Van der Ham 2018) pleitten enkele geïnterviewden voor deze oplossing. De ROB (2017) noemt overigens ook de optie om bredere indicaties voor persoonlijke verzorging te gaan afgeven in de Zvw.

Er werden ook problemen gesignaleerd wat betreft onduidelijkheden in de afbakening van de Wmo 2015 en de Wlz (Van der Ham 2018; Van Klaveren et al. 2017; MEE 2016; Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's 2017). Dit speelde vooral bij de overgang van de Wmo 2015 naar de Wlz als het gaat om criteria voor de noodzaak tot 24 uurzorg en de rol van de mantelzorger (Van der Ham 2018). In een onderzoek naar de toegang tot de Wlz zeiden ciz-medewerkers dat de beleidsregels over het algemeen voldoende houvast bieden om een indicatie te stellen, hoewel men dit bij bepaalde groepen (o.a. cliënten met de combinatie verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek) lastiger vond door onduidelijkheden in de afbakening van wetten (Van Klaveren et al. 2017). Andere bronnen beschrijven dat het bij mensen met een (licht) verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek regelmatig onduidelijk is of er sprake is van beschermd wonen vanuit de Wmo 2015 of verblijf in een instelling vanuit de Wlz (Van der Ham 2018; vng 2015). Dit onderwerp komt ook naar voren in jurisprudentie (kader 14.1). Een ander aandachtspunt in de afbakening van de Wmo 2015 met de Wlz heeft betrekking op het feit dat de Wlz voorliggend is op de Wmo 2015. Dat betekent dat als er een Wlz-indicatie mogelijk is en/of is afgegeven door het ciz, men geen beroep (meer) kan doen op de Wmo 2015. Uit jurisprudentie op dit gebied blijkt dat mensen soms zowel een beroep op de Wmo 2015 als op de Wlz doen, en gemeenten een Wmo-voorziening weigeren vanwege de aanspraak op de Wlz (kader 14.2).

Kader 14.1 Verstandelijke beperking en gedragsproblemen: (tijdelijke) behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid: Wlz of Wmo?

De betrokkene is een 31-jarige gehuwde vrouw. Ze heeft een licht verstandelijke beperking en er is sprake van psychiatrische problematiek. Er zijn ernstige psychosociale problemen. Haar echtgenoot is gedetineerd, omdat hij heeft geprobeerd het huis (met hem en zijn echtgenote erin) op te blazen. Zijzelf heeft waarschijnlijk als gevolg van een kortdurende psychotische episode de auto van haar burens vernield, omdat ze dacht door hen te worden gepest. Hiervoor heeft ze een taakstraf gekregen. Ze heeft een tijdelijke logeerplaats gekregen in een woonlocatie met 24 uurszorg, bekostigd uit de Wmo. Het ciz wijst een aanvraag voor een Wlz-indicatie af, omdat er geen sprake is van een blijvende noodzaak tot 24 uurszorg in de nabijheid.

Zorginstituut Nederland is van oordeel dat het ciz ten onrechte niet heeft beoordeeld of betrokkene vanwege een combinatie van haar licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen tijdelijk behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Bij deze tijdelijke behoefte in een situatie van de combinatie van een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen is gedacht aan personen die passen in het zorgprofiel (sv)LVG (Sterk Gedragsgestoord) Licht Verstandelijk Gehandicapt). Betrokkene voldoet hier mogelijk aan en dat zal moeten worden onderzocht. Is dat niet het geval, dan zal de Wmo de aangewezen wet zijn. Het Zorginstituut vraagt zich af of gemeenten deze doelgroep voldoende in beeld hebben, gezien de geringe omvang van de groep die onder de Wmo 2015 valt. (Zorginstituut Nederland, standpunt 4 september 2015)

Kader 14.2 Afwijzen/stopzetten maatwerkvoorziening vanwege beroep op de Wlz

Geen begeleiding bij participatie en vervoer met Wlz-indicatie

De rechtbank Overijssel oordeelde in een situatie over een Wlz-geïndiceerde met een persoonsgebonden budget (pgb) om in een thuissituatie te verblijven. De cliënt deed een aanvraag voor individuele begeleiding en begeleiding bij vervoer voor 20.000 kilometer per jaar. De rechtbank oordeelde dat de gemeente dit terecht had afgewezen op grond van artikel 2.3.5, zesde lid van de Wmo 2015. De rechtbank overweegt: betrokkene ontvangt een pgb op grond van de Wlz. Hiermee is voldaan aan de afwijzingsvoorwaarden van artikel 2.3.5, zesde lid, van de Wmo 2015. Dat individuele begeleiding en sociale begeleiding bij vervoer ten behoeve van de maatschappelijke participatie niet tot het domein van de Wlz zouden behoren, verandert daar niets aan. De wetgever heeft als je kijkt naar de tekst van artikel 2.3.5, zesde lid, Wmo 2015, en rekening houdend met de toelichting daarop, een uitdrukkelijke scheiding willen aanbrengen tussen aanspraken op maatwerkvoorzieningen op grond van de Wmo 2015 en aanspraken op grond van de Wlz. De rechtbank zegt: wanneer aanspraak kan worden gemaakt op zorg op grond van de Wlz, kan geen aanspraak meer worden gemaakt op een maatwerkvoorziening op grond van de Wmo 2015. Dat zegt ook de regering (TK 2013/2014: 70). (ECLI:NL:RBOVE:2017:4078)

Zonder voldoende aanwijzingen Wmo-maatwerkvoorziening stopzetten

De gemeente Neder-Betuwe oordeelde dat een cliënt met alzheimer na melding in het kader van de Wmo 2015 een beroep op de Wlz zou moeten doen. Toen geen aanvraag tot een indicatie in het kader van de Wlz werd ingediend, zette de gemeente de verstrekte maatwerkvoorzieningen in het kader van de Wmo 2015 stop. De rechtbank Gelderland kwam in de uitspraak tot de conclusie dat de gemeente onvoldoende aanwijzingen had om te veronderstellen dat betrokkene voor een Wlz-indicatie in aanmerking zou komen. Bovendien heeft de gemeente ook geen contact opgenomen met het ciz om te overleggen over de waarschijnlijkheid dat betrokkene voor zo'n indicatie in aanmerking zou komen. De rechtbank oordeelt dat, omdat niet is vastgesteld dat er redenen zijn om aan te nemen dat eiser in aanmerking komt voor een Wlz-indicatie, niet is voldaan aan de cumulatieve voorwaarden zoals geformuleerd in artikel 2.3.5, zesde lid, van de Wmo 2015. Deze cumulatieve voorwaarden zijn: er is een Wlz-indicatie, of er zijn gegronde aanwijzingen dat zo'n indicatie verstrekt kan worden en er wordt geweigerd zo'n indicatie aan te vragen. Als er geen aanwijzingen zijn dat er sprake kan zijn van een Wlz-indicatie, kan het niet aanvragen van een indicatie ook niet leiden tot het stopzetten van een maatwerkvoorziening. (ECLI:NL:RBGEL:2017:3483)

Zorgpunten rondom doorstroom en afwenteling van cliënten

Uit verschillende HLZ-deelonderzoeken kwamen zorgpunten naar voren die te maken hebben met de doorstroom van cliënten van het ene wettelijke kader naar het andere. Op basis van deze onderzoeken is niet vast te stellen hoe vaak bepaalde situaties precies voorkomen en hoe cliënten de doorstroom ervaren.

Ten eerste blijkt dat er een groep cliënten is die wat betreft zorgbehoefte zou thuishoren in de Wlz, maar toch in de Wmo 2015 blijft (Van der Ham 2018; Van Klaveren et al. 2017). Het gaat daarbij om mensen die na de overgang van de Zvw/Wmo 2015 naar de Wlz meer gaan betalen voor minder zorg. Dit verschijnsel wordt ook wel de 'zorgval' genoemd en is aan de orde wanneer zorg en ondersteuning uit de Wmo 2015 of Zvw worden overgezet naar een van de extramurale Wlz-pakketten (Volledig Pakket Thuis (VPT) en Modulair Pakket Thuis (MPT)) of wanneer er vanwege overbrugging zorg in natura langdurig moet worden gefinancierd in de thuissituatie (Huijsman 2017; Signaalteam Actieplan Casemanagement Dementie 2018; Tuzgöl-Broekhoven et al. 2018). Dit kan bijvoorbeeld voorkomen bij mensen met dementie. Door deze verschillen in de eigen bijdrage van de Wmo 2015 en de Wlz kiezen mensen er soms bewust voor om onder de Wmo 2015 te blijven. Ook zorgaanbieders en hulpverleners zijn door dit financiële verschil terughoudend met het aanvragen van een Wlz-indicatie en bieden langer dan nodig zorg vanuit de Zvw en de Wmo 2015. In het onderzoek naar de toegang tot de Wlz (Van Klaveren et al. 2017) waren er ook zorgvragers die al wel een aanvraag bij het ciz hadden ingediend voor een indicatie voor Wlz-zorg en een positief besluit hebben ontvangen, maar achteraf ontevreden zijn vanwege het lagere aantal uren aan zorg thuis en de (hoogte van) de eigen bijdrage in Wlz. In meerdere bronnen noemt men de zogenoemde zorgval een 'perverse prikkel' in het systeem van langdurige zorg en ondersteuning (Van der Ham 2018; Huijsman 2017; Signaalteam Actieplan Casemanagement Dementie 2018).

Ten tweede blijkt dat cliënten regelmatig heen en weer worden verwezen tussen de Wmo en de Wlz (Van der Ham 2018; Van Klaveren et al. 2017). Ruim een derde van de ciz-medewerkers vond dat ze cliënten vaak moesten terugverwijzen naar de Wmo 2015, wanneer deze cliënten door de gemeenten juist naar het ciz zijn verwezen. Meer dan de helft van de ciz-medewerkers (57%) zei dat dit soms gebeurt. In interviews over uitvoering van de Wmo 2015 (Van der Ham 2018) kwam naar voren dat Wmo-consulenten soms, wanneer ze twijfelen of iemand voor de Wlz in aanmerking komt, mensen aanraden een Wlz-indicatie aan te vragen. Wanneer dan blijkt dat iemand niet in aanmerking komt voor de Wlz, komt deze persoon weer terug bij de gemeente. Ook in rapporten van belangenbehartigers wordt gezegd dat gemeenten of zorgaanbieders soms adviseren een Wlz-aanvraag in te dienen, terwijl dit niet altijd terecht is (Ieder(in) et al. 2017; Tuzgöl-Broekhoven et al. 2018). Hierbij is onduidelijk of het heen en weer verwijzen van cliënten uit financiële overwegingen gebeurt, of dat dit vooral voortkomt uit onbekendheid met de wetgeving en/of het ontbreken van de benodigde informatie.

Ten derde zijn er zorgen met betrekking de toegangscriteria tot de Wlz, die scherper zijn dan onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten het geval was. In het onderzoek naar de uitvoering van de Wmo 2015 bevestigden Wmo-beleidsmedewerkers dat het lastiger is geworden om een indicatie te krijgen (Van der Ham 2018). Sommige respondentengaven expliciet aan de huidige normen ‘te strikt’ en ‘belachelijk hoog’ te vinden. In het onderzoek naar de toegang tot de Wlz noemden ciz-medewerkers vier groepen aanvragers die volgens de huidige beleidsregels geen toegang krijgen tot de Wlz, maar naar hun mening ook niet thuis kunnen wonen. Het gaat hier om kwetsbare ouderen (met veel fysieke beperkingen maar met voldoende vermogen om zelf de zorg te regisseren), kinderen, jongeren en jongvolwassenen met een (licht) verstandelijke beperking, volwassenen met meervoudige lichamelijke beperkingen die intensieve zorg behoeven maar die wel in staat zijn om zelf de zorg te regisseren, en mensen met (ernstige) psychiatrische aandoeningen (Van Klaveren et al. 2017). Deze groepen cliënten krijgen geen zorg vanuit de Wlz, maar zijn aangewezen op andere wettelijke kaders, zoals de Wmo 2015, de Zvw en/of de Jeugdwet. Het is niet bekend of deze groepen onder deze wettelijke kaders al dan niet passende zorg ontvangen.

Al met al wijzen de HLZ-deelonderzoeken erop dat er in de praktijk soms sprake is van afwenteling, waarbij partijen naar elkaar blijven wijzen als het gaat om waar de hulp voor een inwoner onder hoort te vallen. Het is niet duidelijk hoe vaak dit precies voorkomt. Ook de vng signaleerde in een ledenbrief het probleem van afwenteling: ‘landelijke partijen verwijten elkaar dat ze – uit financiële overwegingen – de wettelijke toegangscriteria strenger interpreteren dan de wetgever zou hebben bedoeld’ (vng 2015: 1). Toch lijkt het erop dat partijen (uiteindelijk) meestal met elkaar tot een oplossing weten te komen voor cliënten, al blijken diverse partijen verschillende ideeën te hebben over wie uiteindelijk de verantwoordelijkheid oppakt (Van der Ham 2018). Zo vertelden meerdere gemeentelijke beleidsmedewerkers in het onderzoek naar de uitvoering van de Wmo 2015 het idee te hebben dat de gemeente bij onduidelijkheden vaker voor oplossingen voor inwoners

zorgt dan partijen vanuit de Zvw of de Wlz. Volgens een geïnterviewde zorgverzekeraar komt een onevenredig deel van de zorg bij zorgverzekeraars terecht en voelen zij zich ‘wel een beetje het afvalputje van het hele systeem’ (Van der Ham 2018).

Integrale dienstverlening wordt belemmerd door schotten tussen wetten

Goede samenwerking van de Wmo 2015 met de Zvw en de Wlz moet er mede voor zorgen dat de hulp zo integraal mogelijk kan worden geleverd. In de praktijk blijkt uit verschillende bronnen dat het niet eenvoudig is om goede samenwerking te bewerkstelligen vanwege (o.a.) het bestaan van ‘schotten’ tussen de verschillende wetten en ‘verkokering van zorgregimes’ (Van der Ham 2018; Ieder(in) et al. 2015; vng 2015; Werkagenda Menzis, gemeenten en regio’s 2017). De partijen die bij de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz betrokken zijn, lijken nu vaak nog ‘op hun eigen stukje’ bezig te zijn (Van der Ham 2018). Dit sluit aan bij de indruk dat professionals en instanties vooral kennis hebben van hun eigen domein en niet van andere domeinen, op basis van 384 ervaringen van (naasten van) mensen die langdurig zorg nodig hebben (Patiëntenfederatie Nederland et al. 2017). De Nationale ombudsman heeft de indruk dat professionals klem zitten tussen de leefwereld van de burger en het verkokerde zorg- en financieringssysteem van de overheid (Tuzgöl-Broekhoven et al. 2018: 27). In meerdere bronnen worden bovendien zorgen geuit over burgers die door de schotten tussen de wetten ‘tussen de wal en het schip (dreigen te) vallen’ en ‘van het kastje naar de muur worden gestuurd’ en dus tijdelijk geen (passende) zorg ontvangen. Dit geldt in het bijzonder voor mensen met complexe problematiek en ggz-problematiek, die met meerdere wetten te maken kunnen hebben. Bepaalde groepen cliënten met ggz-problematiek kunnen bijvoorbeeld na drie jaar verblijf in een instelling (tijdelijk) toegang tot de Wlz krijgen; tot die tijd valt deze zorg onder de Zvw. Andere mensen met (blijvende) ggz-problematiek zijn op de Wmo 2015 en/of de Zvw aangewezen, waar ze deze zorg keer op keer opnieuw toegewezen krijgen. Volgens geïnterviewde zorgaanbieders (Van Klaveren et al. 2017) zou het beter zijn om een meerjarige of zelfs levenslange indicatie voor deze zorg te hebben.

De schotten tussen de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz lijken deels voort te komen uit de verschillende uitgangspunten en financieringssystemen van de wetten (Van der Ham 2018). Terwijl de gemeenten expliciet de opdracht van het rijk hebben gekregen tot het bieden van maatwerk, lijken de strakkere kaders van de Wlz en de Zvw hier minder mogelijkheden toe te bieden. De Raad voor het Openbaar Bestuur (ROB 2017) stelt dat op dit moment alleen in de Wmo 2015 (en de Jeugdwet) sprake is van een norm voor integrale dienstverlening en adviseert daarom om die ook in andere wetgeving op te nemen. Daarnaast luidt het advies om niet in te zetten op ‘ontschotten’, maar te werken aan ‘omschotting’:

Wie een schot weghaalt in regels (wet), verantwoordelijkheden (pet) of geld (budget), komt vroeger of later een ander schot tegen. De kunst is niet om schotten weg te halen door te ontschotten, maar om te omschotten: wees bewust van het feit dat er schotten zijn en zoek de ruimte op om eromheen te werken. (ROB 2017: 13)

Dit punt sluit aan bij het idee van gemeentelijke beleidsmedewerkers dat het bestaan van schotten onvermijdelijk is en dat het belangrijker is dat er in de uitvoering integraal wordt gewerkt, zodat cliënten geen last ondervinden van de verschillen tussen de wettelijke kaders (Van der Ham 2018).

14.3 Afstemming met (andere) ondersteuning vanuit het sociaal domein

Tegelijkertijd met de invoering van de Wmo 2015, de Wlz en het gewijzigde Besluit zorgverzekering werden de Jeugdwet en de Participatiewet ingevoerd. De Wmo 2015, de Jeugdwet en de Participatiewet vormen tezamen 'het sociaal domein', oftewel 'alles wat lokale overheden doen op het gebied van werk, zorg en jeugd' conform de afbakening in deze wetten (Pommer en Boelhouwer 2016: 13). In een ruimere opvatting wordt een bredere waaier aan taken tot het sociaal domein gerekend, waaronder schuldhulpverlening, passend onderwijs, leerlingenvervoer, aanpak kindermishandeling en huiselijk geweld en openbare gezondheidszorg (KING 2013; Pommer en Boelhouwer 2016). In deze paragraaf hanteren we de smalle definitie van het sociaal domein en kijken we achtereenvolgens naar de afstemming van de langdurige zorg met de Jeugdwet en de Participatiewet. Van deze beide wetten vinden ook landelijke evaluaties plaats (Friele et al. 2018; TK 2013/2014d). Een van de gedachten achter de drie decentralisaties is dat het door het decentraliseren en het samenbrengen van voorzieningen bij gemeenten eenvoudiger wordt om integraal en samenhangend beleid te voeren, zodat burgers samenhangende ondersteuning ontvangen (TK 2012/2013a). Hoe pakt dit in de uitvoeringspraktijk uit?

Kader 14.3 Gestapeld gebruik van individuele voorzieningen tussen de drie decentralisatiewetten komt beperkt voor

De stapeling van voorzieningengebruik naar wettelijk kader op het persoonsniveau is tussen de drie decentralisatiewetten beperkt. Ruim 1,6 miljoen mensen (10% van de bevolking) maakten in 2015 gebruik van een individuele voorziening op grond van de Participatiewet, de Wmo 2015 of de Jeugdwet. Let wel, het gaat hier over individuele of maatwerkvoorzieningen; het gebruik van algemene en collectieve voorzieningen is niet opgenomen in registraties. Van de cliënten maakte 5,6% gebruik van zowel maatschappelijke ondersteuning als een participatievoorziening en 0,2% van zowel maatschappelijke ondersteuning als van jeugdzorg. De stapeling van voorzieningen uit alle drie de sectoren kwam vrijwel niet voor (0,0%). De combinatie van jeugdzorg met de andere sectoren is zeldzaam, gezien het verschil in doelgroepen (jeugd versus volwassenen). Op huishoudensniveau komt stapeling uiteraard iets vaker voor, maar nog steeds in beperkte mate. In ruim 1,4 miljoen (18%) huishoudens werd in 2015 minimaal één voorziening gebruikt. Van de gebruikende huishoudens ontving 6,5% zowel maatschappelijke ondersteuning als een participatievoorziening, 0,7% kreeg zowel maatschappelijke ondersteuning als jeugdzorg en 0,6% gebruikte alle drie de typen voorzieningen.

Bron: Pommer et al. (2017)

14.3.1 Overgang vanuit de Jeugdwet naar ondersteuning voor volwassenen (Wmo 2015/Zvw/Wlz)

Niet alle mensen die voor de eerste keer een beroep op de Wmo 2015 of Wlz doen zijn nieuw als zorgcliënt. Ook vanuit de Jeugdwet stromen cliënten in. De Jeugdwet is in principe bestemd voor jeugdigen tot 18 jaar en voor de uitvoering van deze wet is de gemeente verantwoordelijk. Bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd is er een aantal opties: doorzetting onder de Jeugdwet (doorloopregeling), overgang naar ondersteuning vanuit de Wmo 2015 en/of Zvw, overgang naar ondersteuning vanuit de Wlz (bv. binnen de uitzonderingsregel) of volledige beëindiging van de hulp. In kader 14.4 en kader 14.5 worden respectievelijk de doorloopregeling van de Jeugdwet en de uitzonderingsregel in de Wlz toegelicht. De Memorie van Toelichting bij de Jeugdwet wijst op het belang van een goede overdracht en continuïteit van zorg wanneer een jongere in een ander wettelijk kader terechtkomt. Volgens de wetgever is hier een belangrijke rol voor gemeenten weggelegd en dient het streven te zijn ‘om de ondersteuning, hulp of zorg – indien gewenst – bij dezelfde aanbieder te verlenen, zodat de jongere hier niets van hoeft te merken’ (TK 2012/2013b: 22). De bedoeling is dat gemeenten door de decentralisatie beter in staat zijn ‘om integraal beleid te ontwikkelen en maatwerk te bieden, afgestemd op de lokale situatie en uitgaande van de mogelijkheden (eigen kracht) en de behoeften van individuele jeugdigen en hun ouders’ (TK 2012/2013b: 3). Het is goed om zich te realiseren dat jongeren met een beperking tussen de 18 en 23 jaar naast de Jeugdwet, de Wmo 2015 en de Wlz ook te maken kunnen krijgen met nog andere kaders, zoals passend onderwijs en de Participatiewet (Ebben en Berghuis 2017).

Kader 14.4 Doorloopregeling Jeugdwet

De mogelijkheid om de hulp te laten doorlopen onder de Jeugdwet (doorloopregeling) hangt af van de vorm van jeugdhulp en problematiek (TK 2012/2013b; TK 2016/2017). Onder voorwaarden kan jeugdhulp doorlopen tot maximaal het 23^e levensjaar. De gemeente kan hiertoe besluiten (Ebben en Berghuis 2017). Op 31 december 2016 maakten 15.970 18-23-jarigen gebruik van jeugdhulp en 3195 van jeugdreclassering (scp-bewerking gegevens CBS StatLine december 2017). Het absolute aantal 18-23-jarigen dat jeugdhulp kreeg, was daarmee toegenomen in vergelijking tot 31 december 2015 (11.950 in 2015), het aantal in de jeugdreclassering afgenomen (3715 in 2015). (scp-bewerking gegevens CBS StatLine december 2017)

Kader 14.5 Uitzonderingsregel Wlz

In de Wlz is voor jongeren met een licht verstandelijke beperking die voor hun 18^e jaar zorg ontvingen vanuit de Jeugdwet en die na het bereiken van de 18-jarige leeftijd behoefte houden aan deze zorg een uitzonderingsregel opgenomen om de continuïteit van die zorg te waarborgen:

In afwijking van het eerste lid heeft een meerderjarige verzekerde recht op zorg voor zover hij vanwege een combinatie van een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen:

- a tijdelijk behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid [...], of
- b volgens zijn behandelaar is aangewezen op het afmaken van een onder de Jeugdwet aangevangen behandeling met verblijf. (EK 2014/2015: 8)

Het gaat hier om behandeltrajecten met verblijf voor een tijdelijke periode en het betreft vooral verzekerden met een licht zorgprofiel in de sector Licht Verstandelijk Gehandicaptenzorg (LVG): LVG Wonen met enige behandeling en begeleiding (voorheen LVG1) en Wonen met behandeling en begeleiding (voorheen LVG2). De behandelaar onder wie het traject onder de Jeugdwet is gestart, kan besluiten of het traject nadat de cliënt meerderjarig is geworden kan worden voortgezet. Het ciz vericht geen inhoudelijke beoordeling, maar zal wel een indicatiebesluit moeten afgeven. Dat besluit geldt zo lang als het afmaken van de behandeling duurt, met een maximum van drie jaar (vws 2014). Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal jongeren dat gebruikmaakt van deze regeling (Ebben en Berghuis 2017).

In de praktijk bestaan knelpunten

Op basis van diverse bronnen constateren Ebben en Berghuis (2017: 31) geen grote knelpunten in de inhoudelijke aansluiting van wetgeving rondom jongeren, waaronder de Jeugdwet, de Wmo 2015 en de Wlz. Wel zijn er signalen uit diverse hoeken dat in de praktijk de aansluiting van hulp lang niet altijd goed verloopt, ook in de overgang naar de Wmo 2015/Zwf of de Wlz (Van den Berg et al. 2017; Blom en Van den Broek 2017; De Kinderombudsman 2015a; Ebben en Berghuis 2017; Van der Ham 2018; Jansen en Pansier-Mast 2015; Van Klaveren et al. 2017; Pons et al. 2016; ROB 2017; Schellingerhout en Schyns 2017). Onder meer uit de *Eerste evaluatie Jeugdwet* blijkt dat gemeenten, aanbieders van jeugdhulp en cliënten knelpunten ervaren bij de voortzetting van hulp aan jongeren die 18 jaar worden (Friele et al. 2018). De ervaringen van cliënten geven de indruk dat de mogelijkheden om de continuïteit van zorg te organiseren nog lang niet altijd worden benut. Ebben en Berghuis (2017) noemen een aantal overkoepelende knelpunten in de overgang van de Jeugdwet en passend onderwijs naar de Wmo 2015, de Wlz en de Participatiewet: de complexiteit van de wetgeving in combinatie met onvoldoende kennis hierover bij zorgaanbieders en gemeenten, het ontbreken van een passend hulpverleningsaanbod, partijen die elkaar niet weten te vinden en niet op de hoogte zijn van de routes en mogelijkheden binnen het lokale stelsel (versnippering), en het uit beeld raken van jongeren wanneer ze 18 jaar worden. Daarnaast constateren Bucx et al. (2018: 256) in een deelstudie van de *Eerste evaluatie Jeugdwet* dat sommige jongeren zich niet goed voorbereid voelen op de situatie na hun 18^e jaar: ‘Ze lopen ertegenaan dat zij veel verschillende zaken zelf moeten regelen, en zij lijken daarnaast onvoldoende vaardig in het omgaan met geld, of met complexe en langdurige processen om verlengde indicatie of volwassenenzorg aan te vragen.’

Hierna gaan we nader in op enkele van de ervaren knelpunten. Daarnaast bespreken we meer specifiek de overgangen naar de Wmo 2015 en de Wlz.

Complexe wetgeving en te weinig kennis

Vanwege de complexiteit van de wetgeving is veel kennis nodig over de toegangscriteria en processen rondom indicatiestelling en het afgeven van beschikkingen om te kunnen bepalen vanuit welk wettelijk kader een jongere hulp moet worden geboden. Die kennis blijkt in de praktijk niet altijd in voldoende mate aanwezig te zijn bij medewerkers van zorgaanbieders en gemeenten (Ebben en Berghuis 2017). Een deel van de aanbieders van gehandicaptenzorg ervaart bijvoorbeeld een grijs gebied in de afbakening tussen de Jeugdwet, Zvw en Wlz dat leidt tot een ‘kastje-muur-effect’ bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd (Pons et al. 2016). Door de complexiteit van de wetgeving in combinatie met het gebrek aan kennis raken sommige jongeren tussen de wal en het schip (Ebben en Berghuis 2017).

Onvoldoende aanbod voor jongeren

Er zijn meerdere signalen dat het aanbod van voorzieningen voor jongeren onvoldoende is, zowel te weinig in aantal als onvoldoende passend voor de doelgroep. Vooral woonvoorzieningen met begeleiding ontbreken, bijvoorbeeld voor jongeren met een licht verstandelijke beperking of autisme (Van den Berg et al. 2017; Blom en Van den Broek 2017). Ook zijn er wachtlijsten voor ggz-plaatsen en crisisopvang. Dak- en thuisloze jongeren komen bijvoorbeeld terecht in opvangvoorzieningen voor volwassenen die jeugdprofessionals niet geschikt voor hen vinden (Van den Berg et al. 2017). Volgens gemeenten staat landelijke regelgeving op het gebied van huisvesting, veiligheid of maatschappelijke opvang soms in de weg van een oplossing (TK 2016/2017).

Een deel van de jongeren haakt zelf af bij 18 jaar

Wanneer een jongere 18 jaar wordt, wordt de hulpverlening vrijwillig en kan de jongere ervoor kiezen om de behandeling en/of ondersteuning stop te zetten. In dat geval kan de jongvolwassene uit beeld raken van hulpverlenende instanties. In een peiling onder de leden van brancheorganisatie Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (vgn) noemde 18% van de aanbieders het stopzetten door de jongere als knelpunt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd (Pons et al. 2016). Er zijn verschillende redenen waardoor jongeren vanaf hun 18^e jaar afhaken: ze zijn ‘zorgmoe’ na jarenlange behandeltrajecten in verschillende instellingen en met verschillende hulpverleners, hebben hun vertrouwen in de hulpverlening verloren en/of denken goed voor zichzelf te kunnen zorgen en geen hulp meer nodig te hebben (De Kinderombudsman 2015b). Maar ook de eigen bijdrage die cliënten voor de Wmo moeten betalen, schrikt jongeren af en maakt dat ze de ondersteuning stopzetten, zo ervaart men in de praktijk (Van den Berg et al. 2017; Pons et al. 2016).

Overgang naar Wmo 2015 bij 18 jaar nog niet soepel

Hoewel in beide situaties de gemeente verantwoordelijk is, wordt de overgang van de Jeugdwet naar de Wmo 2015 wanneer de jongere de leeftijd van 18 jaar bereikt in meerdere studies en door diverse belanghebbenden (gemeenten, zorgaanbieders/professionals en cliënten) als een knelpunt genoemd (o.a. Van den Berg et al. 2017; Ebben en Berghuis

2017; Friele et al. 2018; Van der Ham 2018; ROB 2017). In de eerdergenoemde peiling onder de leden van de brancheorganisatie VGN noemt 49% van de aanbieders de aansluiting van jeugdhulp (Jeugdwet) naar ondersteuning vanuit de Wmo als knelpunt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd (Pons et al. 2016). Ook onderzoek onder gespreksvoerders in een aantal gemeenten laat zien dat de overgang van cliënten van de Jeugdwet naar de Wmo 2015 regelmatig moeizaam verloopt en dat er zelden een hulpvoorzettingsplan beschikbaar is (Schellingerhout en Schyns 2017). Deskundigen zeggen dat indicaties uit de jeugdzorg niet zonder meer worden overgenomen op basis van de Wmo en dat dit soms een verandering betekent van de hoeveelheid zorg, het type zorg en/of van de zorgverlener (Den Draak et al. 2016). Uit de diverse studies komt het beeld naar voren dat een geïntegreerde aanpak op cliëntniveau nog lang niet altijd en overall lukt. Financiële kwesties zitten daarbij in de weg. Gecontracteerde aanbieders voor jeugdhulp hebben bijvoorbeeld niet altijd ook een Wmo-contract, en jongeren ontvangen voor ondersteuning vanuit de Jeugdwet een hoger bedrag dan vanuit de Wmo (zak- en leefgeld) (Van den Berg et al. 2017). Aanbieders van gehandicaptenzorg noemen problemen in de bekostiging door een verschil in het woonplaatsbeginsel tussen de Jeugdwet en de Wmo (Pons et al. 2016). Volgens Ebben en Berghuis (2017) is het grootste deel van de knelpunten die in de praktijk worden ervaren lokaal van aard en biedt het aanpassen van de wetgeving geen oplossing. Ook de Raad voor het Openbaar Bestuur (ROB 2017) is terughoudend en gelooft niet dat een stelselwijziging van de zorgwetten een oplossing biedt. Wel wordt momenteel (begin 2018) een wetswijziging van het woonplaatsbeginsel in de Jeugdwet voorbereid,¹ maar afstemming tussen gemeenten over uitzonderingssituaties zal bij een nieuwe regeling waarschijnlijk ook nodig blijven (Bruning et al. 2018). Door de diverse partijen in het veld worden oplossingen gezocht in het ontschotten van middelen, flexibel in te zetten budgetten, een beter gebruik van de verlengde Jeugdwet, nieuwe vormen van begeleid en beschermd wonen en het maken van een toekomstplan/perspectiefplan voor individuele jongeren (Van den Berg et al. 2017; Pons et al. 2016). Gemeenten vertonen onderling grote verschillen in hun beleid rondom jongeren en in de uitvoering daarvan. Er zijn diverse gemeenten die stappen zetten om knelpunten op te lossen en die werken aan integraal beleid en zorgcontinuïteit bij de overgang naar volwassenheid (Van den Berg et al. 2017; Ebben en Berghuis 2017; Friele et al. 2018). Daarnaast is er vanuit kennisinstituten en het landelijk beleid veel aandacht voor het onderwerp (o.a. NJI/Stichting Alexander 2015; TK 2016/2017; VNG/NJI 2016). De ervaringen in de praktijk zijn dan ook niet alleen maar negatief. In het onderzoek over de uitvoeringspraktijk van de Wmo zei bijvoorbeeld een ruime meerderheid van de geënquêteerde gemeenten dat beleidsmedewerkers van de Wmo 2015 en beleidsmedewerkers van het jeugdbeleid elkaar goed weten te vinden (Van der Ham 2018). Onderzoek in een aantal gemeenten liet zien dat gespreksvoerders de ervaring hebben dat jongeren die van jeugdhulp naar de Wmo 2015 overgaan vaak de hulp ontvangen die ze nodig hebben, dat deze jongeren regelmatig hun aanbieder of begeleider behouden en dat ze zelden lang zonder hulp blijven (Schellingerhout en Schyns 2017).

Jongvolwassenen met licht verstandelijke beperking worden vaak niet toegelaten tot de Wlz

Diverse partijen ervaren in de praktijk dat Wlz-aanvragen van jongeren met een licht verstandelijke beperking in de leeftijd van 18 tot 23 jaar vaak worden afgewezen (Jansen en Pansier-Mast 2015; Van Klaveren et al. 2017; Versterken Samenwerking 2015). Voor de groep die mogelijk onder de uitzonderingsregel in de Wlz valt, constateert onderzoeksbureau NHM:

In de praktijk lopen aanbieders er tegenaan dat het ciz niet makkelijk een behandelindicatie onder de Wlz afgeeft. Er worden hoge eisen gesteld aan de motivering en er wordt streng getoetst of behandelperspectief aanwezig is. Het ciz komt bij mensen van 18 jaar en ouder vaak tot een ander oordeel dan de behandelende instelling. Vanaf de leeftijd van 21 jaar gaat het volgens het ciz meestal om voortgezette hulpverlening in de vorm van woon- en vaardigheidstraining en dit kan niet onder de Wlz worden geïndiceerd. (Jansen en Pansier-Mast 2015: 15)

Ook volgens brancheorganisatie vGN werkt de uitzonderingsregel in de Wlz vaak niet en is deze omslachtig (Halsema 2016).

Jongvolwassenen die niet onder de Wlz of Jeugdwet vallen, maar wel ondersteuning nodig hebben, kunnen zich tot de gemeente wenden voor ondersteuning vanuit de Wmo 2015. Aanbieders en transferverpleegkundigen zeggen echter dat jongeren met een licht verstandelijke beperking en/of ggz-problematiek die niet onder de Wlz vallen niet altijd genoeg hebben aan ambulante begeleiding vanuit de gemeente. Zij hebben ondersteuning nodig die 24 uur beschikbaar is om verslaving, verward gedrag of terugvallen te voorkomen (Van Klaveren et al. 2017). In hetzelfde onderzoek noemden ook ciz-medewerkers jongeren en jongvolwassenen met een (licht) verstandelijke beperking als een groep die onder de huidige beleidsregels geen toegang tot de Wlz krijgt, maar ook niet thuis kan blijven wonen (Van Klaveren et al. 2017). Meer algemeen zeiden ciz-medewerkers in dit onderzoek dat het indiceren van kinderen, jongeren en jongvolwassenen lastig is, vooral in het geval van (licht) verstandelijke beperkingen. Een Wlz-indicatie wordt niet afgegeven wanneer niet kan worden vastgesteld of de beperkingen blijvend zijn. Bij deze doelgroep is het echter moeilijk vast te stellen of de behoefte aan 24 uurzorg in de nabijheid blijvend is of dat de jongere 'leerbaar' is en vaardigheden zal opdoen om zelfstandig te functioneren (Van Klaveren et al. 2017). Leden van vGN (aanbieders in de gehandicaptenzorg) lopen tegen hetzelfde aan: 39% noemt als knelpunt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd het bekostigen van verblijf voor cliënten die (nog) geen toegang tot de Wlz krijgen, omdat de blijvendheid (nog) niet kan worden aangetoond (Pons et al. 2016). Een aantal ciz-medewerkers opperde tijdelijke toegang tot de Wlz (indicaties met een beperkte geldigheid) als een oplossing voor deze doelgroep (Van Klaveren et al. 2017). Ebben en Berghuis (2017) concluderen in hun analyse van verschillende bronnen dat het niet duidelijk is in hoeverre de strenge indicatiecriteria er in praktijk toe leiden dat jongeren tussen de 18 en 23 jaar niet de juiste zorg krijgen.

14.3.2 Verbinding tussen de Wmo 2015 en de Participatiewet

Door de verantwoordelijkheid voor zowel de Wmo 2015 als de Participatiewet bij de gemeente te leggen, bieden de decentralisaties de mogelijkheid om de participatie van kwetsbare mensen integraal, als een samenhangend werkveld te organiseren (Van Engelen et al. 2015). De Memorie van Toelichting bij de Wmo 2015 wijst dan ook op de samenhang met de Participatiewet:

In samenhang met de uitvoering van de Participatiewet biedt dit wetsvoorstel nieuwe mogelijkheden voor het bieden van ondersteuningsvormen die tevens gericht zijn op het opdoen van (betaalde) werkervaring of het verrichten van maatschappelijke nuttige activiteiten. Dit wetsvoorstel voorziet daarom bewust in een grote mate van beleidsruimte voor gemeenten om naar eigen inzicht, mogelijkheden en gewoonten het buurtgericht werken verder te ontwikkelen en het voorzieningenaanbod in te richten op de specifieke omstandigheden en ondersteuningsbehoeften van hun inwoners. (TK 2013/2014b: 7)

Toenadering tussen Participatiewet en Wmo 2015 komt langzaam op gang

In de eerste jaren na de decentralisaties van 1 januari 2015 hebben gemeenten weinig aandacht gehad voor de verbinding van werk en inkomen met de andere domeinen, en bleef de samenwerking voornamelijk beperkt (Van den Berg et al. 2016; Cuelenaere et al. 2017). In 2015 zeiden veel gemeenten dat ze een integrale visie hebben geformuleerd voor het sociaal domein, maar de uitwerking van die visie naar beleid en uitvoering van de Participatiewet gebeurde vaak los van de andere decentralisatiewetten (Cuelenaere et al. 2015). In 2017 zei 56% van de gemeenten dat er samenhangend beleid is op de drie terreinen van het sociaal domein en/of tussen de Participatiewet en de Wmo, en minder dan de helft (43%) sprak van samenhang in de uitvoering (Cuelenaere et al. 2017). Ook de inbedding van het domein werk en inkomen in sociale (wijk)teams is beperkt. In 2017 maakte in 37% van de gemeenten een medewerker van de dienst Werk en Inkomen deel uit van het team en in 45% van de gemeenten hadden de teams taken voor werk en inkomen in het pakket (Van Arum en Van den Enden 2018).² De meest voorkomende taken waren participatiebevordering (81%), schuldhulpverlening (79%), toeleiding naar inkomensondersteuning (78%) en inkomensondersteuning (76%). De Inspectie szw (2016) sprak in de tweede helft van 2015 met beleidsmedewerkers en professionals³ en stelde vast dat mensen met een lage loonwaarde die zich op de grens van werk (Participatiewet) en dagbesteding (Wmo 2015) bevinden het risico lopen om tussen de wal en het schip te raken. De Transitiecommissie Sociaal Domein signaleerde begin 2016 dat het integreren van de Participatiewet in het sociaal domein achterloopt en ervaarde onvoldoende voortgang in het ontwikkelen van één sociaal domein (TSD 2016). Movisie (Van Deth et al. 2016) formuleerde het eind 2016 iets positiever: zij constateren dat er toenadering is tussen de Participatiewet en de Wmo 2015 en zien in de praktijk mooie voorbeelden ontstaan van integrale aanpakken, al menen ook zij dat 'verbinding' nog een te groot woord is.

Belemmering door verschillen tussen de kaders

Dat verbinding tussen de Participatiewet en de Wmo 2015 niet vanzelfsprekend is, wordt onder meer toegedicht aan de bestaande verschillen tussen de beide wettelijke kaders: de wetten verschillen in doelen, focus en organisatie van elkaar (o.a. ROB 2017). De Participatiewet is vooral gericht op uniformiteit, handhaving en rechtmatigheid, terwijl de Wmo 2015 (en de Jeugdwet) zich vooral richt op maatwerk en een goede interpretatie van de zorgvraag (Algemene Rekenkamer 2017: 20). Ook heeft het concept ‘participatie’ in beide wetten een andere betekenis (Van Deth et al. 2016; Panhuijzen et al. 2017). In casusonderzoek lieten beleidsmedewerkers van gemeenten weten de Participatiewet te ervaren als strenger, minder flexibel, met minder mogelijkheden om maatwerk te leveren en meer ingestoken vanuit controle (Van den Berg et al. 2016; Van den Berg et al. 2017; Van der Ham 2018; zie ook TSD 2016). Gemeenten zeggen dat de focus van de Participatiewet niet alle doelgroepen even goed past en dat verplichtingen kunnen botsen met de maatwerkondersteuning die zij willen geven. Zij zouden meer ruimte willen om burgers tijdelijk minder druk op te leggen in hun arbeidsmarktverplichtingen, zodat ze eerst op andere domeinen hun leven op orde kunnen krijgen (Cuelenaere et al. 2017). De Transitiecommissie Sociaal Domein is echter van mening dat gemeenten de ruimte die de Participatiewet biedt niet volledig benutten en spoort aan meer gebruik te maken van de uitzonderingsbepalingen die de wet biedt (TSD 2016). Cuelenaere et al. (2017) zien dan ook verschillen tussen gemeenten in de mate waarin ze de ruimte en vrijheid nemen of terughoudend zijn.

Onderzoek uit 2015 laat zien dat gemeenten geneigd waren de Participatiewet zelfstandig uit te werken naast de andere twee decentralisatiewetten, onder meer omdat ze de veranderingen door de Wmo 2015 en de Jeugdwet als meer ingrijpend ervoeren (Cuelenaere et al. 2015). Gemeenten die betrokken waren bij het project ‘City Deals Inclusieve Stad’ zeiden dat de verschillende wetten (Participatiewet, Wmo 2015, Zvw en Jeugdwet) ‘nog vaak leiden tot aparte budgetten, verordeningen, werkwijzen en inkoopafspraken’ (Panhuijzen et al. 2017: 8). Dit zou het opstellen van integrale ondersteuningsplannen met maatwerk per huishouden belemmeren. Cuelenaere et al. (2017) noemen de privacywetgeving als een belemmerende factor en aandachtspunt voor integrale dienstverlening vanuit de Wmo en de Participatiewet.

Vernieuwende initiatieven gaande, maar nog weinig structureel of wijdverspreid

Ondanks de genoemde belemmeringen en het lage tempo van verbinden van de Participatiewet en de Wmo 2015 zijn er wel degelijk ontwikkelingen, experimenten en vernieuwende praktijkvoorbeelden op het grensvlak van de twee wetten (o.a. Cuelenaere et al. 2015; Van Deth et al. 2016; Lammersen et al. 2016). Er zijn bijvoorbeeld projecten waarin dagbesteding (Wmo 2015) en beschut werk (Participatiewet) worden samengebracht (Van Houten en Verweij 2015)⁴ of er worden ‘keukentafelgesprekken’ gevoerd met aanvragers van een bijstandsuitkering (Panhuijzen et al. 2017). Sommige gemeenten zoeken opnieuw contact met langdurig uitkeringsgerechtigden die geen direct perspectief op werk hebben om te kijken wat voor deze mensen wel mogelijk is (Van den Berg et al. 2017;

Cuelenaere et al. 2017). Een deel van deze mensen neemt vervolgens deel aan projecten die op het snijvlak van de Participatiewet en de Wmo 2015 liggen.

Vernieuwende initiatieven zoeken soms doelbewust de verbinding tussen de Participatiewet en de Wmo 2015, in andere situaties ontstaat de verbinding door omstandigheden of op natuurlijke wijze. Vernieuwende elementen in de praktijkvoorbeelden zijn bijvoorbeeld (Van Deth et al. 2016):⁵

- het combineren van verschillende doelen (het opbouwen van een dagritme, ontmoeting, activering, werk);
- de combinatie van verschillende doelgroepen, die terug te zien is in de variëteit van activiteiten en aangeboden diensten;
- het bundelen van diensten door ze als voorliggende (algemene) voorzieningen te presenteren;
- laagdrempelige inloop en toegang;
- nieuwe samenwerkingsvormen van bedrijven met wijkteams of welzijnsinstellingen; en
- de inzet van ervaringsdeskundigen als rolmodel.

De voorbeeldinitiatieven uit de praktijk worstelen met enkele uitdagingen: ze hebben in eerste instantie geen structureel karakter of afgestemde werkprocessen; in de meeste gevallen wordt niet op een systematische of methodische manier gewerkt; ze zijn kleinschalig en mensen komen er per toeval terecht; er lijkt weinig doorstroom of uitstroom te zijn; er wordt weinig aan evaluatie, monitoring en effectmeting gedaan; en de vrijheid van cliënten om hun eigen traject samen te stellen is beperkt (Van Deth et al. 2016: 28). Hoewel er dus diverse vernieuwende initiatieven in de praktijk gaande zijn, lijken deze nog weinig structureel en niet erg wijdverspreid te zijn.

14.4 Samenvatting en conclusies

Vanaf 1 januari 2015 kwam een nieuw stelsel van wetten tot stand op het gebied van zorg en ondersteuning, waarbij een groot aantal partijen betrokken is. Goede afstemming en samenwerking rondom de betrokken wettelijke partijen moeten ervoor zorgen dat continuïteit en kwaliteit van zorg gewaarborgd is, en dat er sprake is van efficiënte, doelmatige dienstverlening. Hierbij zijn zowel de grensvlakken tussen de wetten voor langdurige zorg (Wmo 2015, Zvw en Wlz) als de grensvlakken van de langdurige zorg met het sociaal domein (Wmo 2015, Jeugdwet en Participatiewet) van belang. Dit hoofdstuk beschrijft bestaande afstemmingsvraagstukken en de afstemming en samenwerking in het algemeen en geeft daarmee inzicht in de kwaliteit van het stelsel als geheel.

Hoewel afstemming tussen partijen die betrokken zijn bij de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz sinds 2015 over het algemeen lijkt te zijn toegenomen, zijn er ook knelpunten. De vier onderwerpen waarbij die het meest worden ervaren zijn: de samenwerkingsrelatie tussen gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en het ciz; onduidelijkheden in de afbake-

ning van de Wmo 2015/Zvw/Wlz; doorstroom en afwenteling van cliënten; en belemmeringen in integrale dienstverlening door schotten tussen wetten.

Er zijn wisselende ervaringen met samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en het ciz. Vooral de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars loopt regelmatig nog niet soepel. Sommige (vooral kleine) gemeenten hebben helemaal geen contact met de zorgverzekeraar, terwijl andere wel contact hebben, maar problemen ervaren met bijvoorbeeld slechte bereikbaarheid van de zorgverzekeraar. Voor zorgverzekeraars is het lastig om met een groot aantal gemeenten contact en overleg te hebben. Ook de samenwerking tussen gemeenten en het zorgkantoor en het ciz loopt regelmatig nog niet op rolletjes, onder andere vanwege weinig structureel overleg en problemen rondom gegevensuitwisseling. Daarentegen zijn er ook signalen dat de samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars, het zorgkantoor en het ciz in bepaalde gevallen juist soepel verloopt wanneer partijen bereid zijn tot overleg en er 'korte lijnen' tussen hen zijn.

Op verschillende vlakken blijken onduidelijkheden over de afbakening van de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz te bestaan. De meeste onduidelijkheid lijkt te worden ervaren rondom persoonlijke verzorging, en dan vooral bij maaltijdvoorziening: het blijkt moeilijk te bepalen of die onder de Wmo 2015 of de Zvw hoort te vallen. Ook zijn er onduidelijkheden wat betreft de afbakening van de Wmo 2015 met de (toegang tot de) Wlz, bijvoorbeeld bij de criteria voor overgang van de Wmo 2015 naar de Wlz.

Rondom de doorstroom en afwenteling van cliënten van het ene naar het andere wettelijke kader bestaan verschillende zorgpunten. Ten eerste blijkt dat er een groep cliënten is die wat betreft zorgbehoefte zou thuishoren in de Wlz, maar toch in de Wmo 2015 blijft, omdat ze onder de Wlz meer gaan betalen voor minder zorg ('zorgval'). Ten tweede blijkt dat cliënten regelmatig heen en weer worden verwezen tussen de Wmo en de Wlz. Het is onduidelijk of dit vanuit financiële overwegingen gebeurt of door onbekendheid met de wetgeving. Ten derde zijn er zorgen met betrekking de toegangscriteria tot de Wlz, die volgens sommigen 'te strikt' zijn.

Goede samenwerking tussen de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz moet er mede voor zorgen dat de hulp zo integraal mogelijk kan worden geleverd. In de praktijk blijkt uit verschillende bronnen dat het niet eenvoudig is om goede samenwerking te bewerkstelligen door (o.a.) het bestaan van schotten tussen de wetten. Dit lijkt deels voort te komen uit de verschillende uitgangspunten en financieringssystemen van de wetten. Zo hebben gemeenten expliciet de opdracht van het rijk gekregen om maatwerk te leveren, terwijl de strakkere kaders van de Wlz en de Zvw hier minder mogelijkheden toe bieden.

De Wmo 2015 vormt tezamen met de Jeugdwet en de Participatiewet het sociaal domein (smalle definitie), waar de gemeenten verantwoordelijk voor zijn. Een van de gedachten achter de decentralisaties is dat het samenbrengen van verantwoordelijkheden bij de gemeente het eenvoudiger maakt om tot integraal en samenhangend beleid en ondersteuning te komen. Behalve de evaluatie van de HLZ vinden landelijke evaluaties van de

Jeugdwet en de Participatiewet plaats. Het is daarnaast van belang om te kijken naar de grensvlakken van de verschillende wetten en naar het stelsel als geheel.

De Jeugdwet is in principe bedoeld voor jeugdigen tot 18 jaar, daarna vallen deze cliënten als jongvolwassenen onder de Wmo 2015/Zvw of de Wlz. Verschillende partijen benoemen knelpunten in de praktijk bij de overgang van Jeugdwet naar ondersteuning voor volwassenen (Wmo 2015/Zvw of Wlz): de complexiteit van de wetgeving in combinatie met onvoldoende kennis hierover bij zorgaanbieders en gemeenten, onvoldoende aanbod van passende voorzieningen voor jongeren, partijen die elkaar niet weten te vinden en niet op de hoogte zijn van de routes en mogelijkheden, het stopzetten van ondersteuning door jongeren wanneer ze 18 jaar worden en jongeren die zich niet goed voorbereid voelen op de situatie na hun 18^e verjaardag. Er zijn signalen dat jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking en/of ggz-problematiek vaak niet tot de Wlz worden toegelaten, maar dat ze ook niet altijd genoeg hebben aan de ambulante begeleiding vanuit de gemeente. Ook verloopt de overgang naar de Wmo 2015 bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd niet altijd soepel. Wel vertonen gemeenten verschillen in hun beleid en in de uitvoering, en werken diverse gemeenten aan integraal beleid en zorgcontinuïteit bij de overgang naar volwassenheid.

De toenadering tussen de Participatiewet en de Wmo 2015 kwam in de eerste jaren na de decentralisatie van 1 januari 2015 slechts langzaam op gang. De verbinding tussen de domeinen lijkt niet vanzelfsprekend door verschillen tussen de beide wettelijke kaders in doelen, focus en organisatie. Gemeenten beleven de Participatiewet als streng, controlerend en weinig flexibel met weinig ruimte voor maatwerk, en daarmee van een andere aard als de Wmo 2015. In de praktijk worden op het grensvlak van de twee wetten vernieuwende initiatieven ontwikkeld, onder meer projecten die verschillende doelen en/of doelgroepen samenbrengen, zoals dagbesteding (Wmo 2015) en beschut werk (Participatiewet) en gesprekken met langdurig uitkeringsgerechtigden zonder arbeidsmarktperspectief. Maar zulke projecten lijken nog weinig structureel en niet erg wijdverspreid te zijn.

Kortom, de kwaliteit van het stelsel wordt mede bepaald door de afstemming en samenwerking tussen de verschillende wettelijk kaders, zowel binnen de HLZ als binnen het sociaal domein. Die afstemming en samenwerking bleken in de afgelopen jaren weliswaar toe te nemen, maar niet altijd vlekkeloos te verlopen. Er zijn nog diverse knelpunten die aandacht behoeven. Voor een groot deel hangt dit samen met betrokken partijen die elkaar en de (wettelijke) mogelijkheden nog onvoldoende weten te vinden of kennen, en die vaak ook vele andere taken, administratieve lasten en veranderingen in hun takenpakket hebben. Deels heeft het ook te maken met verschillen tussen de wettelijke kaders in uitgangspunten en organisatie (o.a. financieringssystemen). Voor de betrokken partijen (gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, aanbieders, professionals) is de uitdaging vooral om afstemmingsvraagstukken gezamenlijk achter de schermen op te lossen, zonder dat (potentiële) cliënten daar last van hebben. Er zijn op basis van de diverse onderzoeken geen concrete aanwijzingen dat groepen mensen geheel van zorg onthouden blijven, maar het is niet ondenkbaar dat zich in de praktijk individuele situaties voor-

doen op het grensvlak tussen wetten waarin de geboden formele zorg (tijdelijk) onvoldoende passend is.

Noten

- 1 In de huidige Jeugdwet heeft de jeugdige de woonplaats bij degene die het gezag over hem heeft. In het nieuwe wetvoorstel zal het adres van de jeugdige in de Basisregistratie Personen (BRP) leidend worden (Bruning et al. 2018).
- 2 Dit is in de loop der jaren afgenomen. In 2014 was dit nog respectievelijk 55% en 54% en in 2015 was dat 37% en 50% (Van Arum en Van den Enden 2018).
- 3 Beleidsmedewerkers en uitvoerders van gemeenten, medewerkers van scholen en (*dedicated*) arbeidsdeskundigen van het uwv (Inspectie szw 2016).
- 4 Een belangrijk verschil tussen beschut werk en dagbesteding is dat het bij beschut werk altijd om een dienstbetrekking gaat en bij dagbesteding nooit (szw 2017: 6).
- 5 Voor een uitgebreidere beschrijving van vernieuwende elementen in praktijkvoorbeelden: zie Van Deth et al. (2016).

Literatuur

- Algemene Rekenkamer (2017). *Resultaten verantwoordingsonderzoek 2016. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (VII). Rapport bij het jaarverslag*. Den Haag: Algemene Rekenkamer. Geraadpleegd op 27 februari 2018 via www.rekenkamer.nl.
- AEF (2017). *Samenwerking zorgverzekeraars en gemeenten. De huidige samenwerking in kaart met behulp van samenwerkingskaarten*. Utrecht: Andersson Elffers Felix.
- Arum, Silke van en Thijs van den Enden (2018). *Sociale (wijk)teams opnieuw uitgelicht. Derde landelijke peiling onder gemeenten (zomer 2017)*. Utrecht: Movisie. Geraadpleegd op 26 februari 2018 via www.movisie.nl.
- Berg, Esther van den, Maaïke den Draak, Karin Wittebrood en Mariska Kromhout (2016). DEEL C. Van start in het sociaal domein. Ervaringen in drie gemeenten met de decentralisaties in 2015. In: Evert Pommer en Jeroen Boelhouwer (red.), *Overall rapportage sociaal domein 2015. Rondom de transitie* (p. 275-357). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Berg, Esther van den, Maaïke den Draak en Simone de Roos (2017). DEEL C. Onderweg in het sociaal domein. Ervaringen in drie gemeenten met de decentralisaties in 2016-2017. In: Evert Pommer en Jeroen Boelhouwer (red.), *Overall rapportage sociaal domein 2016. Burgers (de)centraal* (p. 297-403). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bergen, Anne-Marie van, Jan-Willem van de Maat en Marjan Hurkmans (2016). *Onafhankelijke cliëntondersteuning. Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van onafhankelijke cliëntondersteuners*. Utrecht: Movisie/Vilans.
- Blom, A. en P. van den Broek (2017). *MEE Signaal. Trend- en signaleringsrapportage 2017*. Utrecht: MEE. Geraadpleegd op 24 januari 2018 via www.mee.nl.
- Bruning, M.R., R. de Boer en D.S. Verkroost (2018). Juridische deelstudie. In: Friele, R.D., M.R. Bruning, I.L.W. Bastiaanssen, R. de Boer, A.J.E.H. Bucx, J.F. de Groot, T. Pehlivan, L. Rutjes, F. Sondejker, T.A. van

- Yperen en R. Hageraats (2018). *Eerste evaluatie Jeugdwet. Na de transitie nu de transitie* (p. 40-184). Den Haag: ZonMw. Geraadpleegd op 21 februari 2018 via www.rijksoverheid.nl.
- Bucx, Freek, Tarik Pehlivan, Klarita Sadiraj, Leo Rutjes en Jos de Haan (2018). Deelstudie Cliënten. In: Friele, R.D., M.R. Bruning, I.L.W. Bastiaanssen, R. de Boer, A.J.E.H. Bucx, J.F. de Groot, T. Pehlivan, L. Rutjes, F. Sondejker, T.A. van Yperen en R. Hageraats (2018). *Eerste evaluatie Jeugdwet. Na de transitie nu de transitie* (p. 224-318). Den Haag: ZonMw. Geraadpleegd op 21 februari 2018 via www.rijksoverheid.nl.
- Cuelenaere, B., E. van den Brink en J. Mulder (2015). *Ervaringen gemeenten met Participatiewet. Rapportage eerste meting*. Tilburg: CentERdata. Geraadpleegd op 24 januari 2018 via www.centerdata.nl.
- Cuelenaere, B., E. van den Brink, J. Mulder en N. Kieruj (2017). *Ervaringen gemeenten met Participatiewet. Rapportage tweede meting*. Tilburg: CentERdata. Geraadpleegd op 26 februari 2018 via www.rijksoverheid.nl.
- De Kinderombudsman (2015a). *De zorg waar ze recht op hebben. Onderzoek naar de toegang tot en de kwaliteit van jeugdhulp na decentralisatie. Deelrapport 2 van 3*. Den Haag: De Kinderombudsman (advies KOM017/2015). Geraadpleegd op 24 januari 2018 via www.dekinderombudsman.nl.
- De Kinderombudsman (2015b). *'Ik kan het (niet) zelf'. Een verkenning van de problematiek van de continuering van (gedwongen) hulp aan kwetsbare jongeren die de leeftijd van 18 bereiken*. Den Haag: De Kinderombudsman (advies KOM010/2015). Geraadpleegd op 24 januari 2018 via www.dekinderombudsman.nl.
- Deth, Anna van, Marjet van Houten, Shahrzad Nourozi en Frans Kuiper (2016). *Participatiewet en wmo: latrelatie of huwelijk? Inclusief 16 praktijkvoorbeelden*. Utrecht: Movisie. Geraadpleegd op 8 januari 2018 via www.movisie.nl.
- Draak, Maaiken, Anna Maria Marangos, Inger Plaisier en Mirjam de Klerk (2016). *Wel thuis? Literatuurstudie naar factoren die zelfstandig wonen van mensen met beperkingen beïnvloeden*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ebben, P. en H. Berghuis (2017). *Meta-analyse naar inhoudelijke aansluiting van wetgeving voor jongeren met een beperking van 18 tot 23 jaar*. Utrecht: Q-Consultzorg. Geraadpleegd op 7 december 2017 via www.rijksoverheid.nl.
- EK 2014/2015. *Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg)*. Gewijzigd voorstel van wet. Eerste Kamer, vergaderjaar 2014/2015, 33891 (herdruk).
- Engelen, Marcel van, Marjet van Houten, Frans Kuiper en Hilde van Xanten (2015). *Niet voor spek en bonen. Gemeenten & werk voor mensen met een arbeidsbeperking*. Utrecht: Movisie. Geraadpleegd op 17 januari 2018 via www.movisie.nl.
- Friele, R.D., M.R. Bruning, I.L.W. Bastiaanssen, R. de Boer, A.J.E.H. Bucx, J.F. de Groot, T. Pehlivan, L. Rutjes, F. Sondejker, T.A. van Yperen en R. Hageraats (2018). *Eerste evaluatie Jeugdwet. Na de transitie nu de transitie*. Den Haag: ZonMw.
- Halsema, Femke (2016). *Inventarisatie systeemdwang Gehandicaptenzorg*. Brief van Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (vgn) aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 31 oktober 2016. Geraadpleegd op 10 mei 2018 via www.vgn.nl/artikel/24622.
- Ham, Lia van der (2018). De ontwikkeling van Wmo-beleid in gemeenten. In: Lia van der Ham, Maaiken den Draak, Wouter Mensink, Peggy Schyns en Esther van den Berg (2018). *De Wmo 2015 in praktijk. De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning* (p. 42-65). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ham, Lia van der, Maaiken den Draak, Wouter Mensink, Peggy Schyns en Esther van den Berg (2018). *De Wmo 2015 in praktijk. De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Houten, Marjet van en Sanneke Verweij (2015). *Vernieuwing in dagbesteding: 45 projecten*. Utrecht: Movisie.
- Huijsman, Robbert (2017). *Huijsman licht zorgval toe*. Geraadpleegd op 24 januari 2018 via: <https://www.vilans.nl/artikelen/huijsman-licht-zorgval-toe>.
- Ieder(in), KansPlus, Per Saldo, Patiëntenfederatie Nederland en КВО-PCOB (2015). *Brief aan de Tweede Kamer over decentralisatie Wmo*. Utrecht: Ieder(in).
- Ieder(in), Patiëntenfederatie Nederland en MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid (2017). *Klem in zorgsysteem. Vooral mensen met complexe zorgvraag lopen vast. Signaalrapport april 2016-april 2017*. Utrecht: Ieder(in).
- Jansen, Patrick en Louise Pansier-Mast (2015). *Meerderjarigen met verstandelijke beperking en tijdelijke behoefte aan beschermende woonomgeving*. Enschede: Bureau ННМ. Geraadpleegd op 10 januari 2018 via www.rijksoverheid.nl.
- Inspectie szw (2016). *De weg naar extra banen*. Den Haag: Inspectie szw. Geraadpleegd op 10 mei 2018 via www.inspectieszw.nl.
- KING (2013). *Eindadvies Verkenning Informatievoorziening Sociaal domein (visd)*. Den Haag: Kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeenten. Geraadpleegd op 17 januari 2018 via www.vng.nl.
- Klaveren, Susan van, Kees-Jan van de Werfhorst, Naomi Meys, Lieke Brouwer, Arthur van der Harg en Gert Cazemier (2017). *Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg. Ervaringen van aanvragers en professionals*. Amersfoort: BMC Advies.
- Lammersen, Gery, Charlotte Hanzon, Sanneke Verweij, Marjet van Houten en Shahrzad Nourozi (2016). *Hoe gaan gemeenten om met dagbesteding? Verkenning binnen 35 gemeenten*. Utrecht: Movisie. Geraadpleegd op 8 januari 2018 via www.movisie.nl.
- MEE (2016). *MEE Signaal. Trend- en signaleringsrapportage 2016*. Utrecht: MEE. Geraadpleegd op 21 november 2017 via www.mee.nl.
- NJI/Stichting Alexander (2015). *18+ en dan? Overgang van jongere naar volwassene*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 15 december 2017 via www.nji.nl.
- Panhuijzen, Barbara, Sanneke Verweij, Marjet van Houten en Hilde van Xanten (2017). *Werk en inkomen in integrale aanpakken. Een verkenning van theorie en praktijk*. Utrecht: Movisie. Geraadpleegd op 19 januari 2018 via www.movisie.nl.
- Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in), Ypsilon en Mind (2017). *Als zorg en/of ondersteuning nodig is... Inzicht in routes, keuzemomenten en gewenste ondersteuning*. Geraadpleegd op 16 november 2017 via www.rijksoverheid.nl.
- Pommer, Evert en Jeroen Boelhouwer (red.) (2016). *Overall rapportage sociaal domein 2015. Rondom de transitie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Pommer, Evert, Evelien Eggink en Ingrid Ooms (2017). DEEL B. Voorzieningen in het sociaal domein. In: Evert Pommer en Jeroen Boelhouwer (red.), *Overall rapportage sociaal domein 2016. Burgers (de)centraal* (p. 181-296). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Pons, A.G.A. en K.J. van de Werfhorst (2015). *Rapport Monitor sociaal domein. Meting 3 - januari 2015*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Geraadpleegd op 21 november 2017 via www.vgn.nl.
- Pons, A.G.A., C. Vreugde en K.J. van de Werfhorst (2016). *Monitor sociaal domein. Meting 6 - mei 2016*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland / Amersfoort: BMC Onderzoek. Geraadpleegd op 15 december 2017 via www.vgn.nl.
- RadarAdvies (2015). *Rapport onderzoek toegang Wmo 2015*. Amsterdam: RadarAdvies.

- ROB (2017). *Zorg voor samenhangende zorg. Over zorgwetten die door gemeenten worden uitgevoerd*. Den Haag: Raad voor het Openbaar Bestuur. Geraadpleegd op 24 januari 2018 via www.raadopenbestuur.nl.
- Schellingerhout, Roelof en Peggy Schyns (2017). Afstemming en samenwerking. In: Peteke Feijten, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering (2017), *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders* (p. 130-147). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Signaalteam Actieplan Casemanagement Dementie (2018). *Een 'zorgval' bij overgang van zvw/wmo naar extramuraal WLZ: meer betalen voor minder zorg, terwijl zorgzwaarte juist toeneemt. Analyse van enkele fricties vanuit de dementiezorg en oproep tot oplossing door systeempartijen*. Geraadpleegd op 24 januari 2018 via <http://www.zorgnetwerkmkb.nl/sites/default/files/u11/Rapport%20bekostiging%20casemanagement%20zorg%20Wlz-extramuraal.pdf>.
- Staatsblad (2014). Wet van 9 juli 2014, houdende regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015). In: *Staatsblad*, jg. 2014, nr. 280.
- szw (2017). *Kennisdocument beschut werk. Veel gestelde vragen en antwoorden*. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Geraadpleegd op 24 januari 2018 via www.rijksoverheid.nl.
- TK (2012/2013a). *Decentralisaties op het terrein van ondersteuning, participatie en jeugd*. Brief van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van 19 februari 2013. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 33400-VII, nr. 59.
- TK (2012/2013b). *Regels over de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen (Jeugdwet)*. Memorie van Toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 33684, nr. 3.
- TK (2013/2014a). *Toekomst AWBZ*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 6 november 2013. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 30597, nr. 380.
- TK (2013/2014b). *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)*. Memorie van Toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33841, nr. 3.
- TK (2013/2014c). *Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg)*. Memorie van Toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33891, nr. 3.
- TK (2013/2014d). *Financieel en sociaal-economisch beleid*. Brief van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid van 2 december 2013. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33566, nr. 65.
- TK (2016/2017). *Jeugdzorg*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 januari 2017. Tweede Kamer, vergaderjaar 2016/2017, 31839, nr. 559.
- TSD (2016). *Vierde rapportage TSD: Eén sociaal domein*. Brief aan minister Plasterk, ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van 25 februari 2016. Geraadpleegd op 24 januari 2018 via www.transitie-commissiesociaaldomein.nl.
- Tuzgöl-Broekhoven, Jeanine Stam en Ramazan Atalikyayi (2018). *Zorgen voor burgers. Onderzoek naar knelpunten die burgers ervaren bij de toegang tot zorg*. Den Haag: De Nationale ombudsman.
- Versterken Samenwerking (2015). *Jeugd. Factsheet*. Utrecht: Versterken Samenwerking. Geraadpleegd op 17 januari 2018 via www.versterkensamenwerking.nl.
- VNG (2015). *Ledenbrief Afbakeningskwesaties Hervormingen Langdurige Zorg*. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

- VNG/NJI (2016). *Van 18-min naar 18-plus. Handreiking voor gemeenten bij de overgang van jeugd naar volwassenheid*. Den Haag/Utrecht: Vereniging van Nederlandse Gemeenten / Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 24 januari 2018 via www.vng.nl.
- VWS (2014). *Toelichting tweede nota van wijziging Wet langdurige zorg*. Geraadpleegd op 17 januari 2018 via www.rijksoverheid.nl.
- Werkagenda Menzis gemeenten en regio's (2017). *Q&A's onduidelijke casuïstiek. Zvw, Wmo, Wlz en de Jeugdwet*. Geraadpleegd op 10 mei 2018 via www.werkagendamenzisgemeenten.nl.

15 Uitgaven en gebruik formele langdurige zorg en ondersteuning¹

Ab van der Torre

- Er is een duidelijke afvlakking in de groei van de voor prijsstijgingen gecorrigeerde uitgaven voor langdurige zorg: deze groei daalt van 3,3% in de periode 2010-2012 via -1,1% in de periode 2012-2014 naar 0,6% in de periode 2014-2017.
 - De uitgaven voor de langdurige zorg liggen vanaf 2014 onder die van de prognoses bij ongewijzigd beleid van het rijk uit 2013 voor de periode tot en met 2017.
 - Nederland blijft ondanks de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) internationaal gezien relatief veel uitgeven aan deze zorg en ondersteuning (als percentage van het bruto binnenlands product, bbp).
 - Bij extramurale voorzieningen is er na 2015 een verschil in uitgavenontwikkeling tussen voorzieningen die wel en die geen eigen bijdrage kennen: uitgaven voor extramurale wijkverpleging uit de Wlz en extramurale Wmo-maatwerkvoorzieningen (vaak wel eigen bijdragen) stijgen minder dan de wijkverpleging uit de Zvw (geen eigen bijdragen), of dalen zelfs. Een uitzondering vormt het snelgroeiende Volledig Pakket Thuis (VPT).
-

15.1 Inleiding

Achtergrond en aanleiding

Een van de doelen van de Hervorming Langdurige Zorg is de overheidsuitgaven aan zorg en ondersteuning omlaag te brengen, met het oog op een financieel houdbaar stelsel (Wouterse en Ter Rele 2016; Wouterse et al. 2016). In de HLZ-brief van 25 april 2013 staat hierover:

In de afgelopen decennia is de Awbz overbelast geraakt; te veel zaken die we ook zelf zouden kunnen regelen, worden uit de collectieve middelen betaald. Daarmee dreigt het gevaar van steeds hogere premies die het besteedbare inkomen uithollen en de solidariteit aantasten.
(TK 2012/2013: 1, 2)

In de bijlage bij de HLZ-brief licht de staatssecretaris dit als volgt toe:

Hervormingen in de langdurige zorg zijn noodzakelijk, omdat bij de huidige uitgavengroei het stelsel financieel onhoudbaar is. De Awbz heeft de afgelopen decennia een sterke groei van de uitgaven gekend. Van € 275 mln. bij aanvang naar € 25,1 mld. in 2011; een jaarlijkse groei van 8,6%. De reële zorguitgaven stijgen sinds het begin van deze eeuw met circa 4,3% per jaar. Dit is bijna drie keer zoveel als de structurele economische groei. (bijlage bij TK 2012/2013: 3)

Volgens gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS StatLine, Zorgrekeningen) stegen de uitgaven voor ouderenzorg over de periode 2000-2010 reëel inderdaad veel: met 4,6% per jaar.

De Hervorming Langdurige Zorg moest op financieel gebied leiden tot afvlakking van de groei van de uitgaven in de periode 2014-2017. Daarbij werd vermeld dat door de hervorming in 2017 nog evenveel aan de langdurige zorg en ondersteuning zou worden uitgegeven als in 2012.² De HLZ zou verder leiden tot structureel minder uitgaven ter grootte van 3,5 miljard per jaar na 2017 (TK 2012/2013: 2-3 en bijlage bij TK 2012/2013). Met 'structureel minder' wordt hier bedoeld: minder dan de voorspelde uitgaven zónder de HLZ. Later meldde de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Eerste Kamer dat de uitgavengroei in Nederland zou afnemen 'tot een gemiddeld Europees niveau'.

(EK 2013/2014: 4). Dit alles moest bijdragen aan 'het veilig stellen van de ondersteuning en zorg voor kwetsbare Nederlanders in de toekomst' (bijlage bij TK 2012/2013: 2).

De beleidsstukken vermelden niet op welke wijze de financiële doelstellingen precies zouden moeten worden behaald. De verwachting lijkt te zijn dat gemeenten goedkoper kunnen werken dan het rijk, omdat zij in gesprek kunnen gaan met hulpvragers over wat ze zelf (eventueel met hulp van mantelzorgers) nog kunnen doen (eigen kracht en informele zorg). De inzet van vrijwilligers en eigen bijdragen voor ontvangers van zorg en ondersteuning – hoewel eigen bijdragen niet expliciet worden genoemd in de beleidsstukken – kunnen ook helpen om de financiële doelstellingen te verwezenlijken. Ook zouden gemeenten meer aan preventie kunnen doen en algemeen toegankelijke voorzieningen kunnen inzetten, die minder geld kosten dan maatwerkvoorzieningen. De suggestie in de beleidsstukken is dat onder de verantwoordelijkheid van gemeenten het gebruik van voorzieningen zal verminderen of minder zwaar en minder intensief wordt. Ook het beperken van de toegang tot intramurale zorg (zorg met verblijf) voor mensen met minder zware zorgbehoeften lijkt mede ingegeven door de financiële doelen van de HLZ. Dit alles betekent dat het behalen van de financiële doelen voor een belangrijk deel zal afhangen van een minder expliciet geformuleerd doel, namelijk het verminderen van het formele zorggebruik.

Een schematisch overzicht van de HLZ staat in tabel 15.1 (zie ook hoofdstuk 3). Beschermd wonen, (geestelijke gezondheidszorg c (ggz-c) in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)) ging naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015, evenals ondersteuning thuis, die in de praktijk voor het grootste deel bestaat uit individuele begeleiding. Wijkverpleging, extramurale behandeling van mensen met een zintuiglijke beperking en de eerste drie behandeljaren van de op behandeling gerichte intramurale ggz, (ggz-b in de AWBZ) verhuisden naar de Zvw. Ook geriatrische revalidatiezorg (al in 2013) en palliatieve zorg werden naar de Zvw overgeheveld. Verder wordt een deel van de intramurale zorg (vv zzp1-3, lg zzp1 en zzp 3, zg zzp 1, vg zzp 1-2 en ggz zzp1-2, zie Bijlage B.1, te vinden op www.scp.nl bij dit rapport voor een toelichting op de afkortingen) sinds 2015 (of eerder) niet meer geïndiceerd. Voor nieuwe cliënten is hiervoor extramurale zorg uit de Zvw en ondersteuning uit de Wmo 2015 in de plaats gekomen. De overige intramurale AWBZ-zorg valt sinds 2015 onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Eerstelijnsverblijf (ELV) is een nieuwe voorziening die sinds 1 januari 2015 als subsidieregeling is opgenomen in de Wlz en sinds 1 januari 2017 is ondergebracht bij de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Onderzoeksvragen

Het doel van dit hoofdstuk is om de ontwikkeling te laten zien van de uitgaven en het gebruik van (clusters van) voorzieningen in de langdurige zorg (zie ook § 1.3.1). Het betreft langdurige zorg en ondersteuning verleend vanuit de Wmo (2007), de Wmo 2015, de AWBZ, de Wlz en de Zvw. Databeperkingen stellen wel grenzen aan dit doel. Voor zover mogelijk worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

- 1 Hoe hebben de uitgaven voor voorzieningen uit de Wmo zich op landelijk niveau ontwikkeld over de periode 2012-2016?
 Voor zover mogelijk wordt er onderscheid gemaakt tussen voorzieningen uit de Wmo van 2007 en de voorzieningen die in 2015 zijn toegevoegd. Voor de 'oude' Wmo betreft het huishoudelijke hulp, hulpmiddelen en diensten, en verblijf en maatschappelijke opvang (zie ook tabel 15.1 onderdelen B, C en deels D).³ De Wmo 2015 omvat naast de voorzieningen uit de 'oude' Wmo ook ondersteuning thuis (begeleiding) en verblijf en opvang (onderdeel beschermd wonen, dus niet maatschappelijke opvang) (zie ook tabel 15.1, onderdelen E en restant van D).
- 2 Hoe hebben de uitgaven voor de voorzieningen die sinds 1 januari 2015 van de AWBZ naar de Zvw zijn overgeheveld zich op landelijk niveau ontwikkeld over de periode 2012-2016?
 Het betreft extramurale verpleging en *daarmee verbonden* persoonlijke verzorging, extramurale behandeling in verband met een zintuiglijke beperking, op behandeling gerichte intramurale ggz (ggz-b) in het tweede en derde behandeljaar, geriatrische revalidatiezorg, eerstelijnsverblijf en palliatieve zorg (zie ook tabel 15.1, onderdelen F, G, H, I, J en K).

Tabel 15.1
 Schema hervorming langdurige zorg en ondersteuning

	voor 2015			vanaf 2015		
	Wmo 2007	AWBZ	Zvw	Wmo 2015	Zvw	Wlz
A algemene voorzieningen	x			x		
B hulp bij het huishouden	x			x		
C hulpmiddelen en diensten (woonvoorzieningen, vervoersdiensten, rolstoelen, vervoersvoorzieningen, woonvoorzieningen en overige hulpmiddelen)	x			x		
D verblijf en opvang:						
beschermd wonen (voorheen intramuraal ggz-c)		x		x		
maatschappelijke opvang	x			x		
vrouwenopvang	x			x		
E ondersteuning thuis:						
begeleiding		x		x		
persoonlijke verzorging gekoppeld aan begeleiding		x		x		
kortdurend verblijf (respijtzorg)		x		x		
overige ondersteuning gericht op individu of huishouden/gezin		x		x		
dagbesteding		x		x		
overige groepsgerichte ondersteuning		x		x		
overige maatwerkarrangementen		x		x		

Tabel 15.1
(Vervolg)

	voor 2015			vanaf 2015		
	Wmo 2007	AWBZ	Zvw	Wmo 2015	Zvw	Wlz
F		X			X	
G		X			X	
H		X			X	
I		X ^a	X ^a		X	
J					X ^b	X ^b
K		X			X	
L		X				X
M		X				X
N		X				X
O		X		X		

- a Tot 2013 onder de AWBZ; vanaf 2013 onder de Zvw.
 b Vanaf 2017 onder de Zvw, in 2015 en 2016 nog een subsidieregeling vanuit de Wlz.
 c Deze zorg valt nu nog onder de tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling. Zorgkantoren voeren deze subsidieregeling uit namens het Zorginstituut Nederland (ZIN). Het ZIN heeft in een advies geconcludeerd dat deze zorg onder de Zvw past (Latta et al. 2016). De minister van vws streeft ernaar deze zorg tot 1 januari 2020 nog te bekostigen via de tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling en vanaf die datum structureel onder te brengen in de Zvw (TK 2017/2018b).
 d Zie tabel B1 in Bijlage B voor een toelichting op de afkortingen.
 e De zorgprofielen v zpp 1-3; lg zpp1 en zpp 3; zg zpp 1, v g zpp 1-2, ggz zpp 1-2; sommige lage zpp's werden al vóór 2015 niet meer geïndiceerd. Zie tabel B1 in Bijlage B voor een toelichting op de afkortingen.

Bron: Pommer et al. (2016); Rijkssoeverheid (2014); Uitvoering Wmo 2015⁴; vws (2014)

- 3 Hoe hebben de uitgaven voor de voorzieningen die sinds 1 januari 2015 van de AWBZ naar de Wlz zijn overgeheveld zich op landelijk niveau ontwikkeld over de periode 2012-2016?
Het betreft hier intramurale zorg in een instelling voor verpleging en verzorging (v&v), intramurale zorg in een instelling voor gehandicaptenzorg (GHZ), VPT of MPT, op behandeling gerichte intramurale ggz vanaf het vierde jaar, ADL-assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen en extramurale behandeling voor mensen met een somatische, psychogeriatrische, lichamelijke of verstandelijke handicap (zie ook tabel 15.1, onderdelen L, M en N).
- 4 In hoeverre verschillen de ontwikkelingen die worden beschreven bij de onderzoeksvragen 1 tot en met 3, van de prognoses bij ongewijzigd beleid van het rijk uit 2013?
- 5 Wat is het effect van het vragen van eigen bijdragen op het zorggebruik?

Deze vragen worden beantwoord door openbare databronnen te raadplegen. Voor zover betrouwbare gegevens beschikbaar zijn, zullen bij de uitgaven ook de kosten die gebruikers zelf dragen (via eigen bijdragen) worden opgenomen. De onderzoeksvragen 1 tot en met 4 hadden in theorie ook kunnen worden geformuleerd voor het aantal gebruikers van de betreffende voorzieningen. Vanwege onvoldoende beschikbaarheid van de daarvoor noodzakelijke cijfers beperken we de onderzoeksvragen tot de uitgaven. Wel laten we in een aparte paragraaf (15.3) zien welke cijfers over aantallen gebruikers wél beschikbaar zijn.

Onderzoeksbronnen

De gebruikte gegevens zijn afkomstig van het CBS, van het ministerie van vws en uit Kamerstukken. Verreweg het merendeel van de gegevens komt van het CBS: StatLine en de Monitor Langdurige Zorg van het CBS (afgekort MLZ-StatLine). Alle CBS-data zijn representatief voor Nederland, behalve de gemeentelijke gebruikscijfers voor Wmo-ondersteuning vanaf 2013: door experimenten van gemeenten met de huishoudelijke hulp zijn in 2013 en 2014 voor een aantal gemeenten geen gebruiksgegevens meer beschikbaar; vanaf 2015 rapporteert slechts een klein deel (vaak minder dan 50%) van de gemeenten het aantal gebruikers van maatwerkarrangementen.

Afbakening

We beschrijven de ontwikkelingen en leggen die voor zover mogelijk naast bestaande prognoses. We voeren geen modelmatige analyses uit om de ontwikkelingen te verklaren. Dat betekent dat we ook geen correcties uitvoeren voor de bevolkingsgroei. Om de vergelijkbaarheid met vws-cijfers en -prognoses te bevorderen, worden de uitgavencijfers niet gecorrigeerd voor inflatie. Alleen totalen voor intra- en extramurale zorg en ondersteuning worden óók gepresenteerd in reële (voor inflatie gecorrigeerde) termen. Voorzieningen die in het kader van de Jeugdwet worden verstrekt, laten we buiten beschouwing. Als gevolg van substitutie-effecten tussen algemene en maatwerkvoorzieningen nemen we bij de uitgavencijfers algemene voorzieningen ook in de

beschouwing mee. Alleen als er gegevens beschikbaar zijn, wordt er onderscheid gemaakt naar zorg in natura en het pgb.

We gebruiken alleen data die beschikbaar zijn in openbaar toegankelijke bronnen. Om zicht op de ontwikkeling over een iets langere termijn te krijgen, geven we waar mogelijk ook cijfers weer voor 2010 en 2011, en een schatting voor 2017.

Databeperkingen

De vele wettelijke veranderingen van 2015 zijn gepaard gegaan met nieuwe gegevensstromen. Soms zijn gegevensstromen, zoals een deel van de gegevens van de Wmo, zelfs gestopt. Dat betekent dat het lang niet altijd mogelijk is om een consistente reeks te construeren voor gebruik of uitgaven van voorzieningen uit de Wmo 2015, de Wlz en de Zvw. Soms ontbreken gegevens geheel of worden ze verzameld op een hoger aggregatieniveau, zoals bij voorzieningen onder de Jeugdwet en de Wmo 2015. Bij Wmo-voorzieningen ontbreken soms gegevens van een groot aantal gemeenten. In dat laatste geval beperken we ons tot gegevens van gemeenten die wel hebben gerapporteerd; deze gemeenten vormen echter geen representatieve afspiegeling. Om die reden kunnen we in zulke situaties geen niveaus van gebruik of uitgaven presenteren. Wel zullen we voor de gemeenten die wel steeds hebben gerapporteerd groeicijfers of indices voor ontwikkelingen presenteren. Er zijn echter geen garanties dat die ontwikkelingen de gemiddelde ontwikkelingen van alle gemeenten dicht benaderen. Ook kan de overgang van 2014 naar 2015 bij het zorggebruik zelden en bij de uitgaven soms niet met op elkaar aansluitende reeksen in beeld worden gebracht, vanwege nieuwe definities of indelingen. Vaak zal er dus een trendbreuk optreden in 2015. Een en ander betekent dat vooral bij het zorggebruik een compleet overzicht van de ontwikkelingen van de aparte voorzieningen van de langdurige zorg en ondersteuning niet voor alle jaren mogelijk is. Soms zijn er nog wel schattingen mogelijk (zie ook tabel B.4 in Bijlage 4).

15.2 Ontwikkeling van de uitgaven voor langdurige zorg en ondersteuning

In deze paragraaf geven we de ontwikkeling weer van de uitgaven in de langdurige zorg en ondersteuning in de periode 2010-2017. Aan de orde komen de onderzoeksvragen 1 tot en met 4. De (onderdelen van) wetten waarvoor in dit hoofdstuk gegevens over langdurige zorg worden gepresenteerd, zijn de met ingang van 1 januari 2015 opgeheven AWBZ, de vanaf diezelfde datum in werking getreden Wlz, de onderdelen van de Zvw die betrekking hebben op langdurige zorg, de oude Wmo die in 2007 inging en de Wmo 2015.

We beginnen met een samenvattend overzicht voor de ontwikkeling van de uitgaven voor de gehele langdurige zorg en ondersteuning. Daarna bespreken we de ontwikkeling van de intramurale en extramurale zorg. Verdere uitsplitsingen van onderdelen zijn te vinden in tabel B.2 in Bijlage B. Het gaat in deze paragraaf om de bruto-uitgaven, dus zonder dat eigen bijdragen in mindering zijn gebracht. Eigen bijdragen komen aan het eind van deze paragraaf apart aan de orde.

Samenvattend overzicht

Ondanks alle hervormingen en ombuigingen lieten de uitgaven voor de langdurige zorg en ondersteuning in de periode 2010-2017 elk jaar (behalve in 2013 en 2015) een nominale stijging (in werkelijke euro's) zien (tabel 15.2 en figuur 15.1). In 2013 bleven de nominale uitgaven gelijk en in 2015 daalden ze met 0,8%. Als we de uitgaven corrigeren voor prijsstijgingen (met de consumentenprijsindex), blijkt dat de uitgaven ook elk jaar stegen (weer m.u.v. 2013 en 2015). In totaal daalden de reële uitgaven voor langdurige zorg en ondersteuning in het hervormingsjaar 2015 met ruim 0,4 miljard euro. De reële uitgaven stegen in de periode 2010-2012 gemiddeld met 3,3%, in de periode 2012-2014 daalden deze met gemiddeld 1,1%, om in de periode 2014-2017 gemiddeld met 0,6% te stijgen.

We kunnen deze omslag ook anders beschrijven. Als percentage van het bruto binnenlands product (bbp) namen de uitgaven voor langdurige zorg tussen 2010 en 2012 toe van 4,4% naar 4,8%, om daarna geleidelijk te dalen naar 4,5% in 2017 (figuur 15.2). De groei van de uitgaven voor langdurige zorg is dus, in reële termen, afgevlakt.

Als we de uitgaven uit de AWBZ en de voortzetting van de kern daarvan in de Wlz samen bekijken, dan zien we dat deze uitgaven in 2012 hun hoogste waarde bereikten, met ruim 26 miljard euro. Door de Hervorming Langdurige Zorg vanaf 1 januari 2015 ging een deel van de AWBZ-zorg naar de Zvw en de Wmo 2015, waardoor de uitgaven aan de Wlz in 2015 daalden met ruim 6,5 miljard euro ten opzichte van de uitgaven aan de AWBZ in 2014. Het betreft hier alleen uitgaven voor personen van 18 jaar of ouder (zorg in natura plus pgb's). Daarbij is rekening gehouden met de Wlz-subsidieregelingen voor eerstelijnsverblijf (ELV), extramuraal behandeling en ADL-assistentie. Door de overheveling van voorzieningen en het niet meer indiceren van lichtere zorgzwaartepakketten (zzp's) voor nieuwe cliënten stegen in 2015 de uitgaven uit de Zvw sterk, evenals de uitgaven uit de Wmo 2015. De Wmo liet tot en met 2014 nog een geleidelijke daling zien (van 5,4 miljard euro in 2010 naar een kleine 4,9 miljard euro in 2014). In 2015 stegen de uitgaven uit de Zvw en de Wmo 2015 iets minder dan de uitgaven uit de AWBZ/Wlz daalden.

Voor het nader bezien van de reële uitgaven delen we de onderzochte periode 2010-2017 op in drie kleinere perioden: de periode 2010-2012 waarin de uitgaven aan langdurige zorg en ondersteuning nog relatief snel toenamen, de periode 2012-2014 waarin al enkele hervormingsmaatregelen werden ingevoerd, de grote transitie werd voorbereid en de uitgaven reëel zelfs daalden, en de periode 2014-2017 waarin de transitie plaatsvond en waarin de zorgverzekeraars en gemeenten moesten inspelen op de nieuwe situatie. De gemiddelde jaargroei van de totale reële uitgaven was in deze drie perioden respectievelijk 3,3%, -1,1% en 0,6%.

Tabel 15-2

Uitgaven langdurige zorg en ondersteuning, 2010-2017 (in miljoen euro's en in procenten)^a

	2010	2011	2012	2013	2014	2015 ^b	2016 ^b	2017 ^b
AWBZ/Wlz								
totaal zorg in natura op basis van nacalculatie en afspraken (alle leeftijden)	+ 21.178	22.202	24.575	24.092	24.570	17.748	17.770	18.118
totaal intramurale zorg in natura	16.285	17.113	18.975	18.319	18.417	16.390	16.320	16.611
totaal extramurale zorg in natura	4.677	4.883	5.258	4.930	5.162	916	852	801
totaal overige zorg	215	206	341	843	990	441	598	706
besteed pgb uit de Awbz/Wlz (t/m 2014 incl. jeugd)	+ 2.157	2.255	2.459	2.415	2.411	1.274	1.566	1.859
totaal Wlz-subsidies ^c	+ 848	887	966	983	1.000	324	394	155
jeugd-Awbz ^d	- 848	887	966	983	1.000			
totaal Awbz/Wlz voor ≥ 18 jaar	= 22.486	23.570	26.067	25.524	25.980	19.345	19.730	20.131
Zvw (wijkverpleging, behandeling zintuiglijk gehandicapten, eerstelijns verblijf (2017) en geriatrische revalidatiezorg)								
totaal Zvw, inclusief pgb's ^e	+ 738			738	707	3.948	4.060	4.514
Wmo (ondersteuning)								
totaal Wmo, inclusief pgb's ^g	+ 5.399	5.308	5.110	4.915	4.893	7.849	7.820	7.883
algemene voorzieningen	2.052	1.952	1.877	1.866	1.899	2.530	2.485	2.449
beschermd wonen						1.398	1.419	1.305
overige voorzieningen (individueel/maatwerk)	3.347	3.356	3.233	3.049	2.994	3.921	3.916	4.129
correcties (w.o. langdurige Zvw-egz)								
correcties op aangeven van vws ^h	+ 200					200	400	400

Tabel 15.2
 (Vervolg)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015 ^b	2016 ^b	2017 ^b
totaal langdurige zorg en ondersteuning								
totaal nominale uitgaven langdurige zorg en ondersteuning	= 27.885	28.878	31.177	31.177	31.580	31.341	32.011	32.927
index	89,4	92,6	100,0	100,0	101,3	100,5	102,7	105,6
groei (in procenten)		3,6	8,0	0,0	1,3	-0,8	2,1	2,9
totale reële uitgaven langdurige zorg en ondersteuning (in prijzen 2016)	30.559	30.923	32.585	31.787	31.886	31.442	32.011	32.481
index	93,78	94,9	100,0	97,5	97,86	96,5	98,2	99,7
groei (in procenten)		1,2	5,4	-2,5	0,3	-1,4%	1,8	1,5
totale uitgaven langdurige zorg en ondersteuning als aandeel van het bbp (in procenten)	4,4	4,5	4,8	4,8	4,8	4,6	4,6	4,5

a Plussen en minnen geven aan hoe rijen worden opgeteld of afgetrokken om een uitkomst (=) te krijgen.

b Cijfers 2017 geschat of begroot, cijfers 2016 soms voorlopig of gedeeltelijke geschat en cijfer Wmo 2015 geschat. Zie ook tabel B.2 en B.4 in Bijlage B.

c De Wlz-subsidieregeling is bedoeld voor financiering van ELV, ADL-assistentie en extramurale behandeling van verzekerden met een somatische aandoening, een psychogeriatrische aandoening en/of een lichamelijke handicap en van meerderjarige verzekerden met een verstandelijke handicap.

d Schatting (zie tabel B.4 in Bijlage B).

e Betreft wijkverpleging (vanaf 2015), behandeling zintuiglijk gehandicapten (vanaf 2015), geriatrische revalidatiezorg (vanaf 2013) en ELV (vanaf 2017).

f Betreft tot en met 2014 de Wmo uit 2007 en vanaf 2015 de Wmo 2015. Vanaf 2015 zijn de volgende voorzieningen toegevoegd aan de Wmo:

beschermde wonen (ggz-c), begeleiding, kortdurend verblijf (respijtzorg), dagbesteding. Zie ook tabel 15.1.

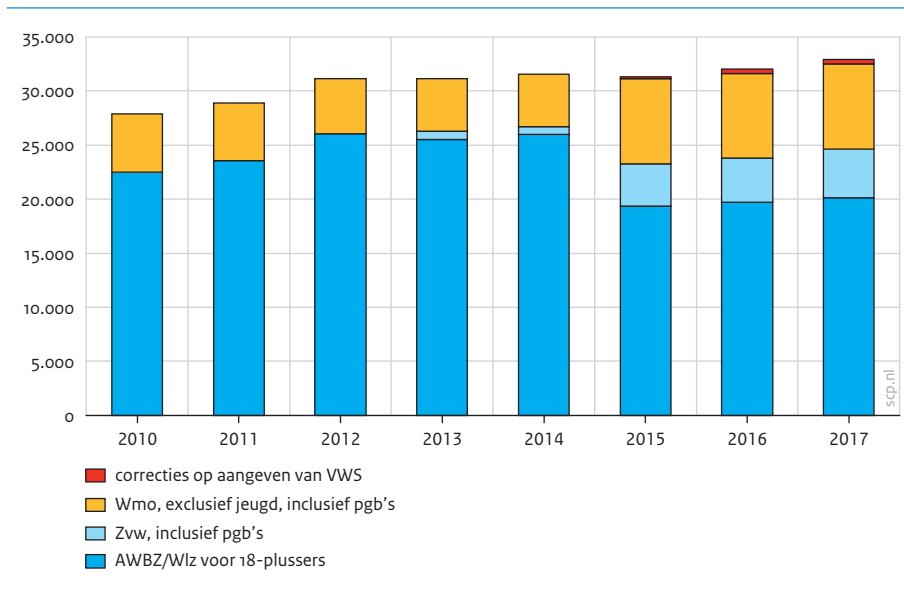
g Voor de jaren 2015 tot en met 2017 is op basis van Ivs-begrotingsgegevens (informatie voor derden) uit cbs (MLZ-StatLine) en cbs (StatLine) en op basis van tabel 3.3.1 in Rijksbegroting 2016, Gemeentefonds (TK 2015/2016) een inschatting gemaakt voor het Wmo-deel van de gemeentelijke uitgaven voor Wmo en jeugd samen (zie tabel B.4 in Bijlage B). De onderverdeling in algemene voorzieningen en individuele voorzieningen/maatwerkarrangementen is vanaf 2015 ook geschat (zie tabel B.4 in Bijlage B).

h Het betreft hier het Awbz-deel van de langdurige ggz dat naar de Zvw is gegaan en de Hlz-geelden die naar begrotingen van vws en v&v zijn overgeheveld.

Bron: cbs (StatLine en MLZ-StatLine), (oorspronkelijke bronnen: ZIN, Nza, cbs-IV3), scp-bewerkingen en schattingen

Figuur 15.1

Uitgaven langdurige zorg en ondersteuning naar wet, 2010-2017 (in miljoen euro's)

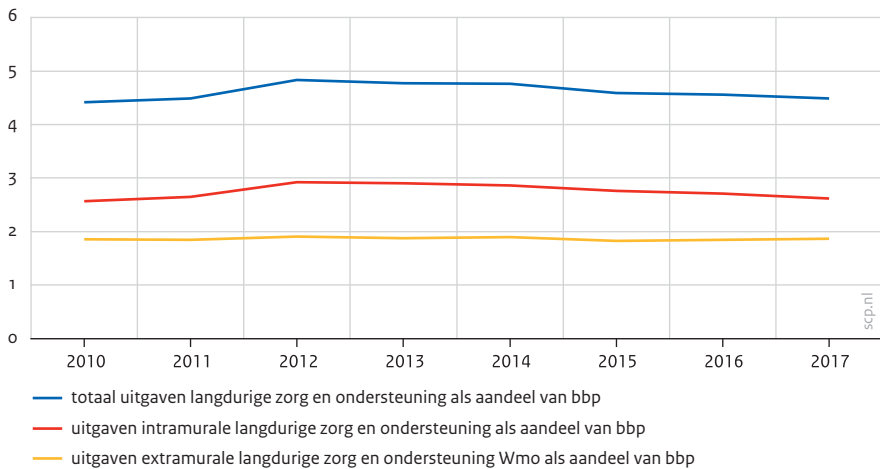


De reële groei van gemiddeld 3,3% over de periode 2010-2012 is dus omgebogen naar 0,6% over de periode 2014-2017. Die hoge groei in vooral 2012 is onder andere een uitvloeisel van het Regeerakkoord 2010, waarin onder meer extra geld werd vrijgemaakt voor zzp's in de intramurale zorg. Die uitgaven werden in het volgende Regeerakkoord gedeeltelijk weer teruggedraaid. Tussen 2012 en 2014 daalden de reële uitgaven gemiddeld met 1,1% per jaar. Dat kwam door het terugdraaien van uitgavenverhogingen in het Regeerakkoord 2012, door het afschaffen van lichtere zzp's en door een (reële) daling van de Wmo-uitgaven. Bij dat laatste speelt misschien een rol dat gemeenten – in afwachting van de Hervorming Langdurige Zorg met de extra hoeveelheid taken die ze daarbij zouden krijgen en de onzekerheid over de financiële middelen die daarbij zouden worden overgedragen – op voorhand al zuinig Wmo-voorzieningen toekenden in die tussenperiode.

Onderzoeksvraag 4 richt zich op hoe de totale uitgaven voor langdurige zorg zich hebben ontwikkeld ten opzichte van de prognose van het rijk bij ongewijzigd beleid uit 2012/2013. Uit figuur 15.3 blijkt dat de werkelijke totale reële uitgaven voor langdurige zorg onder de prognoses uit 2012/2013 zijn gebleven. Er werd bij de prognoses al rekening gehouden met een verminderde stijging vanaf 2016. Vanaf dat jaar stegen de werkelijke uitgaven ongeveer evenveel als de prognoses, maar de uitgaven bevinden zich op een lager niveau.

Figuur 15.2

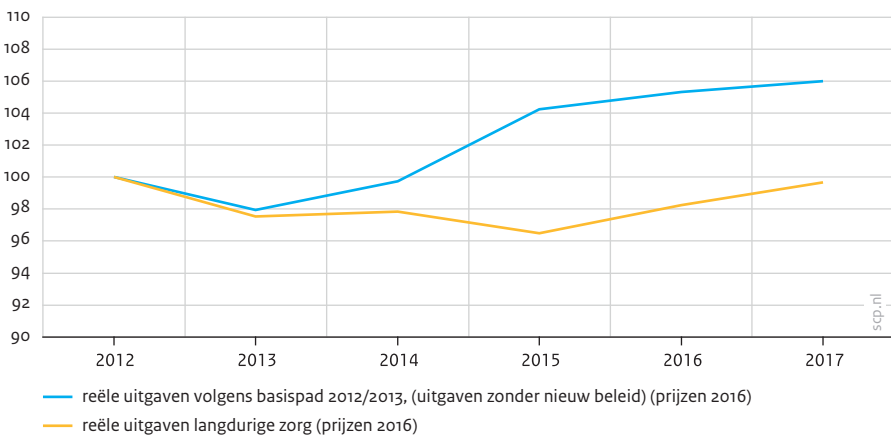
Uitgaven langdurige zorg en ondersteuning als aandeel van het bbp, 2010-2017 (in procenten)



Bron: CBS (StatLine en MLZ-StatLine) (oorspronkelijke bronnen: ZiN, NZa, CBS-iv3), SCP-bewerkingen en schattingen

Figuur 15.3

Reële uitgaven langdurige zorg en ondersteuning, volgens basispad en werkelijk, 2012-2017 (in indices, 2012 = 100)



Bron: Kamerbrief (TK 2017/2018a), CBS (StatLine en MLZ-StatLine); SCP-bewerking

Intramurale zorg

In tabel 15.3 wordt onderscheid gemaakt in niet-overgehevelde intramurale zorg en overgehevelde intramurale zorg. Vanaf het jaar waarin intramurale zorg werd overgeheveld van de AWBZ of Wlz (inclusief subsidieregeling) naar de Zvw of de Wmo 2015, wordt deze ondergebracht bij overgehevelde intramurale zorg. Meestal is het moment van overheveling 1 januari 2015, maar niet altijd.

De totale intramurale zorg in natura vanuit de AWBZ/Wlz, inclusief de overgehevelde intramurale zorg, steeg in de periode 2010-2012 van 16,2 naar 18,9 miljard euro (stijging totaal 17%), in de periode 2012-2014 naar 19,0 miljard euro (stijging totaal 1%), om daarna in 2015 te dalen met 0,1 miljard euro en voorts weer licht te stijgen in 2016 en 2017 (tabel 15.3).

Gedeeltelijk heeft de daling van 2014 en 2015 te maken met het niet meer indiceren van cliënten met een relatief lichte zorgbehoefte. Dat is terug te zien in de lichtere zzp's in Bijlage B.3. Verder zien we dat er bij alle bestedingsvormen – behalve bij beschermd wonen (ggz-c) – een afname is van de uitgaven in 2015. De sterke daling van de uitgaven aan zzp's voor de geestelijke gezondheidszorg in 2015 komt door de overheveling van beschermd wonen naar de Wmo.

De uitgaven voor ELV stegen van 181 miljoen euro in 2015 (subsidieregeling Wlz, niet overgeheveld) naar 272 miljoen euro in 2017 (Zvw, overgeheveld): een stijging met ongeveer 50%. Uit onderzoek van Vilans (2018) blijkt dat er ondanks de groei van het ELV allerlei knelpunten bestaan. De procedure om er gebruik van te maken, is niet bij iedereen bekend en omslachtig.

In totaal daalden de *reële* uitgaven voor intramurale langdurige zorg en ondersteuning in 2015 met een kleine 0,3 miljard euro (in prijzen van 2016).

Tabel 15.3

 Uitgaven voor intramurale zorg en ondersteuning, 2010-2017 (in miljoenen euro's, indices 2012 = 100 en in procenten)^{a, b, c}

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
niet-overgehevelde intramurale zorg en ondersteuning								
AWBz/Wlz zorg in natura ^d								
totaal intramurale zorg in natura AWBz/Wlz (alle leeftijden)	+ 16.285	17.113	18.975	18.319	18.417	16.390	16.320	16.611
zorgwaartepakketten (zfp's)	13.026	13.610	15.320	14.693	14.808	13.028	12.898	13.128
zfp verpleging en verzorging (zfp vv)	7.379	7.652	8.585	8.106	8.123	7.625	7.546	7.645
zfp gehandicaptenzorg (zfp ghz)	4.401	4.599	5.182	5.070	5.174	4.887	4.925	5.083
zfp geestelijke gezondheidszorg (zfp ggz, excl. beschermd wonen)	534	547	600	564	556	516	428	400
zfp ggz beschermd wonen	712	812	953	953	955	0	0	0
overige componenten zfp	444	579	616	546	538	472	476	484
kinder- en jeugdpsychiatrie	64	74	71	71	71	0	0	0
dagbesteding	47	51	67	69	69	64	65	66
vervoer	10	10	13	8	8	7	7	7
overig (huisvesting, inventaris kapitaal) ^e	2.695	2.788	2.889	2.932	2.924	2.818	2.874	2.926
intramurale zorg in natura AWBz/jeugd	- 106	111	123	125	128			
intramurale zorg in natura AWBz/Wlz volwassenen	= 16.179	17.001	18.852	18.193	18.290	16.390	16.320	16.611
AWBz/Wlz persoonsgebonden budget (pgb)								
door volwassen budgethouder besteed intramuraal pgb uit de AWBz/Wlz ^f	+ 0	0	0	0	0	0	0	0
Wlz-subsidierегeling								
totaal eerstelijnsverblijf	+ 181					181	249	0
totaal niet-overgehevelde intramurale zorg volwassenen	= 16.179	17.001	18.852	18.193	18.290	16.572	16.569	16.611
index	85,8	90,2	100,0	96,5	97,0	87,9	87,9	88,1

Tabel 15.3
(Vervolg)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
groei (in procenten)		5,1	10,9	-3,5	0,5	-9,4	0,0	0,3
overgehevelde intramurale zorg en ondersteuning								
eerstelijnsverblijf (van subsidie Wlz naar Zvw)								272
geriatrische revalidatiezorg (van AWBz naar Zvw)				738	707	693	667	645
beschermd wonen Wmo 2015, exclusief maatschappelijke opvang (van AWBz naar Wmo 2015)						1.398	1.419	1.305
langdurige geestelijke gezondheidszorg (AWBz-deel) (van AWBz naar Zvw)						0	200	200
overheveling naar begroting vws en v&j ⁸						200	200	200
totaal overgehevelde intramurale zorg volwassenen				738	707	2.291	2.487	2.622
totaal intramurale zorg en ondersteuning								
totaal nominale uitgaven intramurale langdurige zorg en ondersteuning	16.179	17.001	18.852	18.932	18.996	18.862	19.056	19.233
volwassenen								
index	85,8	90,2	100,0	100,4	100,8	100,1	101,1	102,0
groei (in procenten)		5,1	10,9	0,4	0,3	-0,7	1,0	0,9
totaal reële uitgaven intramurale langdurige zorg en ondersteuning	17.731	18.205	19.703	19.302	19.181	18.922	19.056	18.972
volwassenen (in prijzen 2016)								
index	90,0	92,4	100,0	98,0	97,3	96,0	96,7	96,3
groei (in procenten)		2,7	8,2	-2,0	-0,6	-1,3	0,7	-0,4

Tabel 15.3
(Vervolg)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
totaal uitgaven intramurale langdurige zorg en ondersteuning als aandeel van het bbp (in procenten)	2,56	2,64	2,92	2,90	2,87	2,76	2,71	2,62
a Plussen en minnen geven aan hoe rijen worden opgeteld of afgetrokken om een uitkomst (=) te krijgen.								
b We kiezen ervoor om de index voor 2012 op 100 te zetten, omdat de toenmalige staatssecretaris de doelstelling formuleerde om in 2017 evenveel aan de langdurige zorg en ondersteuning uit te geven als in 2012 (zie ook de onderzoeksvragen 1 t/m 4).								
c 2014: nader voorlopige cijfers, 2015 en 2016: voorlopige cijfers, 2017: diverse schattingen.								
d Cijfers zorg in natura uit de Awbz/Wlz in de periode 2010-2016 zijn gebaseerd op ncalculaties of afspraken; die in 2017 zijn schattingen op basis van groei van declaraties van de eerste drie kwartalen 2016 en 2017.								
e Bestaande uit de door het CBS onderscheiden normatieve huisvestingscomponent, normatieve inventaris component en kapitaallasten.								
f Omdat bijna het gehele Awbz/Wlz-gebruik met een pgb door volwassenen extramuraal is en omdat er geen uitsplitsing in intra- en extramuraal kan worden gemaakt, zijn alle pgb's voor volwassenen uit de Awbz/Wlz toegerekend aan extramuraal. Zie ook tabel B.4 in Bijlage B.								
g Overheveling naar de begroting van vws (onder andere RIVM) en v&J (jeugdigen in detentie met een zorgvraag).								

Bron: CBS (Miz-StatLine) (oorspronkelijke bron: NZa) en CBS (Iv3) (oorspronkelijke bron: jaarrekeningen gemeenten)

Extramurale zorg en ondersteuning

De totale uitgaven voor extramurale AWBZ/Wlz voor volwassenen, inclusief een schatting van de uitgaven voor pgb's en zonder de Wmo-ondersteuning, bereikten in 2014 een hoogste waarde van bijna 7,7 miljard euro.

De daling van deze uitgaven in 2015 met 4,9 miljard euro wordt veroorzaakt door de overgang naar de Wmo 2015 (begeleiding, kortdurend verblijf en dagbesteding) en de overheveling naar de Zvw (wijkverpleging en behandeling zintuiglijk gehandicapten). Dit is terug te zien in een stijging van de Wmo-uitgaven (van 4,9 miljard in 2014 naar 6,5 miljard in 2015) en een stijging van de Zvw-uitgaven met 3,3 miljard euro.

In totaal daalden de nominale uitgaven voor extramurale langdurige zorg en ondersteuning in 2015 met 0,1 miljard euro en de reële uitgaven met 0,2 miljard euro. Deze daling kan te maken hebben met het zuinig verstrekken van Wmo-ondersteuning door gemeenten. Gemeenten hielden in 2015 immers middelen over uit het toegekende Wmo-budget (Pommer et al. 2016: 387-389).

De nominale uitgaven voor de wijkverpleging in natura namen over bijna de gehele periode 2010-2017 toe. De enige uitzondering in deze trend vormde 2013. Per saldo stegen deze uitgaven van 2,3 miljard euro in 2010 naar bijna 3,4 miljard euro in 2017 (0,3 miljard voor wijkverpleging in het kader van de Wlz plus 3,1 miljard voor wijkverpleging onder de Zvw); dat is een stijging van 47%.

Eigen bijdragen

Zowel de Wmo 2015 als de AWBZ/Wlz kent eigen bijdragen. Bij de Wmo van 2007 vroegen alleen voor huishoudelijke hulp alle gemeenten een eigen bijdrage. Het aantal gemeenten dat voor hulpmiddelen en diensten een eigen bijdrage vroeg, nam in de loop der jaren toe en in 2014 hanteerden de meeste gemeenten een eigen bijdrage voor een of meer hulpmiddelen en diensten. De Wmo 2015 kent voor alle maatwerkvoorzieningen (dus ook voor hulpmiddelen en diensten) een inkomensafhankelijke eigenbijdrage met een landelijk vastgesteld maximum voor de eigen bijdrage. De eigen bijdrage wordt geïnd door het CAK. Niet alle gemeenten heffen een eigen bijdrage voor maatwerkvoorzieningen, en de inkomensafhankelijkheid is niet verplicht. Verder bestaat er bij algemene voorzieningen geen inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Als er geen eigen bijdrage via het CAK wordt geheven, is de eigen bijdrage niet opgenomen in tabel 15.5. Voorafgaand aan 2015 liep de eigen bijdrage voor het pgb uit de Wmo ook niet altijd via het CAK.

Tabel 15.4

 Uitgaven extramurale zorg en ondersteuning, 2010-2017 (in miljoenen euro's, indices 2012 = 100 en in procenten)^{a,b}

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
extramurale AWBz/Wlz zorg in natura								
totaal zorg in natura (alle leeftijden) ^c	4.893	5.089	5.600	5.773	6.153	1.357	1.450	1.507
extramurale zorg AWBz/Wlz, exclusief ADL (alle leeftijden)	+ 4.677	4.883	5.258	4.930	5.162	916	852	801
extramurale zorgfuncties	3.433	3.745	4.068	3.873	4.102	509	449	423
wijkverpleging	2.287	2.533	2.791	2.591	2.813	323	285	276
begeleiding individueel ^d	924	974	1.013	1.006	1.006	164	143	127
behandeling individueel (AWBz/Wlz) ^e	222	238	264	276	283	22	20	20
overige extramurale zorg ^f	177	69	67	17	18	0,80	0,94	0,88
dagactiviteiten	890	897	951	969	971	377	374	350
vervoer	177	172	173	72	70	29	28	27
jeugd AWBz extramurale zorg in natura ^g	- 230	241	259	264	268			
volwassenen AWBz/Wlz extramurale zorg in natura	= 4.447	4.642	4.999	4.667	4.894	916	852	801
totaal overige zorg (alle leeftijden) ^h	+ 215	206	341	843	990	441	598	706
totaal Volledig Pakket Thuis (VPT)	38	72	134	227	317	350	417	492
totaal overige componenten	178	134	208	616	674	91	181	214
AWBz/Wlz persoonsgebonden budget (pgb)								
door volwassen budgethouder besteed extramuraal pgb uit AWBz/Wlz ^g	+ 1.645	1.720	1.875	1.821	1.806	1.274	1.566	1.859
Wlz-subsidierегeling								
totaal Wlz-subsidies ^h	+ 142	145	142	142	142	142	145	155
Wlz-subsidie extramurale behandeling ^h	56	56	56	56	56	56	56	63
Wlz-subsidie ADL-assistentie ^h	87	87	87	87	87	87	89	92
totaal extramurale AWBz/Wlz voor 18-plussers^h	= 6.307	6.569	7.215	7.330	7.691	2.773	3.161	3.520

Tabel 15.4
(Vervolg)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Zwv								
totaal Zwv ^h						3.255	3.393	3.596
+ wijkverpleging (zorg in natura, pgb en overig)						3.104	3.235	3.434
+ wijkverpleging zorg in natura en overig						2.798	2.920	3.086
+ wijkverpleging pgb						307	315	349
+ behandeling zintuiglijk gehandicapten						150	158	162
Wmo								
totaal Wmo, exclusief jeugd, inclusief pgb	5.399	5.308	5.110	4.915	4.893	6.451	6.401	6.578
+ ww. algemene voorzieningen	2.052	1.952	1.877	1.866	1.899	2.530	2.485	2.449
+ ww. overig individueel/maatwerkvoorziening ⁱ	3.347	3.356	3.233	3.049	2.994	3.921	3.916	4.129
totaal extramurale zorg en ondersteuning	= 11.706	11.877	12.325	12.245	12.584	12.479	12.955	13.694
totaal nominale uitgaven extramurale langdurige zorg en ondersteuning								
index	95,0	96,4	100,0	99,4	102,1	101,2	105,1	111,1
groei (in procenten)		1,5	3,8	-0,6	2,8	-0,8	3,8	5,7
totale reële uitgaven extramurale langdurige zorg en ondersteuning (in prijzen 2016)	12.828	12.717	12.882	12.485	12.706	12.519	12.955	13.508
index								
groei (in procenten)	99,6	98,7	100,0	96,9	98,6	97,2	100,6	104,9
		-0,9	1,3	-3,1	1,8	-1,5	3,5	4,3

Tabel 15.4
(Vervolg)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
totaal uitgaven extramurale langdurige zorg en ondersteuning als aandeel van het bbp (in procenten)	1,85	1,85	1,91	1,88	1,90	1,83	1,84	1,87

- a Pluszen en minnen geven aan hoe rijen worden opgeteld of afgetrokken om een uitkomst (=) te krijgen. We kiezen ervoor om de index voor 2012 op 100 te zetten, omdat de toenmalige staatssecretaris de doelstelling formuleerde om in 2017 evenveel aan de langdurige zorg en ondersteuning uit te geven als in 2012 (zie ook de onderzoeksvragen 1 t/m 4).
- b 2014: nader voorlopige cijfers, 2015 en 2016: voorlopige cijfers, 2017: geschatte cijfers, behalve voor Wlz-subsidierегeling en wijkverpleging.
- c Cijfers zorg in natura uit de Awbz/Wlz in de periode 2010-2016 zijn gebaseerd op ncalculaties of afspraken, die in 2017 zijn schattingen op basis van groei van declaraties van eerste drie kwartalen van 2016 en 2017.
- d Vanaf 2015 exclusief begeleiding uit de Wmo, want die valt onder de Wmo 2015 en wordt daar niet apart geregistreerd.
- e Vanaf 2015 exclusief subsidieregeling extramurale behandeling Wlz en behandeling zintuiglijk gehandicapten (Zvw).
- f Betreft uitleen verpleegartikelen en overig extramuraal.
- g Schatting, zie tabel B.4 in Bijlage B.
- h Mogelijk inclusief een klein deel zorg voor jeugdigen.
- i Voornamelijk huishoudelijke hulp, voorzieningen gehandicapten en vanaf 2015 ook individuele begeleiding en dagactiviteiten.

Bron: CBS (MLZ-StatLine) (oorspronkelijke bron: NZa), scp-bewerking

Op 1 januari 2013 is de vermogenstoets voor de eigen bijdrage voor voorzieningen uit de AWBZ en uit de Wmo uitgebreid (Staatsblad 2012). Dat betekende dat voor mensen met een belastbaar vermogen in box 3 de eigen bijdrage omhoogging. De totale opgelegde eigen bijdragen voor de AWBZ namen in dat jaar dan ook meer toe dan in andere jaren (tabel 15.5). In 2014 bereikte de totale opgelegde eigen bijdragen voor AWBZ- en Wmo-ondersteuning in nominale termen de hoogste waarde. Hoewel in 2015 (het jaar van de Hervorming Langdurige Zorg) ook de inning van de eigen bijdrage voor een pgb standaard via het CAK ging lopen (CBS StatLine), daalde het totale bedrag aan via het CAK opgelegde eigen bijdragen voor AWBZ/Wlz-zorg en Wmo-ondersteuning. De opgelegde eigen bijdragen voor alleen de Wmo-ondersteuning stegen weliswaar, maar die stijging kan goed worden verklaard door de overheveling van begeleiding. Ook in de twee jaren daarna daalde de opgelegde eigen bijdragen, zowel bij de Wlz-zorg als bij de Wmo-ondersteuning. Behalve het feit dat een aantal gemeenten de eigen bijdrage daadwerkelijk heeft verlaagd (De Koster 2016), kan een rol spelen dat niet alle eigen bijdragen zichtbaar zijn in deze tabel. Eigen bijdragen via schoonmaakvouchers (voucher die recht geeft op schoonmaak van het huis) en eigen bijdragen voor algemene voorzieningen zijn hierin niet zichtbaar. Tot slot werden in 2017 en opnieuw in 2018 de maximale landelijke eigen bijdrage voor de Wmo 2015 verlaagd (CAK 2016; 2017).

Vóór de HLZ bestond bij de extramuraal verpleging en persoonlijke verzorging uit de AWBZ een eigenbijdragesysteem. Bij de HLZ, met de overheveling van deze voorzieningen naar de Zvw, werden de eigen bijdragen hiervoor afgeschaft.

Volgens de economische theorie neemt de consumptie of het gebruik van een product af als de prijs ervan stijgt en omgekeerd is er een toename als de prijs ervan daalt. In de zorg kunnen die effecten klein tot afwezig zijn naarmate het product noodzakelijker is. Een gebroken been moet verholpen worden, ongeacht de kosten. De noodzaak van het gebruik van huishoudelijke hulp hoeft niet voor iedere persoon hoog te zijn. Sommige mensen zullen er toch van afzien als de prijs te hoog wordt. Een prijsverhoging leidt in de laatste situatie tot een dalend gebruik, in de eerste (het gebroken been) niet.

In een onderzoek van het CPB en het SCP naar de markt voor huishoudelijke hulp wordt geconcludeerd dat:

[...] stijgingen in eigen bijdragen per gebruiker (resp. per uur) een dempend effect hebben op het aantal gebruikers (resp. het aantal gebruikte uren per gebruiker). Een stijging van de gemiddelde jaarlijkse eigen bijdrage per gebruiker met 1 procent gaat gepaard met een daling van het percentage gebruikers met 0,6%. Een stijging van de gemiddelde eigen bijdrage per uur met 1% gaat (voor de gebruikers die nog niet aan hun maximale eigen bijdrage zitten en die alleen de Wmo-voorziening huishoudelijke hulp ontvangen) gepaard met een daling in het aantal uren gebruikte hulp met 0,55%. (Eijkkel et al. 2017: 62)

Tabel 15-5
Opgelegde eigen bijdragen voor AWBz/Wlz-zorg en Wmo-ondersteuning (in miljoen euro's)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 ^a
AWBz	1.646	1.757	1.839	2.065	2.137	32		
Wmo tot 2015 ^b	261	321	339	348	293	48		
Wlz						1.875	1.865	1.799
Wmo 2015						328	337	289
Zvw						-	-	-
totalen								
totaal AWBz/Wlz	1.646	1.757	1.839	2.065	2.137	1.908	1.865	1.799
totaal Wmo	261	321	339	348	293	375	337	289
Zvw						-	-	-
totaal AWBz/Wlz/Wmo/Zvw				2.413	2.430	2.283	2.201	2.088
indices^c								
totaal AWBz/Wlz	79,7	85,1	89,1	100,0	103,5	92,4	90,3	87,1
totaal Wmo	75,0	92,2	97,4	100,0	84,2	108,0	96,8	83,2
Zvw						-	-	-
totaal AWBz/Wlz/Wmo	79,0	86,1	90,3	100,0	100,7	94,6	91,2	86,5

a Cijfers voor 2017 zijn een schatting op basis van de groei van voorlopige cijfers van de eerste drie kwartalen van 2016 en 2017.

b Het bedrag van 48 miljoen euro voor de 'oude' Wmo in 2015 is een inning die betrekking heeft op 2014; cijfers 2010 tot en met 2013 uit CBS, StatLine, gemeentelijke rekeningen (baten).

c In tegenstelling tot andere tabellen is hier de index in 2013 op 100 gesteld (in plaats van in 2012). De reden is dat bij de Wmo 2013 het eerste jaar is waarvoor een waarneming beschikbaar is.

Bron: CBS (MLZ-StatLine) (oorspronkelijke bron: CAK), SCP-bewerking

Verwacht mag worden dat bij zorgvoorzieningen met een noodzakelijker karakter zoals verpleging de elasticiteiten voor de eigen bijdragen lager zijn. Roquebert en Tenand (2016) vonden dan ook een prijselasticiteit van de vraag naar thuiszorg van thuiswonende gehandicapte ouderen van $-0,4\%$ voor Frankrijk.

Het ontbreken van een eigen bijdrage voor de wijkverpleging in de Zvw kan het gebruik van die voorziening hebben gestimuleerd. Zie ook paragraaf 7.2 over financiële drempels. Niet alleen doordat deze voorziening voor de gebruiker zelf goedkoop is (aanzuigende werking), maar ook door een substitutie-effect kan het gebruik van wijkverpleging zijn toegenomen. Omdat voorzieningen die enigszins op wijkverpleging lijken (sommige Wmo-maatwerkarrangementen en zeker het MPT of VPT uit de Wlz) relatief duur zijn, kunnen cliënten immers een voorkeur hebben voor de 'gratis' wijkverpleging. Bovendien zit er geen maximum aan het aantal geïndiceerde uren wijkverpleging, terwijl er wel een (budget)maximum zit aan het MPT en het VPT.

Mogelijk heeft het ontbreken van een eigen bijdrage voor wijkverpleging de vraag dus aangewakkerd. Wel moet bij het interpreteren van de cijfers worden bedacht dat de voortgaande extramuralisering – alleen mensen met zware beperkingen krijgen nog een indicatie voor de Wlz – het gebruik van de wijkverpleging ook kan hebben gestimuleerd. Dat de uitgaven voor wijkverpleging vanaf 2015 stijgen, kan dus meerdere oorzaken hebben.

15.3 Ontwikkeling van het gebruik van langdurige zorg en ondersteuning

Voor het gebruik van langdurige zorg kan slechts gedeeltelijk een beeld worden gegeven van de ontwikkeling over de gehele periode 2010-2017. Dat komt doordat diverse gegevens slechts beperkt beschikbaar zijn en vanwege een trendbreuk in 2015. De Hlz ging gepaard met de introductie van nieuwe voorzieningen in de Wmo (maatwerkvoorzieningen), met een andere wijze van administreren en/of met het niet langer beschikbaar stellen van gegevens (door gemeenten). De informatie is verbrokkeld en sluit niet of slecht op elkaar aan. Alleen voor grote groepen van voorzieningen kan informatie worden verstrekt en dan vaak alleen voor aantallen uren of dagen in plaats van voor personen (gebruikers). In tabel 15.6 is geprobeerd om een overzicht te verstrekken. In tabel B.3 in Bijlage B staat de verbrokkelde informatie voor aparte voorzieningen.

Tabel 15.6
 Gebruik langdurige zorg en ondersteuning, 2010-2017 (in dagen, uren en personen)^{a, b}

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
gebruik								
intramurale zorg in natura: zzp's AWBz/Wlz (in miljoen dagen)	83,3	84,7	86,0	84,0	80,9	76,8	75,2	72,6
extramurale zorg in natura: wijkverpleging AWBz/Wlz en Zvw (in miljoen uren)	46,6	49,8	52,9	49,5	53,5	54,1	54,9	
Wmo zorg in natura en pgb, exclusief hulpmiddelen en diensten (in personen × 1.000) ^c			827	804	773	708	710	
gebruiksindices								
intramurale zorg in natura: zzp's AWBz/Wlz (in dagen)	96,8	98,4	100,0	97,7	94,0	89,2	87,3	84,4
extramurale zorg in natura: wijkverpleging AWBz/Wlz en Zvw (in uren)	88,2	94,2	100,0	93,6	101,2	102,4	103,9	
Wmo zin en pgb, excl. hulpmiddelen en diensten (in personen) ^c			100,0	97,2	93,4	85,6	85,8	
uitgaven (× 1 miljard euro)								
intramurale zorg in natura: zzp's AWBz/Wlz							16,3	
extramurale zorg in natura: wijkverpleging AWBz/Wlz en Zvw							3,4	
Wmo zorg in natura en pgb ^d							7,8	
totaal			100,0	97,0	94,4	89,4	88,5	
gewogen gebruiksindex langdurige zorg en ondersteuning^e								

a Voor zover voorzieningen konden worden meegenomen (tabel B.3 in Bijlage B). In kosten termen is 86% meegenomen.

b Cijfers van 2014 zijn gedeeltelijk voorlopig; cijfers van 2015 tot en met 2016 zijn gedeeltelijk voorlopig en gedeeltelijk geschat; cijfers van 2017 zijn voorlopig of geschat.

c Betreft personen die gebruikmaken van ondersteuning thuis, hulp bij het huishouden en/of beschermd wonen. Personen die van twee of drie van deze voorzieningen gebruikmaken, worden twee of drie keer meegeteld. Personen die gebruikmaken van hulpmiddelen en diensten zijn niet meegeteld, omdat over hen niet over de gehele periode betrouwbare cijfers beschikbaar zijn.

d Inclusief uitgaven voor hulpmiddelen en diensten, omdat uitgaven voor de vier groepen voorzieningen niet apart worden onderscheiden.

e Gewogen met kostenaandelen 2016 nadat gebruiksindices op 2016 = 100 zijn gezet.

Bron: CBS (MLZ-StatLine en StatLine), scp-bewerking

Door de beperkte datavoorziening is het niet mogelijk om op basis van gebruiksgegevens aan te geven of de HLZ al in 2015 heeft geleid tot nieuwe prioriteiten van uitvoerders van wetten of van nieuwe voorkeuren van gebruikers. Daar komt bij dat het gebruik van algemene Wmo-voorzieningen niet landelijk wordt geregistreerd (en ook niet eenduidig is). Omdat een aantal gemeenten na 1 januari 2015 individuele voorzieningen/maatwerkvoorzieningen is gaan benoemen als algemene voorzieningen, of deze door algemene voorzieningen is gaan vervangen, blijft vanaf 2015 een deel van het Wmo-gebruik buiten beeld. Dit laatste wordt versterkt doordat zowel tussen 2007 en 2015 als na 2015 het gebruik van algemene Wmo-voorzieningen die al sinds 2007 onder de Wmo vielen niet is geregistreerd. Dit betreft vooral welzijnsvoorzieningen.

Wat opvalt is dat de intramurale zorg in natura in 2012 een maximum in het aantal zzp-dagen bereikte. Daarna nam het gebruik af. Het afbouwen van de lichtere zzp's vanaf 2013 wordt zichtbaar. Het extramurale AWBZ-gebruik in natura (evenals de daaronder vallende AWBZ-wijkverpleging) stegen over de gehele periode 2010-2014, met uitzondering van 2013.

Het gebruik van de Wmo nam van 2012 tot en met 2015 geleidelijk af. In 2016 stabiliseerde het Wmo-gebruik, ondanks de genoemde herdefiniëring door sommige gemeenten van een aantal individuele/maatwerkvoorzieningen als algemene voorzieningen.

Als we de verschillende gebruiksindicatoren uit tabel 15.6 wegen met uitgavenaandelen – we willen een gebruiker van twee uren huishoudelijke ondersteuning per week niet even zwaar laten meetellen als een gebruiker van intramurale zorg⁵ – uit 2016, krijgen we een index voor het totale gebruik in de langdurige zorg en ondersteuning. Het gebruik dat in deze index wordt meegenomen, omvat in termen van uitgaven 86%. Het blijkt dat dit gebruik geleidelijk daalde in de periode 2012-2016. Per saldo is de daling 11,5%.

15.4 Internationale vergelijking

Als we Nederland vergelijken met enkele West-Europese landen en Japan, dan valt op dat Nederland een aanzienlijk groter deel van het bbp uitgeeft aan langdurige zorg dan deze landen (figuur 15.4). De landen zijn gekozen op basis van de beschikbaarheid van gegevens in bestanden van de Organization of Economic Cooperation and Development (OECD). Die koppositie blijft Nederland behouden na het ingaan van de Hervorming Langdurige Zorg. Spanje en Portugal geven het minst uit aan langdurige zorg.

Om de cijfers op waarde te schatten, zijn een aantal voorbehouden op zijn plaats. Ten eerste valt in sommige Europese landen (zoals Spanje) een deel van de uitgaven voor langdurige zorg buiten de registraties. Het kan dan gaan om laagbetaalde, soms illegale, buitenlandse arbeidskrachten die door zorgvragers worden ingehuurd en van wie de werkzaamheden niet in de zorgstatistieken worden verwerkt. Daarbij is het ook mogelijk dat de overheid een aanvulling op het inkomen verschaft die het mogelijk moet maken om zelf langdurige zorg of ondersteuning in te kopen. Ook deze aanvulling kan buiten de zorgstatistieken blijven, zoals in Duitsland. In beide gevallen komen landen in figuur 15.4 lager uit. Als we ons beperken tot het beter geregistreerde 'health'-deel van de 'long-term

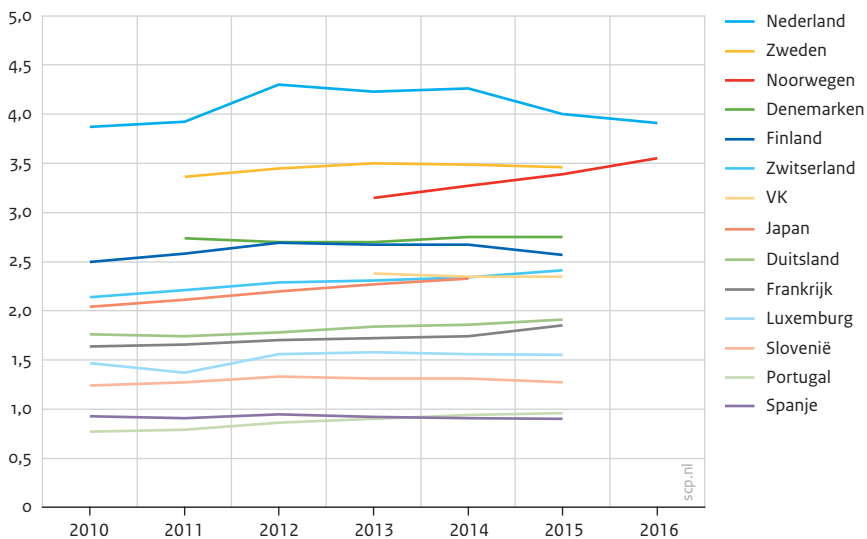
care' – en het 'social'-deel buiten beschouwing laten – dan scoren de Scandinavische landen ongeveer even hoog als Nederland. Ook het rapport *Who cares in Europe?* (Verbeek-Oudijk et al. 2014) geeft aan dat in Nederland de uitgaven aan intramurale zorg internationaal hoog zijn. Dat komt doordat veel mensen in een instelling verblijven. Weliswaar is het aantal mensen in instellingen inmiddels gedaald, maar vergeleken met andere westerse landen nog steeds relatief hoog, wat ook blijkt uit de nog altijd relatief hoge uitgaven in 2016 (figuur 15.4).

Ten tweede spelen demografische factoren een rol. In een sterk vergrijsde samenleving bestaat meer behoefte aan langdurige zorg en ondersteuning. Dat verklaart echter niet waarom sommige veel sterker vergrijsde landen minder uitgeven aan langdurige zorg en ondersteuning.

Ten derde hoeven hoge uitgaven voor langdurige zorg niet per definitie alleen nadelig te zijn. Ze kunnen ook een weerspiegeling zijn van een hoog zorgniveau of een hoge kwaliteit van zorg, gepaard gaand met een sterke voorkeur van de inwoners voor deze zorg.

Figuur 15.4

Uitgaven aan langdurige zorg^a als aandeel van het bbp, 2010-2016 (in procenten)^b



a In het databestand van de oecd wordt dit 'long-term care' (health and social) genoemd.

b In deze figuur zijn de uitgaven voor langdurige zorg en ondersteuning exclusief algemene voorzieningen en activiteiten van sociaal-culturele aard. Daarom zijn de uitgaven lager dan in figuur 15.2.

Bron: cbs (StatLine)

15.5 Samenvatting en conclusies

De uitgaven voor de langdurige zorg en ondersteuning laten in de periode 2010-2017 elk jaar (behalve in 2013 en 2015) een nominale stijging (in werkelijke euro's) zien. In 2013 blijven de nominale uitgaven gelijk en in 2015 dalen ze met 0,8%. Als we de uitgaven corrigeren voor prijsstijgingen (met de consumentenprijsindex), blijkt dat de uitgaven ook elk jaar stijgen (weer m.u.v. 2013 en 2015). In totaal dalen de reële uitgaven voor langdurige zorg en ondersteuning in het hervormingsjaar 2015 met ruim 0,4 miljard euro. De reële uitgaven stijgen in de periode 2010-2012 gemiddeld met 3,3%, in de periode 2012-2014 dalen deze met gemiddeld 1,1%, om in de periode 2014-2017 gemiddeld met 0,6% te stijgen.

We kunnen deze omslag ook anders beschrijven. Als aandeel van het bbp nemen de uitgaven voor langdurige zorg tussen 2010 en 2012 toe van 4,4% naar 4,8%, om daarna geleidelijk te dalen naar 4,5% in 2017. De groei van de uitgaven voor langdurige zorg is dus in reële termen afgevlakt. Als we het totaal van de reële uitgaven voor de langdurige zorg en de ondersteuning naast een prognose bij ongewijzigd beleid van het rijk uit 2012/2013 leggen, blijkt dat deze uitgaven onder die prognoses blijven. Vergeleken met andere ontwikkelde landen blijft Nederland ondanks de ombuigingen en hervormingen toch nog relatief veel besteden aan langdurige zorg en ondersteuning.

Bezien we de uitgaven uit de AWBZ en de voortzetting van de kern daarvan in de Wlz samen, dan zien we dat deze uitgaven in 2012 hun hoogste waarde bereiken met ruim 26 miljard euro. Door de Hervorming Langdurige Zorg vanaf 1 januari 2015 gaat een deel van de AWBZ-zorg naar de Zvw en de Wmo 2015, waardoor de uitgaven aan de Wlz in 2015 dalen met ruim 6,5 miljard euro ten opzichte van de uitgaven aan de AWBZ in 2014. Het betreft hier alleen uitgaven voor personen van 18 jaar of ouder (zorg in natura plus pgb's). Daarbij is rekening gehouden met de Wlz-subsidieregelingen voor ELV, extramurale behandeling en ADL-assistentie. Door de overheveling van voorzieningen en het niet meer indiceren van lichtere zzp's voor nieuwe cliënten stijgen de uitgaven uit de Zvw sterk in 2015, evenals de uitgaven uit de Wmo 2015. De Wmo laat tot en met 2014 nog een geleidelijke daling zien (van 5,4 miljard euro in 2010 naar een kleine 4,9 miljard euro in 2014). In 2015 stijgen de uitgaven uit de Zvw en de Wmo 2015 iets minder dan dat de uitgaven uit de AWBZ/Wlz dalen.

De totale uitgaven voor intramurale zorg in natura vanuit de AWBZ/Wlz, inclusief de naar andere wetten overgehevelde intramurale zorg, stijgen in de periode 2010-2012 van 16,2 naar 18,9 miljard euro (stijging totaal 17%), in de periode 2012-2014 naar 19,0 miljard euro (stijging totaal 1%), om daarna in 2015 te dalen met 0,1 miljard euro en voorts weer licht te stijgen in 2016 en 2017.

De nominale (niet voor inflatie gecorrigeerde) uitgaven voor voorzieningen uit de Wmo van 2007 namen in de periode 2010-2014 geleidelijk af van 5,4 miljard euro in 2010 naar 4,9 miljard euro in 2014. Het betreft per saldo een daling van 9%. Misschien dat gemeen-

ten in afwachting van de HLZ en de extra hoeveelheid taken die ze daarbij zouden krijgen op voorhand al in 2013 en 2014 zuinig Wmo-voorzieningen toekenden. Zoals gezegd nemen de uitgaven voor de Wmo in 2015 door de overheveling flink toe. Daarna nemen de uitgaven licht af in 2016 en weer licht toe in 2017.

De nominale uitgaven voor de wijkverpleging in natura nemen over bijna de gehele periode 2010-2017 toe. De enige uitzondering in deze trend vormde 2013. Per saldo stegen deze uitgaven van 2,3 miljard euro in 2010 naar bijna 3,4 miljard euro in 2017 (0,3 miljard voor wijkverpleging in het kader van de Wlz + 3,1 miljard voor wijkverpleging uit hoofde van de Zvw), een stijging van 47%. De stijging deed zich zowel voor als na 2015 voor. Deze stijging kan worden verklaard uit de voortgaande extramuralisering (afschaffing van de lichtere zzp's) en sinds 2015 uit het ontbreken van een eigen bijdrage voor wijkverpleging. Het in 2017 naar de Zvw overgehevelde ELV, waarvoor in 2015 en 2016 nog een aparte subsidieregeling in de Wlz bestond, kent zowel in 2016 als in 2017 een stijging van de uitgaven (2016 en 2017 samen 50%).

Er is verschil in uitgavenontwikkeling tussen voorzieningen die wel en die geen eigen bijdrage kennen: de intramurale verpleging en verzorging uit de Wlz, de uitgaven voor extramurale wijkverpleging uit de Wlz en de extramurale Wmo-maatwerkvoorzieningen (vaak wel eigen bijdragen) stijgen minder dan de wijkverpleging uit de Zvw (geen eigen bijdragen) of dalen zelfs. Een uitzondering vormt het snelgroeiende vvr. Behalve de eigen bijdragen speelt bij intramurale verzorging en verpleging ook de eerdergenoemde extramuralisering een rol.

Wat opvalt is dat de intramurale zorg in natura in 2012 een maximum in het aantal zzp-dagen bereikt. Daarna neemt het gebruik af. Het afbouwen van de lichtere zzp's vanaf 2013 wordt zichtbaar. Het extramurale AWBZ gebruik in natura, evenals de daaronder vallende AWBZ-wijkverpleging, stijgen over de gehele periode 2010-2014, met uitzondering van 2013.

Het gebruik van de Wmo neemt van 2012 tot en met 2015 geleidelijk af. In 2016 stabiliseert deze, ondanks de genoemde herdefiniëring door sommige gemeenten van een aantal individuele/maatwerkvoorzieningen als algemene voorzieningen.

Als we het gebruik van de verschillende voorzieningen (gewogen) optellen en daarbij rekening houden met de aandelen in de totale uitgaven – we willen een gebruiker van twee uren huishoudelijke ondersteuning per week niet even zwaar laten meetellen als een gebruiker van intramurale zorg – uit 2016, krijgen we een index voor het totale gebruik in de langdurige zorg en ondersteuning. Het gebruik dat in deze index wordt meegenomen, omvat in termen van uitgaven 86%. Het blijkt dat dit gebruik geleidelijk daalt in de periode 2012-2016. Per saldo is de daling 11,5%.

Hoewel er bij de uitgaven ook gaten liggen in de beschikbaarheid van de gegevens, verdient het voor een gedegen evaluatie van de ontwikkelingen in de langdurige zorg aanbe-

veling om vooral betere gebruiksgegevens te verzamelen. Het vergelijken van gebruiksgegevens is nu lang niet altijd mogelijk.

Noten

- 1 Het scp bedankt de leden van de leescommissie, Martin Boon (cbs), Bart Leurs (ROB), Evert Pommer (scp, voorzitter), Debbie Verbeek (scp) en Wouter Vermeulen (CPB), voor hun meedenken en vruchtbare commentaren.
- 2 De bijlage bij de HLZ-brief noemt hier het jaartal 2013. Wij presenteren in deze studie gegevens vanaf 2012 en voor zover mogelijk zelfs vanaf 2010, zodat de lezer met beide jaren kan vergelijken.
- 3 Exclusief collectieve welzijnsvoorzieningen, zoals buurthuizen.
- 4 Zie: www.uitvoeringwmo2015.nl.
- 5 Als een intramurale voorziening in 2016 twintig keer zo duur is als huishoudelijke ondersteuning telt die intramurale voorziening elk jaar twintig keer zwaarder mee.

Literatuur

- CAK (2016). Verlaging eigen bijdrage in 2017. In: *Nieuwsberichten 2017*, 26 oktober 2016. Geraadpleegd op 15 mei 2018 via www.hetcak.nl/over/nieuws/2016/verlaging-eigen-bijdrage-in-2017.
- CAK (2017). Wijzigingen eigen bijdragen Wmo en Wlz in 2018. In: *Nieuwsberichten 2017*, 1 december 2017. Geraadpleegd op 15 mei 2018 via www.hetcak.nl/over/nieuws/2017/wijzigingen-eigen-bijdrage-2018.
- Eijkel, Remco van, Ab van der Torre, Mark Kattenberg en Evelien Eggink (2017). *De markt voor huishoudelijke hulp. Gemeentelijk inkoopbeleid en gebruik door burgers onder de Wmo 2007*. Den Haag: Centraal Planbureau / Sociaal en Cultureel Planbureau.
- EK (2013/2014). *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)*. Verslag van een schriftelijk overleg. Eerste Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33841, nr. B.
- Koster, Yolanda de (2016). 80 gemeenten verlagen eigen bijdrage Wmo. In: *Binnenlands Bestuur*, 16 december 2016. Geraadpleegd op 1-2-2018 via www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/80-gemeenten-verlagen-eigen-bijdrage-wmo.9554096.lynkx.
- Latta, Jolanda, Carel Mastenbroek en Freerkje van der Meer (2016). *Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Pommer, Evert en Jeroen Boelhouwer (red.) (2016). *Overall rapportage sociaal domein 2015. Rondom de transitie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Roquebert, Quitterie en Marianne Tenand (2016). *Pay less, consume more? Estimating the price elasticity of demand for home care services of the disabled elderly*. York: Health, Econometrics and Data Group, The University of York (HEDG Working Paper).
- Rijksoverheid (2014). *Hervorming langdurige zorg. Schema nieuwe stelsels*. Brochure 18 juli 2014. geraadpleegd op 1-2-2018 via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2014/04/22/hervorming-langdurige-zorg-blokkenschema> (niet meer beschikbaar).

- Staatsblad (2012). Besluit van 5 december 2012, houdende wijziging van het Bijdragebesluit zorg en het Besluit maatschappelijke ondersteuning in verband met het treffen van regels voor de uitvoering van de eigen bijdragen, invoering van een vermogensinkomensbijtelling en verhogen AOW-leeftijd en het corrigeren van een omissie in het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering. In: *Staatsblad*, jg. 2012, nr. 628.
- TK (2012/2013). *Toekomst AWBZ*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 april 2013, Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 30597, nr. 296.
- TK (2015/2016). *Rijksbegroting 2016 B, Gemeentefonds*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015/2016, 34300 B, nr. 2.
- TK (2017/2018a). *Langdurige zorg*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 september 2017. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017/2018, 34104, nr. 195.
- TK (2017/2018b). *Eerstelijnszorg*. Brief van de minister voor Medische Zorg van 16 januari 2018. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017/2018, 33578, nr. 50.
- Verbeek-Oudijk, Debbie, Isolde Woittiez, Evelien Eggink en Lisa Putman (2014). *Who cares in Europe? A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European Countries*. The Hague: The Netherlands Institute for Social Research | SCP.
- vws (2014). *Factsheet. Hervorming langdurige zorg. Intramurale geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Brochure 15 juli 2014).
- Wouterse, Bram en Harry ter Rele (2016). *Financiering van de zorg op de lange termijn: Beschrijving analyses*. Den Haag: Centraal Planbureau (CPB Achtergronddocument I 27 oktober 2016).
- Wouterse, Bram, Harry ter Rele en Daniel van Vuuren (2016). *Financiering van de zorg op de lange termijn*. Den Haag: Centraal Planbureau (CPB Policy Brief I 2016/10).

Summary, conclusions and discussion

Changing care and support for people with disabilities

National evaluation of long-term care reforms in the Netherlands

5.1 Introduction

Around a third of adults living independently in the Netherlands have some form of disability (reference year 2015). More than a third of citizens aged over 16 provide informal care or volunteer in the care or support sector. As a consequence, the long-term care reforms (Hervorming Langdurige Zorg – HLZ) introduced on 1 January 2015, of which this report presents an interim evaluation, affect a large proportion of the population. Opinion surveys show that long-term care is a concern for many people.¹

Administrators and policymakers are concerned about the rapid rise in public spending on long-term care and about the quality of the available care and support. In fact, those concerns began long before the HLZ reforms. Initially, this led to the introduction of the Social Support Act (Wmo) on 1 January 2007. Measures to halt the rise in costs by restricting access to institutional care followed in 2013 and subsequent years. The Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ) was repealed on 1 January 2015 and replaced by a raft of new legislation. In this evaluation study we look at the provisional results of these reforms, which include the impact of measures taken earlier.

5.2 Evaluation of long-term care reforms

The long-term care reforms (HLZ) have led to a change in the way social support and long-term care are organised in the Netherlands since 1 January 2015. That is care and social support for people with physical, sensory, intellectual and/or psychological disabilities or psychosocial problems. The long-term care reforms affect support funded through the Social Support Act 2015 (Wmo 2015), community nursing funded through the Health Care Insurance Act (Zvw) and long-term care provided under the Long-term Care Act (Wlz).² Examples include daycare, help with the household, nursing and care provided at home, and time spent in a nursing home or homeless shelter. Although parts of the Youth Act are also sometimes included under the long-term care reforms, they are left out of consideration in this evaluation.

At system level, the long-term care reforms have the following goals:

- better quality of support and care;³
- greater involvement in informal help (taking more care of each other);
- financial sustainability of long-term care and support.

In addition, there are a number of goals pertaining to people with a care or support need:

- more (equal) participation in society;
- giving people more control over their lives;
- more coping ability/independence;
- living independently for longer/as long as possible;
- less loneliness;
- better quality of life.

The Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport asked the Netherlands Institute for Social Research (SCP) to evaluate the reformed system of long-term care, including the statutory evaluations of the Wmo 2015 and the Wlz. This evaluation covers developments over the period from 2015 to 2017 inclusive, the first years after the system change.

The evaluation of the long-term care reforms is based around two central questions:

- A To what extent are the goals of the long-term care reforms and the associated laws and measures being achieved, both from the perspective of (potential) users and for the legal system?
- B To what extent is the achievement of the goals of the long-term care reforms related to the implementation of the associated laws and measures and to the voluntary action of citizens? Which other factors play a role? Are there any desirable or undesirable side effects?

As this evaluation covers the first years following the introduction of the new system, it is too early to give definitive answers to these questions; our conclusion therefore focuses on whether we discern any movement in the direction envisaged by the legislator.

The two central questions above are elaborated into research questions regarding the goals and implementation practice (see sections S.3 and S.4). To answer these questions, SCP carried out a number of studies itself and also commissioned studies from third-party research agencies: NIVEL, BMC, KPMG, Vilans, Tranzo, Movisie and Stimulansz. Various methods were used for this, including literature review, quantitative survey research (digital and written), structured face-to-face interviews (quantitative), semi-structured face-to-face interviews (qualitative), focus groups (face-to-face and digital), analysis of jurisprudence and analysis of register data. A wide range of respondents were surveyed in this process:

- current and potential clients of local authority support services (Wmo 2015), community nursing (Zvw) and institutions in the nursing and care, disability care and mental health care sectors (Wlz);
- informal carers and volunteers;
- people involved in civic initiatives;
- (other) informal and formal representatives of (potential) clients during consultations on municipal Wmo policy;

- independent client support workers and supporters of informal carers and volunteers;
- care and support professionals: (community) nurses, carers, general practitioners (GPs), GP practice nurses;
- managers of institutions in the nursing and care, disability care and mental health care sectors;
- administrators and municipal officers (aldermen, policy officials, Wmo consultants and assessment officers who carry out assessments following applications for support under the Wmo 2015);
- staff of the Care assessment centre (CIZ), care administration offices and health insurers.

The empirical data cover the period from the end of 2015 to the autumn of 2017, with the emphasis on 2016 and 2017. The information on access to, and the results of, social support offered by local authorities to people who apply for support under the Wmo 2015 relates to the situation as at the end of 2015 and in the first half of 2016, respectively. These Wmo applicants and their informal carers were surveyed between March and October 2016; the local authority assessment officers were surveyed from May to December 2016. The data on independent client support and access to Wlz-funded care were collected in June and July 2016 and in the period April to November 2016, respectively. The data on the practice in institutions providing Wlz-funded care were collected in 2016. The survey of community nursing professionals and those who use their services (clients and informal carers) took place in late 2016 and early 2017. Local implementation practice and policy participation in the Wmo 2015 were investigated in late 2016/early 2017 and between February and October 2017, respectively. GP practice nurses and GPs themselves were interviewed in the second half of 2017. The study of jurisprudence was completed in early 2018.

Individual reports were published on most of the substudies (see chapter 1 for an overview). These contain the further elaboration of the research questions and a detailed methodological description (for all publications, see www.scp.nl).

This evaluation study was supervised by an external supervisory committee comprising both people from the field and members of the scientific community.⁴ An earlier version of this chapter ‘Summary, conclusions and discussion’ was also discussed with a supplementary group of experts from the field.⁵

Scope

In this evaluation we present an interim picture of a practice that is still in full development and for which the legislator does not provide any measurable benchmarks. Ideally, an evaluation makes a comparison between the old and new situations (pre- and post-measurement), and compares people who have and have not experienced a particular change (experimental group and control group). With national legislation, however,

there is no control group. There are also few baseline or reference measurements in this case. In order still to be able to make some kind of comparison, in some cases we asked people about their situation before and after 1 January 2015. In many cases, however, we were unable to make a comparison between the situation before and after 1 January 2015. The main focus in this evaluation is on the experiences of current and potential clients, informal carers and professionals who are directly involved in the access to and provision of long-term care and support. However, not all stakeholders are represented in this study. For example, it contains no information on people who – either in their own assessment or according to carers – need institutional or community-based care or support but for a variety of reasons are not receiving it. These people are difficult to trace. The study also contains no information on people who are unable to participate in research due to the nature and/or severity of their disability. There were also too few clients with a migration background in the substudies to enable any statements to be made about this group. Owing to the lack of national registers, it was not always possible to determine whether a substudy was representative.

In view of the emphasis we placed on the perspective of care applicants, clients, informal carers and professionals, a number of aspects are largely left out of consideration in this evaluation study. These include the way in which long-term care and support are funded (size of budgets and how funding is organised), procurement processes, labour market effects, administrative burdens and the functioning of the personal budget.

In this summarising and concluding chapter, we restrict ourselves to the broad outlines of our study. For a more detailed substantiation of our findings, we refer to the main text of this report and the individual substudy reports (in Dutch). In this chapter we first discuss the implementation practice, then consider the extent to which the goals of the long-term care reforms have been achieved in the first years since their introduction.

5.3 Implementation of long-term care reforms in practice

In this section we look first at access to formal long-term care and support (section 5.3.1), then discuss experiences with formal and informal help (section 5.3.2). In both parts we look in turn at social support (Wmo 2015), community nursing funded through the Health Care Insurance Act (Zvw) and care provided under the Long-term Care Act (Wlz). Section 5.3.1.3 discusses jurisprudence in relation to access to social support.

5.3.1 Access to care and support

Are people who need support able to contact their local authority⁶, and do they do so? Are people who need nursing and care able to access community nursing services, and do they do so? How are requests for help dealt with and how do all stakeholders experience this?

5.3.1.1 Access to social support and community nursing services

Large majority of municipalities have (community) social care teams

Under the Wmo 2015, local authorities are responsible for organising all aspects of access to social support. Many local authorities (eight out of ten) meet this obligation by setting up (community) social care teams. The most common is a broad-based, integrated team which is able to help all people who need support. These teams, which comprise members from various disciplines, offer first-line support, information and advice, as well as providing access to personalised support such as help in the household, providing a wheelchair or individual support. For complex needs they consult specialists or refer applicants to second-line care services. The community social care teams in some municipalities also contain community nurses.

Wmo 2015 and community nursing reasonably well-known

Seven out of ten people with physical disabilities are aware of the existence of the Wmo help desk or (community) social care team; this is the case for six out of ten next of kin of people with an intellectual disability and four out of ten people with persistent and severe mental health problems.

Familiarity with community nursing is higher: nine out of ten people with a chronic illness or disability know about the existence of this service. One worrying finding is that lower-educated people are less familiar with these services than others, whereas they are the group who most often need them.

Accessing support difficult for some

It is not known how many people need care or support – either according to self-report or according to carers – but are not receiving it. When asked, 3% of adult Dutch citizens living independently reported in 2015 that they needed care and support (help with the household, care, nursing or support) but were not receiving it. That is the same percentage as in 2014. The figure is higher for people with moderate or severe physical disabilities (9%), whose greatest need is for help with the household. Having a need does not automatically mean that those concerned have actually applied for or sought support. There may be all kinds of reasons for this. We also know that people with a low education level, a low income or suffering severe loneliness make relatively little use of local authority support services. In addition, people with a disorder or disability such as dementia, intellectual disability or severe mental health problems often have little control over their own lives and little or no understanding of their condition, making it difficult for them to formulate and address an application for help. According to nurses and carers, community nursing services are generally readily accessible, though possibly less so for people with a migration background and people with mental health problems.

A quarter of people who apply to the local authority for Wmo support reported in early 2016 that they had found this a very difficult process. Being unable to find their way through the system, finding the system too complex, thinking they will not be eligible,

thinking their own contribution (co-payment) will be too high and finding the application procedure too long are key reasons for not using support.

It is not only clients who have difficulty in finding the best routes to support; professionals also share this view. For example, GPs, GP practice nurses and independent client support workers also say they often have to spend a lot of time finding the right bodies and the right people. GPs and practice nurses also report that they often have to spend a long time ringing round in order to find an available bed for clients requiring temporary residential care.

It may also be the case that formal support and care are not used because an application has been wholly or partly rejected. In our study, in early 2016 1.5 out of ten registered Wmo support applicants did not receive personalised support (either their application was rejected or they did not submit one). Only one in 25 Wmo applicants were referred to general provisions (see also section S.3.2.1). As regards shelters and sheltered housing, based on indications from various reports, there appear to be capacity problems particularly in providing night-time emergency accommodation. Access to this type of care is currently not adequately assured. There are also indications that clients are unable to leave residential facilities due to their financial problems and (particularly in large cities) a shortage of affordable rented housing.

In short, access to support and care at home is not easy to find for everyone, sometimes including professionals.

Applications often centralised for Wmo 2015 support, decentralised for community nursing

Virtually all applications for Wmo support are routed through a central Wmo help desk or client contact centre. The surveyed municipalities with one or more (community) social care teams regard these teams as an important point of contact for applicants, even though in most cases they do not apply for help through these teams. In around four out of ten municipalities surveyed, these community teams proactively seek out people with (multiple) problems. This indicates that, contrary to expectations, this form of outreach work is not yet commonplace. In addition, many (community) social care teams do not get round to preventive action and early intervention.

Many local authorities are digitalising their services (further), but only a small proportion of applicants in this study applied online, suggesting that digital contact is not well suited to the Wmo target group. The most widely used medium for the initial contact is the telephone. The local authority assessment of the support need generally takes place during a home visit.

People who need community nursing (or their informal carers) often contact the care provider themselves. Contact is also made via care providers such as GPs or hospitals. The (community) social care team or local authority plays a lesser role in these cases.

Independent client support little known and little used

Independent client support, such as provision of information and advice for clients, is a right and in practice is provided by a third party which has no connection with the funding organisation (local authority or care administration office) or with the care provider. Local authorities have a duty to offer independent client support at no cost to people with a care or support need. However, many people (eight out of ten Wmo applicants and around two-thirds of next of kin of people with an intellectual disability) are not aware of this possibility. Around one in ten Wmo applicants were using this form of support in our study. They rated this support positively. There are however indications that client support workers are not always independent (e.g. if they are also members of a community social care team).

Clients generally satisfied with access interviews, but sometimes encounter lack of knowledge of certain disabilities

Most clients (of both Wmo support and community nursing) are satisfied with the interview that takes place as part of their assessment by the local authority or a community nurse. Professionals (Wmo assessment officers and community nurses) are also satisfied. Despite this, roughly a quarter of the assessment officers say their knowledge of applicants with mental health disorders, psychogeriatric problems (including dementia) and multiple problems, such as homelessness and addiction, is inadequate. Around a quarter of Wmo applicants were dissatisfied with the expertise of the assessor. Assessment officers themselves also sometimes find it difficult to obtain a clear picture of the 'question behind the question' and to take account of (potential) informal carers and the financial situation of applicants when seeking a solution. Generally speaking, the local authority assessment following a Wmo application meets the procedural requirements set in the legislation.

Community nurses feel that they are able to give a more precise assessment than staff of the Care assessment centre (CIZ) did in the past, partly because they see clients in their homes.

5.3.1.2 Access to Wlz-funded care

Are people with a permanent, intensive care need able to access the CIZ and the care administration office, and do they do so? How do these organisations deal with the demand for care and how do all stakeholders experience this?

The percentage who unintentionally do not end up applying for Wlz-funded care is unknown.

The CIZ received 111,035 applications for Wlz-funded care in 2017, suggesting that many people are able to find their way to the CIZ. It is not known how many people need 24-hour care close by or require permanent supervision but do not apply for care to the CIZ. Data are only available for those who do submit an application. There are however indica-

tions from parties such as GPs, GP practice nurses, community nurses and staff of hospital Accident and Emergency (A&E) departments that the care demand from some clients living at home has become much more complex and time-consuming. How extensive and serious this is, or whether some of these people could apply for provisions under the Wlz, is not known. A substantial proportion of those on the waiting list for Wlz-funded care, including those who are not 'actively' waiting, and their informal carers, say that, in their own assessment, they are actually no longer able to manage at home. Some of the reasons given by applicants for Wlz-funded care for their application are: 'need for more professional care', 'partner is already under great strain and cannot provide any more care' and 'deterioration in health'. Whether all of this group apply (too) late for Wlz-funded care is not known.

Groups who do not receive Wlz-funded care, or only with difficulty

Around 13% of first-time applicants for Wlz-funded care had their applications rejected between January 2015 and January 2017. They include four groups who according to ciz staff find it difficult or impossible to obtain Wlz-funded care because they do not meet the access criteria, even though in some cases they are no longer able to continue living at home: vulnerable older persons with disabilities but no cognitive impairments; children and adolescents with (mild) intellectual disabilities; adults in need of intensive care but who are able to control their own care; and people with mental health problems. It is not known to what extent they are able to manage without this formal care, possibly using informal or privately paid help, support from the local authority and/or community nursing.

A study of access to Wlz-funded care suggests that some groups are rejected more often than others, including children, people with a mild intellectual disability and people with a physical disability but good cognitive functioning. The percentage who are rejected varies by age category. Those who receive a negative indication (rejection) more often say they are advised to apply by their local authority – which does not always know when someone is eligible for Wlz-funded care – and more often lack information about the criteria for access to this care than those who receive a positive indication. They also more often find applying very difficult.

Many clients have great difficulty understanding or finding information on the Wlz

The applicants for Wlz-funded care in this study took differing views on the clarity, accessibility and completeness of the available information. Around a third take a positive view, a high percentage are neutral and between a quarter and a fifth think the information is difficult to find, unclear and/or incomplete. The majority receive information about the Wlz and how to submit an application from care providers or from their partner/family/friends. Other sources such as the ciz and the Internet/newspaper/radio/television are mentioned by a small percentage.

According to professionals who manage access to care (staff of the ciz and care administration offices), applicants lack information about aspects such as the financial conse-

quences of a particular choice, the existence of independent client support and what an indication implies (care profile). They point out that a lot of information is only available online and is therefore difficult or impossible to find for people with no Internet access (such as older persons and people with a (mild) intellectual disability). They note that accessing long-term intensive care is complex, not only for potential users, but also for other stakeholders such as local authorities and health insurers. In practice, clients receive help when submitting an application to the ciz from parties such as a hospital liaison nurse, care provider or community nurse. The extent to which this happens is not known. GPs often play no role in the submission of applications, though they are occasionally asked for advice or information by the ciz in relation to the care needs assessment.

Care applicants are predominantly satisfied with the personal contact with the ciz and care administration office; professionals have mixed experiences with the access procedure

The majority of applicants for Wlz-funded care were satisfied or very satisfied with the time ciz staff devoted to discussing their application. The same applies for the way in which the interview was conducted by the ciz. The majority of applicants are not aware of the possibility of receiving independent client support; only a small proportion of care applicants (around 10%) say they were advised or informed by a client support worker regarding their application for long-term care.

The majority of applicants surveyed knew during the application process that they wanted to receive care in kind and also knew the care institution from which they wished to receive it. The client adviser from the care administration office only has contact with people who do not know how they wish their care need to be met (4% of care applicants), with people who wish to receive all or part of the care at home (more than one in three applicants) and with people wanting a personal budget (this group partially overlaps the latter). In general, over half of those who came into contact with the care administration office were satisfied with that contact.

ciz staff generally feel that the policy rules offer sufficient guidance when making decisions on the care required. Despite this, almost half think the policy rules are sometimes (44%) or frequently (4%) inadequate for this. This applies for older persons with physical disabilities but few cognitive impairments, for children, adolescents and young adults and for people with both psychiatric problems and intellectual disabilities. ciz staff take differing views on how clearly the legislative regimes are defined. The majority (almost six out of ten) felt that the definition was 'sometimes clear'.

People with mental health problems are still uncertain about the principles for inclusion in Wlz-funded care

When the Wlz came into effect, it was decided not to include psychiatric problems as a basis for access to Wlz-funded care. Since 2015, people with a need for mental health care have received this through the Health Care Insurance Act (Zvw). A decision was to be taken

on 1 January 2018 regarding admitting this group of clients to Wlz-funded care, but this was suspended. People who are currently receiving mental health care under the Wlz were admitted to Wlz-funded care because on 31 December 2014 they had been receiving treatment in a mental health care institution for three years or longer. Since then, people have only been admitted to Wlz-funded care if they also have another illness or disability, such as an intellectual disability or dementia.

5.3.1.3 Legal developments

What legal developments have taken place in relation to decisions by local authorities on requests for personalised support?

Relatively few complaints and objections lodged

Although a quarter of Wmo applicants were dissatisfied with the outcome of the local authority assessment in 2016, the number of complaints and written objections lodged was relatively small; most people do not have a clear idea of how to do this. One in ten Wmo applicants whose application was rejected filed an objection in 2016. Based on information from municipal policy coordinators, in 2016 there were 1.2 objections per 100 decisions issued (based on data from 130 municipalities). That is roughly the same proportion as in the Wmo evaluation 2010-2012. The number of objections peaked in 2015, at 2.2 per 100 decisions, probably reflecting the fact that 2015 was a transitional year with stricter access criteria for services such as help with the household.

Pertinent jurisprudence on Wmo 2015

In the period from 2015 to the present, there have been several hundred rulings on the 2007 edition of the Wmo and around a hundred on the Wmo 2015. The most pertinent rulings by the Administrative High Court (Centrale Raad van Beroep) are concerned with informal care and help with the household.

The rulings on informal care stipulate that this type of care is voluntary and can therefore not be enforced or demanded. Because informal care is by definition ‘free’, in a situation where a potential informal carer refuses to provide help without compensation from a personal budget, this cannot be referred to as informal care. Consequently, the local authority no longer has the power to stop the personal budget due to the presence of informal care. Recipients of a personal budget can be expected to use the personal budget to achieve certain results.

On ‘usual help’, the Court has ruled that local authorities must properly substantiate which help by fellow household members they regard as ‘usual’.

A series of rulings have been issued on help with the household, from which the following conclusions can be drawn:

- Neither the text of the Wmo 2015 nor the parliamentary debate contains any indication that help with the household no longer falls within the scope of the Wmo 2015.

- Help with the household may be provided in the form of a general provision, provided a number of conditions are met. For example, the costs must be stated in the municipal regulation, the local authority must have contracts with providers of general provisions, the local authority must investigate whether the general provision leads to the envisaged result and whether it is financially appropriate for the person concerned.
- New standards for fixing the number of hours provided are permitted, but must be substantiated by objective research. It must also be clear that the number of hours' help provided based on those standards will be enough to achieve the envisaged result for the clients.
- Allocating support framed in a system of measurable results (e.g. a clean home that is fit to live in) must be based on a clear and objectively determined criterion.

In the context of the Wlz and the Zvw, opinions have also been issued by non-judicial bodies, such as the Dutch National Health Care Institute and the Health Care Insurance Industry Disputes Committee. We also looked at these opinions as a supplement to the jurisprudence on the Wmo 2015. The main findings from the analysis are set out in chapters 7 and 8 of this report.

5.3.2 Experiences with formal and informal help

What help do people with a care need receive and how do all stakeholders experience this? Is there sufficient coordination between all stakeholders? Does the available help meet the needs of both clients and informal carers?

5.3.2.1 Experiences with social support

Most people who apply for social support receive personalised support.

The range of provisions and services offered is wide and consists of general provisions which can be accessed without a local authority assessment and personalised support which do require such an assessment. Over eight out of ten of those who applied to their local authority for support at the end of 2015 received personalised support following the local authority assessment. Around one in ten applicants received a suggestion that they should buy in support themselves or should ask for (more) help from family, friends or volunteers. Just under a tenth received a combination of personalised support and such a suggestion. A referral to general provisions, or to nursing or care services, was much less common (both around one in 25).

The number of unique users of personalised Wmo support is estimated at over 1 million in 2016. That figure is made up of 700,000 users of residential and transport provisions and aids, more than 400,000 users of household help and around 250,000 users of support, day care services and other individual and group-based support, plus around 35,000 users of residential services. Household help and aids and services were mainly used by older

persons. Wmo clients can use several personalised Wmo provisions and in addition (or instead) can also use general Wmo provisions.

It is difficult to say whether a shift is taking place from use of more intensive (individual, specialist) to less intensive (general or collective) forms of support. The majority of the local authority policy staff surveyed indicated that less intensive provisions are being used more than before the introduction of the long-term care reforms. The use of more intensive forms of care is however not declining to any great degree.

The total number of clients using emergency shelters in 2016 is estimated at at least 60,000, and appears to have remained stable over recent years. It is not clear how many of them have a residential place or receive only community-based help. The number of sheltered housing clients has decreased slightly since 2013, but the percentage of clients with a relatively intensive assessed care need has grown.

Coordination between care providers sometimes less than optimum

Around one in twelve Wmo applicants who receive services from several helpers/carers (sometimes provided under different legislative schemes) say they sometimes or regularly experience coordination problems between the helpers/carers. The help is coordinated in most cases, but in a third of cases it is not. Where there is coordination, that mostly comes from the applicant or their informal carer themselves, rarely from the local authority. This is reflected in the experiences of local authority assessment officers.

The importance of good coordination and the designation of a coordinator is underlined by the Dutch Health and Youth Care Inspectorate (IGJ) and the Council for Public Health and Society (RVS). It is all the more important for people living independently with multiple, complex care needs who are not able to exercise control over their own situation. A third of clients in temporary shelters feel that the help they receive is not well coordinated. The extent to which clients in sheltered housing feel there is sufficient coordination in the support offered in various domains of life is not known.

Two out of three applicants are satisfied with the solution provided; informal carers are more critical

Two-thirds of those who apply for support from their local authority and receive an assessment are satisfied with the outcome. They are satisfied or very satisfied because the support resolves their problem, makes them more independent or relieves the burden on their informal carers. Informal carers are more critical: half are satisfied or very satisfied with the solution for the applicant, while two out of ten are dissatisfied or very dissatisfied. Their dissatisfaction is often related to the number of hours of help assigned to the care recipient. Other reasons for dissatisfaction are that the local authority assessment officer did not listen properly or that the solution is insufficiently personalised.

In many cases, informal carers are not asked about their burden (almost four out of ten assessment interviews) and there is no discussion of any support needs they may have

(between four and five out of ten interviews); in the other cases these issues were discussed or the respondent can no longer remember. A majority of Wmo assessment officers feel they are successful in finding an appropriate solution for most applicants. They are more often positive on this point than applicants and informal carers. Most applicants who receive personalised support in response to their application are satisfied with its quality.

Positive and critical voices about shelters and sheltered housing

Over two-thirds of people living in shelters take a positive view of the living conditions. A third feel they do not receive help as quickly as they need it, while the same proportion feel that staff do not devote enough time to discussing whether the help is still appropriate, do not give enough information and provide help that is not well coordinated. All in all, two-thirds of clients are positive about the results of the help, and a third are negative. In 2016, people with severe mental health problems, including clients in sheltered housing, were less satisfied with the help they received than in 2015. Those who are dissatisfied with the support they receive, refer to the negative consequences for their personal lives. The emphasis on independence and taking control means they have the feeling that their need for help is 'not welcome'. The mixing of groups in general daycare provisions is also not a good outcome for all clients.

5.3.2.2 Experiences with community nursing

Increasing use of community nursing and more complex care needs

People can receive nursing care, personal care or a combination of both if a nurse believes they are eligible. The nurse plays a pivotal role: he or she must decide together with the individual client and their social network what care is needed. The volume of community nursing (nursing and care together) provided under the Health Care Insurance Act (Zvw) increased by just under 2,000 hours between 2015 and 2016. Nurses and carers have experienced an increase in pressure of work since the introduction of the long-term care reforms due to the increased number of clients living independently with complex problems. GPs and GP practice nurses share this experience.

Clients often satisfied with the care and the coordination between carers

Most community nursing clients (nine out of ten) say the care they receive matches their assessed need; just under one in ten do not know or have forgotten, and an even smaller proportion state explicitly that they do not receive the care that was agreed with them. Just under two-thirds feel they always receive community nursing services when they need them; a third feel this is mostly the case and the occasional respondent says they rarely or never receive care at the times it is needed.

The cooperation between community nursing professionals and other carers is assessed as good by more than half of the clients; 13% rate this cooperation as reasonable and 3% as

poor. Just over a quarter do not know. It may be that they have little information on this aspect, but they have evidently also experienced no major difficulties or gaps.

S.3.2.3 Experiences with Wlz-funded care at home

People who are eligible for Wlz-funded care can in some cases receive it at home, in the form of a full home care package (vPT), a personal budget or a modular home care package (MPT).

One in five Wlz clients receive care at home

At the end of 2017 almost 60,000 people were receiving Wlz-funded care at home; they account for almost a fifth of all Wlz clients. Five out of ten of them receive a personal budget, three out of ten receive an MPT and just under two out of ten receive a vPT. A personal budget or MPT is most often used by clients receiving disability care. The types of care provided in the recipient's home (vPT, MPT and personal budget) are generally chosen because people attach importance to living in their familiar home and with their partner/family. Where long-term care is provided at home, the recipient almost always receives (a lot of) informal care in addition to the Wlz-funded care.

According to clients and professionals, the quality of this care lies mainly in the combination of independence and the freedom to make decisions and the safe and secure feeling that help is nearby when needed.

Sometimes insufficient coordination between care professionals

Coordination between different care professionals is of particular importance for the quality of care provided at home in situations calling for complex, multiple care (see section S.3.2.1). At present, the coordination or control is not always adequate and not always well organised. There are also problems with the shared use of case files.

Wlz-funded care at home not always possible

People have both positive and negative experiences with the provision of Wlz-funded care at home. Clients who receive care at home are positive about the fact that they can decide more things for themselves than if they were in a care institution. Wlz-funded care at home is less suitable for certain groups, such as clients living alone with dementia, because 24-hour care close by and permanent supervision cannot always be guaranteed, potentially leading to unsafe situations.

There are indications that the transition of care and support provided under the Wmo 2015 and the Health Care Insurance Act (Zvw) to care provided through the Long-term Care Act (Wlz) is sometimes experienced as negative by clients receiving Wlz-funded care at home. This so-called 'care trap' occurs when a client with an indication for Wlz-funded long-term care receives a smaller volume of care (due to the requirement of cost-effectiveness: Wlz-funded care is capped at the amount of care the recipient would receive in an institution), whereas the client has to pay a bigger contribution (co-payment) (there is no

co-payment for nursing care funded through the Zvw, but there is for care provided under the Wlz). For certain groups, such as terminally ill palliative clients, the maximum permitted costs have been increased by 25%. This could mean that long-term care clients who spend a long time on the waiting list for care in an institution may also receive less care and support than in the old situation, whereas that old situation was the reason for them applying for long-term care under the Wlz.

5.3.2.4 Experiences with Wlz-funded care in an institution

How do nursing and care homes, as well as institutions providing disability and mental health care put the more extensive client support, new-style care plan discussions and use of informal help into practice? And how do clients, their social networks, volunteers and professionals experience this?

Care plan review is the norm

The introduction of the Long-term Care Act (Wlz) led to a tightening up of the system for care plan review, stipulating that care plans must be reviewed within six weeks of commencement of care delivery and at least twice per year thereafter. The client must also be involved in the review of their personal care plan, and the Wlz prescribes which topics must be reviewed. The purpose of the care plan review is to give clients a greater say over their own lives.

Care providers in the nursing and care, disability care and mental health care sectors devote more attention than in the past to care plan reviews, a development that has been ongoing for some time. The client and their social network are involved in the care plan review where possible. Clients see the care plan review mainly as an opportunity to be listened to, but see little difference between a care plan review and regular contacts with care professionals when it comes to discussing their wishes and needs. Managers state that their care institution offers wide scope for client input during the care plan review, and that this has increased since 1 January 2015.

According to care professionals, care plans and care plan reviews are not fully compliant with what is envisaged in the Wlz. The review topics listed in the Wlz are not discussed for every client, and not all care providers carry out a care plan review twice a year. Care professionals point to a number of practical problems: the care plan is not accessible for all clients; it is sometimes difficult to talk to a client about their needs and wishes because of their problems; and carrying out a review within six weeks of admission is not always achievable. Clients and informal carers also feel that the care plan is not always accessible and legible.

One in ten nursing home residents who are able to participate in surveys report that they are not aware of the arrangements set out in their care plan. Of those who are aware of these arrangements, a quarter say they never have an opportunity to share in the decision about what help is given when.

In mental health care, reference is made to the need to match care plans better to the pace that the client can manage. To assess what is essential to the client requires sustained and in-depth questioning during the care plan review. According to care professionals, this customised approach takes a lot of time and effort, while they feel that they do not have this time available due to the increasing complexity of clients' problems and staff cuts.

Independent client support still largely unknown

The majority of care professionals, clients and informal carers who took part in the studies in the nursing and care, disability care and mental health care sectors were fairly or completely unfamiliar with the term 'independent client support' or its function. Managers of institutions often did know about this.

Care providers often provide ways of supporting clients themselves. Most care professionals feel that the fact that these services are not independent does not cause problems for the client. They also point out that a client support worker may not have a bond of trust with the client. Opinions vary on whether this is a disadvantage or an advantage. Care professionals and clients' social networks feel that more attention is needed for client support and that more information needs to be provided about independent client support.

Members of the social network do not always step in

Care providers are making greater efforts to involve the client's social network in their care, a development which began long before the introduction of the Wlz. This can be difficult because of the change in mindset required, especially among informal carers of people who have been living in an institution for a long time. Family members may also be elderly and in need of care themselves, may be overburdened, have little time or live a long way away. Mental health care clients, in particular, often have a limited social network due to weak family contacts.

Overburdening of informal carers is an issue when it comes to the question of whether the input of the social network can be increased. According to care professionals, the burden on informal carers is increasing, mainly because relatives are providing longer and more intensive care because clients live at home and their care intensity is increasing. As a result, it is not always possible to increase the involvement of the client's family. Managers of nursing and care homes surveyed in this study more often report overburdening of relatives than managers in the disability care sector.

Recruiting volunteers is difficult

All three care sectors devote a lot of attention to involving more volunteers, though in most cases organisations (especially in the mental health care sector) are still looking for the best way to achieve this. Just over a third of managers in the nursing and care and disability care sectors have noticed a slight increase in the number of volunteers. At the same time, it is difficult to find volunteers and only a third of managers in the nursing & care and disability care sectors say they have enough volunteers. Recruiting and retaining vol-

unteers is also seen as difficult in long-term mental health care, because clients have complex problems and do not always show gratitude. This causes volunteers, who have been recruited with great difficulty, to drop out again rapidly.

On average, there are more active volunteers per client in the nursing and care sector than the disability care sector. Volunteers are mainly involved in welfare activities, supervising activities and giving practical support. Volunteers appear to be taking over more and more tasks from professionals, especially in relation to welfare. However, it cannot be deduced from this that institutions which do not have sufficient volunteers are not able to devote as much attention to client welfare. Only a fifth of managers recognise that volunteers are carrying out different tasks than in the past.

5.3.2.5 Experiences with informal help

What trends can be identified in the giving of informal help?

The government expects people to do more for each other. At the same time, the legislator wants to protect informal carers and volunteers against becoming overburdened. The government is accordingly focusing on support for informal helpers and on improving the link between formal and informal support and care. It is this latter aspect that is the subject of this section. Shifts in the extent of help and willingness to provide it are discussed in section S.4.2.1.

Burden on informal carers and volunteers is stable but increasing in certain subgroups

Just under one in ten informal carers feel heavily burdened by the care they provide. That proportion was the same in 2016 as in 2014. In particular, informal carers who provide intensive help, who help their partner, someone with a terminal illness or someone with mental health problems, or who provide help because there are no alternatives, relatively often feel heavily burdened. Overburdening of informal carers leads to a risk of 'derailing' of care. Research by the Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL) shows that the percentage of heavily burdened informal carers of people with dementia increased from 10% in 2011 to 16% in 2016. Professionals also signal that there are groups who are heavily burdened and whose burden may be increasing. These are mainly informal carers providing care to someone within an intensive care need who is still living at home whereas in the past they might have been admitted to an institution. No hard figures are available on this, however. Local authorities say they are aware of the informal carer burden. Local authority assessment officers state that they 'regularly' or 'often' explore the resilience of informal carers during assessment interviews with Wmo applicants. However, over a third of informal carers of Wmo applicants say the local authority does not know that they are informal carers.

Volunteers may also find their task burdensome; this depends among other things on the type of activities and what kind of impairments the help recipient has. It seems that more and more is being asked of volunteers. Local authorities point out that a more diverse

group of people have started volunteering and that a substantial proportion of those volunteers themselves need support.

Informal carers are often satisfied about the coordination with professionals, but professionals pay little attention to informal care

One in eight informal carers are the sole person providing help. Some informal carers help together with other informal carers as part of an informal network, while others provide help alongside professionals, though the percentage in the latter group has declined since 2014. It is unclear whether this means that less help is given by professionals or whether professionals are focusing more on situations where no informal carer is present. Informal carers are often satisfied with the collaboration with professionals and the way in which they are able to coordinate the care. Half do think that professionals pay them too little attention. Informal carers of Wmo applicants are mostly satisfied with the coordination with professionals (through the Wmo 2015 or community nurses); one in eight are dissatisfied.

Support for informal carers could be improved

One in six informal carers say they lack certain skills, and one in five feel they lack knowledge, for example relating to how to interact with the care recipient or more practical knowledge about their illness or condition. People helping someone with dementia, an intellectual disability, terminal illness or mental health problem, in particular, say they need more knowledge and skills. There are clear indications that increasing competencies and supporting informal carers helps to reduce or even prevent overburdening. Local authorities offer all kinds of support, such as information, peer group contacts or respite care to provide temporary relief for informal carers. One in four helpers use this support; that is unchanged compared with 2014. One in ten informal carers need (more) respite support but do not receive it because the care recipient does not want this, but also because of a lack of capacity or because they feel it is too expensive. Informal carers who could benefit from support often do not use it, even though it is available. This could indicate that the supply does not match the demand, that informal carers are unaware of the support available or that they put off asking for support, perhaps out of embarrassment. Around three in ten informal carers are unaware of the support available.

5.4 The goals of the long-term care reforms

5.4.1 Goals for (potential) users

To what extent are the goals of the long-term care reforms and the associated laws and measures being achieved from the perspective of (potential) users?

The legislator has set a number of goals for people with physical, sensory, intellectual and/or mental disabilities or with psychosocial problems which have a very direct impact

on their daily lives. We discuss the progress in achieving these goals below. To what extent the situation appears to be related to the long-term care reforms is discussed in section S.5.

S.4.1.1 Living independently

People with disabilities are living independently in the community for longer

One of the goals of the long-term care reforms is to enable people with disabilities to continue living independently in their own homes for as long as possible. This goal appears to apply mainly for older persons. For people with intellectual disabilities, the purpose of support may be to enable them to live (more) independently, away from the parental home, while for people with mental health problems the goal may be concerned with a return to independent living, from a mental health care institution or sheltered housing. Older people are indeed living independently to ever greater ages, especially those with a partner.

Several factors contribute to people living independently (for longer), including having a permanent helper, new technologies (such as telecare and domotics) and having meaningful daily activities. The latter gives structure to people's lives and relieves the burden on informal carers. Affordable rented homes are also important: a shortage in some municipalities impedes independent living, especially for people with an intellectual disability or with mental health problems. Waiting lists and the access criteria for admission to an institution exacerbate this, because some people who would previously have moved into an institution now (have to) continue living independently for longer. It is not clear how they are faring (see also section S.4.2.2). Semi-independent residential forms and informal care homes which would be a solution for some clients are being developed here and there, but are not yet available on a large scale.

S.4.1.2 Social participation and coping ability of people living independently

Social participation⁷ remains limited

Participating in society is not something that many people with disabilities can take for granted. It is known that people with a (severe) physical disability participate less often in all kinds of social activities and spend less time outside the home than those without disabilities. Intellectual disabilities and mental health disorders can also be an obstacle to participation in social life. At the start of 2016, applicants for Wmo support participated most in (adult) education and as informal carers. As regards employment (taking into account age), voluntary work and leisure activities, they appear to lag behind the general population. A third of Wmo applicants do not participate in any of these ways. A quarter have the feeling that they do not count in society.

The total participation by all people with a physical disability taken together neither increased nor decreased in the period 2008-2016, but among people with a mild intellectual disability it declined between 2012 and 2016, especially labour participation.

Applicants who have recently received Wmo-funded support (personalised support or a general provision) and/or informal or private help if local authority offered this as a solution, score their participation opportunities at 6.2 out of 10. That is higher than the score they give for the participation opportunities they experienced prior to receiving their most recent support (5.5). The support thus appears to make a real, if limited, contribution to participation.

People see more participation opportunities as their resilience increases. There is also a negative relationship here: with advancing age and deteriorating health, people experience a decline in participation opportunities, despite the support they receive. Old age, fatigue, pain or too many disabilities can make participation impossible at a certain point, and no amount of support appears able to alleviate this.

Coping ability⁸ increases with care and support – to a point

In early 2016, most people with disabilities who applied for support under the Wmo 2015 were not able to manage independently. Most of them were able to do so with formal and/or informal care and support, but between one and three in ten (depending on the domain of life concerned) still could not manage.

Around three-quarters of users of Wmo personalised support,⁹ and of Wmo applicants who receive personalised or general support and/or private or informal help, feel that the care and support offered helps them to manage. However, there is quite often still a residual need for help, among both people with and without help via the local authority. On average, Wmo applicants who have recently received Wmo-funded support (personalised or general) and/or private or informal help if the local authority offered this as a solution, score their coping ability at 6.7 out of 10. There was also a relationship with coping ability in the period prior to Wmo applicants receiving the support. Wmo applicants who were satisfied with the expertise of the local authority assessment officer reported higher coping ability than those who were dissatisfied. The coping ability of users of Wmo personalised support did not change between 2015 and 2016.

More than two-thirds of community nursing clients think they would manage less well in their daily lives, and over a third think their health would deteriorate without community nursing. Almost three out of ten clients also say they would then no longer be able to live independently. It is also striking that few of these clients think they would be able to manage by paying for the help they need themselves (5%) or by making more use of their next of kin (13%).

For people receiving Wlz-funded care at home (vpt, mpt or personal budget), ‘own control as far as possible’ is the main goal of the legislator, and not so much independent coping ability. People living at home with a need for 24-hour care close by and who receive Wlz-funded care have a fair degree of control compared with Wlz clients living in institutions. This does not always apply for (young) disabled people living with their parents, because people in a client’s social network have a tendency to take over the care and control from the client.

5.4.1.3 Loneliness and perceived quality of life of people living independently

Quality of life is related to the other Wmo goals of independence, participation and minimal loneliness. Given the current strong interest being shown in loneliness, the relationship between quality of life and loneliness is explored further in this evaluation.

Loneliness remains a problem

A third of the Dutch population aged 18 years and older feel moderately lonely, and a tenth feel very lonely. Loneliness is a problem in all age groups, but among elderly people it increases with advancing age.

Almost two-fifths of applicants for and users of Wmo support were moderately lonely in 2016, and one in five very lonely. In most cases, this was a combination of emotional and social loneliness.¹⁰ The share of those in receipt of Wmo personalised support suffering emotional loneliness increased from 17% to 22% between 2015 and 2016.

Among Wmo applicants aged 18 years and older and living independently, personalised support contributes to a reduction in loneliness. Most Wmo applicants who receive formal and/or informal help in maintaining contacts say this enables them to maintain (more than) enough contacts. Yet there is also a group who feel that this help does not make a difference. There are also people who say that they stay at home more often than they would like because they have not received personalised Wmo support.

Adult Wmo applicants living independently are less lonely if they see possibilities for maintaining contacts independently or with help, if they have an informal carer and/or if they receive personalised support under the Wmo 2015. It is worth noting here that loneliness is by no means always accompanied by a low quality of life; one in 25 applicants are lonely and give a low score for their quality of life, whereas one in seven are lonely but regard their quality of life as adequate. The first group differs from the second in the lower share of women, lower coping ability and participation, more difficulty maintaining contacts and greater frequency of severe disabilities.

The policy goal cited earlier of 'living independently for as long as possible' can conflict with the desire to combat loneliness. Almost one in three applicants for Wlz-funded care cite preventing loneliness as a reason for wishing to receive their care in an institution rather than at home (alongside other reasons).

Quality of life has not changed, but is systematically lower than in the general population

The perceived quality of life¹¹ of Wmo applicants averaged 6.6 in early 2016, more than one point lower than in the population as a whole. Personalised support under the Wmo 2015 has no direct influence on quality of life, but may have an indirect effect because it helps bolster their coping ability. Users of personalised Wmo support reported no change in their quality of life between 2015 and 2016.

5.4.1.4 Control, independence and quality of life of clients in long-term care institutions

Increasing attention for control and quality of life

Key goals of the Wlz are increasing clients' control over their lives and improving their quality of life. Research has shown that clients and care professionals mainly use terms such as 'control' and sometimes 'quality of life' rather than 'independence', 'independent living skills', etc. These topics are increasingly being raised according to professionals, but they believe that this is part of a longer development and is not related to the introduction of the Long-term Care Act (Wlz).

Clients in the nursing and care, disability care and mental health care sectors say that care professionals devote attention to the control they have over their lives, and they appreciate this. Care professionals point out that if clients no longer have any control over their lives, it can be painful to confront them with this. Care professionals in the mental health sector see that clients need time to get used to the increasing scope to exercise control; they have often been hospitalised for a long time in mental health care facilities. Care professionals, volunteers, clients and the occasional care manager in the mental health care sector see an increase in clients' quality of life as they become more independent. As clients participate more actively in and connect to society, their self-confidence and sense of worth grows. This contributes to their recovery. Care professionals do however stress that it is important for this group to take small steps and that complete recovery is not always possible. The degree of independence achieved can vary from cooking one's own meals, for example, to living entirely independently.

Care plan review and informal help can contribute

According to care professionals and managers, the care plan review can help improve the client's quality of life, as can involving their social network and volunteers. Attention has increasingly focused on the wishes of the client in recent years, which care professionals sometimes describe as customisation. Disability care clients, in particular, feel that their independence increases as they are given more scope to undertake activities themselves. Care professionals experience a tension between the desire to give the client control over their lives and the risk of unsafe care.

Bringing in unpaid helpers (informal carers and volunteers) can contribute to quality of life, but can also impede the development of the client's independence and control, because they are accustomed to taking things over from clients. According to care professionals, a cultural change is needed here, which is currently in full swing, from 'caring for' to 'ensuring that' and 'caring with'. This change in mindset also applies for informal helpers.

5.4.1.5 Policy participation in the Wmo 2015

To what extent do local authorities involve residents in the shaping of their Wmo policy, and especially people with mental health problems? What works in this respect, and what does not?

Policy participation is a special form of social participation, involving participation by residents in the process of policy formulation in their municipality. Seen from this perspective, policy participation is a goal in itself, as sharing ideas and discussing with local policymakers are themselves forms of participation in society. Policy participation can also help foster a better match between local policy and the needs of citizens with disabilities (customisation), in turn contributing among other things to their participation and coping ability.

Local authorities are required to record how policy participation is organised locally in relation to care and support, but have a great degree of freedom in deciding how this is structured. In practice, outside the municipal council, local authorities mainly use formal participation structures, such as Social Domain boards. However, three-quarters of Wmo applicants know nothing of bodies such as these. People with mental health problems, intellectual disabilities or dementia are not well represented in formal participation structures. They would benefit from more informal forms of policy participation; these are becoming more common as local authorities increasingly attempt to organise direct and more informal contact with residents with disabilities.

5.4.2 Goals at system level

To what extent are the goals of the long-term care reforms and the associated laws and measures being achieved, from the perspective of the legal system?

The legislator has also set a number of goals at the level of the care and support system. These relate to informal help (taking more care of each other), the quality of the system (where possible, offering less or less intensive forms of professional help as well as more integrated help, rather than more intensive, specialist professional care) and public finances (safeguarding financial sustainability).

5.4.2.1 Taking more care of each other

An important reason for the long-term care reforms was the desire to increase people's involvement in informal help. The idea was that people should take more care of each other and become less dependent on paid and insured care. To what extent do people feel more involved and do they provide more informal help?

Changing opinions on providing informal care between 2014 and 2016

Around two-thirds of people aged over 16 think that caring for parents who need help is mainly a task of the government, not the family. This view was slightly less widespread in 2016 than in 2014 and 2010. Opinions depend on which tasks are involved. However, a majority (69% in 2016) feel that people should help family members who have health problems; around 60% think that people should help friends; and almost 30% that neighbours should help each other. The percentage of people aged over 16 who think that people should help family members when they need it was higher in 2016 than in 2014. The bigger the impact of providing help on the giver, the less people feel they should provide it.

At the same time, the percentage who feel that people who need help because of disabilities should receive that help mainly from their social network has fallen sharply (from 41% in 2010 to 23% in 2016). In other words, people more often think that people should take care of each other (as envisaged by the legislator), but not that the care should be provided by the recipient's social network *to the maximum practicable extent*: informal help should mainly be supplementary to professional help, of which there should accordingly be an adequate supply. Clients themselves do not in fact always want to receive help from their social network and to burden their network with providing this help.

Over a third of people aged over 16 give informal help; this share is constant

Almost a third (32%) of people aged over 16 had offered informal care in the year prior to the survey. Of this group, 70% provide help for longer than three months, but not intensively (maximum eight hours per week). 9% of Dutch citizens are active as volunteers in the care and support sector. This is occasional help and help that is not provided in an organised setting. A high proportion of volunteers also provide informal care. In total, 36% of people aged over 16 give informal help.

People can also be active in neighbourhood or civic initiatives; there are indications of an increasing number of such initiatives, though no hard data are available.

The share of adults providing informal care or acting as care volunteers did not change between 2014 and 2016, though in absolute terms, population growth meant that there were around 50,000 more informal carers and 100-150,000 more volunteers involved in care and support. If we look at the last ten years, we also find that the share of informal helpers is reasonably constant.

In the future, the population aged 45-64 years, who often provide informal help, will shrink and the number of very elderly people, who often need help, will increase. Internationally, the ratio between the number of people of middle age and the very oldest group is referred to as the 'oldest old support ratio'. There are currently 13 times as many 45-64 year-olds as people aged over 85 in the Netherlands; in 2040, that ratio will have declined to five times.¹²

5.4.2.2 Quality of the care and support system

In section 5.3 we described the experiences of care applicants with access to care and support and the help they received. This tells us something about the quality of care in the eyes of (potential) clients. Here we look at the goal of 'quality' for the system. The aim of the new system is that where possible less and less intensive professional care should be given and that a more integrated approach should be adopted than in the old system. We look first at whether less intensive professional care is offered in the new system and then at whether a more integrated approach is being adopted, measured by the cohesion and coordination between the different forms of care and support.

Less, and less intensive, professional care

Fewer people living in institutions

The Long-term Care Act (Wlz) has largely succeeded in reducing the use of long-term intensive care in an institution, although to a lesser extent than originally anticipated. Instead of the figure of approximately 200,000 people that was being projected in 2013, there are actually 263,000 users of Wlz-funded care (as at 1 October 2017), including over 12,000 clients who fall under the transitional scheme. To some extent, the higher number of Wlz clients can be linked to the forecast demographic trends, the rise in the number of older persons, and especially the number of very elderly persons. Of those with an indication for Wlz-funded care, approximately 203,000 (68%) have been admitted to an institution, around 59,000 (20%) receive Wlz-funded care at home and approximately 36,000 (12%) are on the waiting list (both with and without transitional care).

The fact that fewer people are living in institutions is partly the result of the ongoing trend towards remaining at home for longer, in part due to the criteria applied in the care needs assessment (or their interpretation by the CIZ). According to CIZ staff, the requirement of 'permanent need for 24-hour care close by' or 'permanent supervision' also rules out seriously ill people who do not meet these criteria but who are no longer able to live at home. Approximately 13% of first-time applicants for Wlz-funded care had their application rejected between January 2015 and January 2017. It is not known to what extent they are able to manage despite this, what their quality of life is and whether they receive support or care (private, informal or provided by the local authority or community nursing services). There are however indications to suggest that people sometimes continue living independently for too long, though the extent and severity of this problem is not known. A proportion of clients on the waiting list and their informal carers say that in reality they are no longer able to manage at home; one in 50 Wmo applicants report this.

No reduction in personalised support for applicants; use of general provisions has increased, but unknown by how much

In the large-scale survey of registered Wmo applicants, we found that four out of five had received personalised support. This corresponds with the finding that most municipalities

report that the use of more intensive provisions has not changed. At the same time, they are seeing an increase in use of less intensive support. Only one in 25 Wmo applicants are referred to a general provision, but those provisions can also be used without the intervention of the local authority. More than a fifth of applicants report that they use general provisions. It is plausible that more applicants with intensive and complex care needs are turning to the local authority since the introduction of the long-term care reforms. At the same time, it is possible that other target groups of the Wmo have begun using more general provisions.

No increase in informal care and volunteering; increase in care at home unclear

People who need care and support and who live independently may receive help from informal carers and volunteers. The share of adults giving informal care or volunteering in the care sector is however not increasing (see previous section). Formal help can be provided by the local authority and community nursing service, but there is no uniform national registration of use of Wmo support across municipalities, especially for general provisions, though to some extent also for personalised support. It is consequently not possible to investigate whether people who would have gone to an institution earlier but now stay at home have applied for support under the Wmo 2015. The available data on trends in community nursing are also ambiguous. Whilst we can conclude that the amount of care provided in institutions is falling, therefore, we cannot say whether this is compensated by an increase in care at home.

Cohesion between the different forms of care and support

Coordination at the interface of the long-term care reforms could be better

There appears to have been an increase in the coordination between those involved with the Wmo 2015, the Zvw and the Wlz. However, there are still a number of problems, especially in the cooperation between local authorities and health insurers. Local authorities find it problematic that health insurers avoid direct contact with many (mainly smaller) municipalities and are difficult to reach. There is also a feeling that the coordination is time-consuming. In the field, there is room for improvement of the coordination of community nursing with other partners, such as local authorities, community social care teams and mental health professionals. This is a condition for a well coordinated, integrated care delivery system in the community. Innovation in care and support also benefits from cooperation between parties from different domains. At present, this innovation is stuttering.

Lack of clarity surrounding personal care

Coordination and cooperation are necessary to ensure that people with long-term and intensive care needs are not disadvantaged by barriers between different legislative regimes. There is a great lack of clarity surrounding personal care. Legally, the majority of personal care is provided under the Health Care Insurance Act (Zvw) (health insurers),

with a small part falling under the Wmo 2015 (local authorities). The former includes personal care associated with nursing provided under the Zvw, the latter personal care that is related to support provided under the Wmo 2015. In practice, it is often unclear precisely which activities come under which regime.

Sometimes talks take place between health insurers and local authorities on community-based nursing care, because of a lack of clarity that exists here, too. Coordination sometimes takes place where care delivery is less than optimum for specific groups, such as people with dementia.

Room for improvement in cooperation between local authorities and Wlz parties

Cooperation and coordination between local authorities and parties concerned with the Wlz (care administration offices and ciz) are sometimes also less than ideal. Local authorities lament the lack of contact with these parties, find them hard to reach and experience problems with data sharing. For example, local authorities are not given sight of Wlz care need assessments (due to privacy legislation). ciz staff note that other stakeholders such as local authorities regularly refer people to the ciz, whereas it is clear to them that the person concerned is not eligible for Wlz-funded care. They consider this unfortunate for the referred client, because it causes delays in obtaining the (Wmo) care they need, as the application first has to be processed.

Wlz-funded-care at home less advantageous than care at home funded through the Wmo 2015 and the Zvw

The demarcation between the Wmo 2015 and the Zvw on the one hand and the Wlz on the other as regards the care that people can receive in their home can currently mean that people with long-term and intensive care needs are better off not (yet) applying for Wlz-funded care. This is because clients wishing to receive Wlz-funded care at home (and those receiving transitional care whilst remaining long-term on the waiting list) may be allocated fewer hours of care at home and with a higher co-payment than for care provided under the Wmo 2015 and Zvw (the so-called 'care trap'). Because an indication for Wlz care is in principle lifelong, clients who regret receiving this indication cannot simply reverse it.

Both local authorities and health insurers sometimes feel that they ultimately end up being the ones offering the helping hand because 'others' fail to do so. Health insurers think this because community nursing is a low-threshold service which is 'easy' to apply for; local authorities think this because they have a duty to offer help to people in need. The difference in the character of the three legislative regimes may be the explanation for this. Of the three laws concerned (Wmo 2015, Zvw, Wlz), the Wmo 2015 offers the greatest decision-making freedom in dealing with requests for support. The Wlz defines very precisely who is eligible for Wlz-funded care and leaves little room for flexibility.

5.4.2.3 Financial sustainability of long-term care and support

Rise in spending on long-term care and support has levelled off

Expenditure on long-term care and support show a nominal increase every year in the period 2010-2017 (except 2013 and 2015) (in real euro terms). Nominal expenditure remained flat in 2013 and fell by 0.8% in 2015. If we adjust the expenditure for price increases (using the consumer price index), we also find that – again with the exception of 2013 and 2015 – expenditure rises every year. In total, real expenditure on long-term care and support fell by over 0.4 billion euros in real terms in 2015, the year the reforms were introduced. If we compare the real expenditure on long-term care and support with a government projection with unchanged government policy from 2012/2013, it transpires that real expenditure is lower than projected.

Real expenditure rose by an average of 3.3% in the period 2010-2012, fell by an average of -1.1% in the period 2012-2014, and rose again by an average of 0.6% in the period 2014-2017. As a share of gross domestic product (GDP), public spending on long-term care rose from 4.4% to 4.8% between 2010 and 2012, before falling gradually to 4.5% in 2017. The growth in spending on long-term care and support has thus levelled off in real terms.

Reforms have lead to a shift in expenditure

If we take an overall view of spending on the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ) and the continuation of the core of that regime in the Wlz, we see that this expenditure peaked in 2012 at over 26 billion euros. The introduction of the long-term care reforms on 1 January 2015 meant that some of the care previously provided through the AWBZ was transferred to the Zvw and the Wmo 2015, leading to a fall of more than 6.5 billion euros in spending on the Wlz in 2015 compared with spending on the AWBZ in 2014. This refers only to expenditure for persons aged 18 years or older (care in kind plus personal budgets). These figures allow for the Wlz subsidy schemes for temporary residential care, community-based treatment and assistance with activities of daily living (ADL). Transferring services to other regimes and no longer providing indications for less intensive care packages for new clients led to a sharp increase in Zvw expenditure in 2015, and the same applied for the Wmo 2015. Spending in the latter two regimes together rose by slightly less in 2015 than spending on the AWBZ/Wlz fell.

Fluctuation in spending on Wmo 2015 and Wlz; spending on community nursing and temporary residential care rising

Nominal (not adjusted for inflation) expenditure on support funded through the Wmo of 2007 gradually reduced in the period 2010-2014 from 5.4 billion euros in 2010 to 4.9 billion euros in 2014, a net reduction of 9%. As stated, expenditure on the Wmo in 2015 increased sharply as a result of the transfer of provisions. Thereafter, expenditure fell slightly in 2016 and rose again slightly in 2017.

Nominal expenditure on community nursing in kind increased over virtually the entire period 2010-2017, with 2013 the only exception to this trend. There was a net increase in

this expenditure from 2.3 billion euros in 2010 to almost 3.4 billion euros in 2017 (0.3 billion for community nursing funded through the Wlz plus 3.1 billion for community nursing under the Zvw), an increase of 47%. The increase occurred both before and after 2015. The funding for temporary residential care, which was transferred to the Zvw in 2017, and for which a separate subsidy scheme existed in the Wlz in 2015 and 2016, saw an increase in spending in both 2016 and 2017 (50% for both years together).

Spending on institutional care in kind funded through the AWBZ/Wlz, including institutional care transferred to the other legislative regimes, rose in the period 2010-2012 from 16.2 to 18.9 billion euros (a total increase of 17%) and to 19.0 billion euros in the period 2012-2014 (total increase 1%), before falling in 2015 by 0.1 billion euros and rising slightly again in 2016 and 2017.

Influence of client co-payments

There is a difference in the trend in expenditure between services for which clients are required to pay a contribution and those for which they are not: spending on institutional nursing and care funded through the Wlz, spending on Wlz-funded community nursing and community-based Wmo personalised support (often requiring a client co-payment) rose less than spending on community nursing funded through the Zvw (no client co-payments), or even fell. One exception is the rapidly growing use of the full home care package (vpr) under the Wlz. Apart from the effect of client co-payments, the above explanations also play a role in the trend in expenditure.

5.5 Relationship between goal achievement and implementation

To what extent is the achievement of the goals of the long-term care reforms related to the implementation of the associated laws and measures and to the voluntary action of citizens? Which other factors play a role? Are there any desirable or undesirable side effects?

In the foregoing we saw that the number of older people *living independently for longer* is increasing. This trend was already under way before the reforms and is reinforced by the policy of encouraging people to live independently for as long as possible. The stricter access criteria for admission to a long-term care institution have also contributed to this. It is not clear to what extent the Wmo support and community nursing services available in a municipality make older people want to continue living at home for longer, though users do say this help facilitates living independently for longer. The moral appeal from the government to people to become more independent may also play a role here. Although Wlz-funded care can be provided in the home, the additional criterion applies that it must be possible to deliver this care cost-effectively. This means that continuing to live independently is not possible in all cases.

One factor which stands apart from the policy on long-term care is that more people are remaining healthy for longer,¹³ and for that reason alone are able to live independently for longer. It is important in this regard that there are sufficient homes that are adapted to

the impairments that older people have or could develop. Another important factor is the social network; the informal help provided by this network is important in enabling people to live independently, including those who have an indication for Wlz-funded care. The social network can also play a role in organising professional care and support. Possible side effects of living independently for longer are loneliness, especially for those living alone, and overburdening of informal carers. The increased pressure of work for nurses, GPs and their practice nurses is another side effect.

Another finding is that no increase can be observed at group level in *the social participation, coping ability and quality of life* of people living independently with disabilities, or users of personalised Wmo support. The amount of *loneliness* in the population is also not declining. Given the trend that more people with relatively intensive and complex problems (are continuing to) live independently, a deterioration in this situation might have been more likely. As regards the practical implementation, we have seen that in recent years local authorities have focused particularly on continuity of support and helping people who were previously receiving residential support or care funded through the AWBZ. In the experience of users, this support generally benefits their participation and coping ability and helps reduce loneliness. There are however limits to the extent to which people with disabilities can participate and continue to cope alone, even with care and support. For some groups, stabilisation may be the best they can achieve.

As regards residents of institutions, we have seen that they appear to have gained more *control* in recent years. The use of care plans and regular reviews of those plans have been particularly instrumental in raising attention for the wishes of clients and for giving them more control where possible. Involving their social network and volunteers more closely contributes to customisation and to the client's *quality of life*. However, they can also reduce the client's degree of control if they are inclined to take matters out of the client's hands. Professionals also point to a tension between giving control to the client and the risk of unsafe care. The envisaged cultural change in which professionals shift the emphasis in their work from 'caring for' to 'caring with' and 'ensuring that' is by no means complete. The pressure of work experienced by care workers, and the more complex care needs of people who are admitted, mean that staff sometimes opt for the 'old, familiar working practice'. One side effect of the goals set by the government can then be an increase in pressure of work: time and resources are after all finite (and rigidly defined within care packages).

Volunteers in Wlz-funded care appear to be taking over more and more tasks from professionals, especially in relation to welfare. This can lead institutions to become dependent on volunteers and, without them, to lose the ability to devote sufficient attention to client welfare. Some care professionals consider it an impoverishment of their work if they no longer have time to undertake welfare activities with their clients.

If we look at the *perceived quality of formal care and support received*, the conclusion is that opinions are predominantly positive: the majority of people receiving formal support and care at home are satisfied with it. This applies for Wmo applicants receiving personalised support from the local authority and also for recipients of community nursing services. In many cases, people living at home with long-term care needs also receive informal care. It is not simple to discover how clients experience the quality of Wlz-funded care in institutions; some of these residents are not or no longer able to say what they think of the care they receive. Professionals took a positive view of the use of care plans (more scope for customisation) and the greater involvement of clients' social networks. Factors other than those we studied also play a role in perceived quality of care, such as the time that nursing staff have for residents, the recreation opportunities and the ability to go outside.

The goal of improving the quality of the care and support system in terms of *less intensive professional care provision*, in combination with the goal of *greater financial sustainability of the system*, has been largely achieved. Partly due to the admission criteria for Wlz-funded care, fewer people are receiving care in institutions. This in turn has contributed to the leveling off of the growth in expenditure on long-term care and support. A side effect of the access criteria for admission to Wlz-funded care in an institution is that people sometimes appear to continue living at home for longer than is justified and/or desirable, and greater pressure (of work) for first-line professionals and informal carers (as referred to earlier). A shift is also expected in municipalities away from more intensive – and therefore more expensive – individual (personalised) support to less intensive and cheaper general provisions. The requirements imposed by the Wmo 2015 for the local authority assessment could contribute to this. Local authority assessment officers are expected first to look at what people can do for themselves and whether informal help or general provisions could offer a solution, before offering personalised support. The registered Wmo applicants whom we surveyed, however, were generally allocated personalised support after an assessment interview. Qualitative research shows that local authorities and assessment officers do endorse the principles of the Wmo 2015, but that these are not always easy to put into practice. For example, care applicants do not always have a social network of which they are willing, able and comfortable to ask even more. For care applicants with complex problems, general provisions are probably inadequate. Nonetheless, outside the formal application and local authority assessment, there can definitely be an increase in the use of general provisions.

An important point for attention with regard to the foregoing is the increased complexity of the care needs of clients who live at home for longer. According to GP practice nurses and professionals responsible for access to Wlz-funded care, there is a (growing) number of clients with a need for institutional care which is not being met. The 'gap' may arise because the necessary care cannot be organised and delivered quickly enough for clients living at home with complex care needs, or because of a missing link in the available care. Interviewed GPs, for example, point out that provisions intended to facilitate living at

home for longer have been cut back in some municipalities, for example help with the household and welfare provisions. Hospitals report that people are ending up in A&E wards who should not be there. There appears to be a lack of provision at present for clients with a temporary need for intensive care and supervision without there being a medical need for this, or for clients with a permanent need for slightly fewer hours of care close by or slightly less permanent supervision. This need may be the result of an accumulation of smaller problems and a reduced ability to exercise control, lack of care and support at home from a partner or informal carer, or the inability to organise their own lives, including their residential and care situation, in a way that ensures their well-being.

We also looked at the goal of improving the quality of support and care in terms of an *integrated approach*: the cohesion and coordination between the different forms of formal care and support. We saw that the long-term care reforms (in combination with the introduction of the Youth Act and the Participation Act) have encouraged the formation of community social care teams in municipalities. Additionally, local authorities and health insurers have begun working together more. However, there is still no integrated access structure¹⁴: although they work together in some community social care teams, few community nurses make assessments for Wmo 2015 support and Wmo consultants do not make assessments for nursing care. GPs sometimes do and sometimes do not play a role in guiding people towards care and support. There is currently also little by way of innovative, integrated care provided by collaborating providers. Several explanations can be offered for this. First, the current division of responsibilities between actors and the segregated funding flows encourage parties to remain 'within the boundaries' of their own domain. Few local authorities, health insurers and care providers yet appear to be seeking out the limits of the regulations. Second, there are differences in the culture and language of the different actors: health care professionals such as community nurses and GPs are readily able to find each other, but the contact with Wmo consultants from the local authority sometimes leaves something to be desired. Third, professionals say that cooperation and coordination – aside from the benefits it offers – also takes a lot of time and energy, which they do not always have.

The goal of *taking more care of each other* does not appear to have been achieved yet. This is also much harder for policy to influence. In practice, people are not taking any more care of each other than a few years ago. This appears to be due not so much to the implementation practice as to the assumptions underlying this goal. We look at this and other assumptions underlying the long-term care reforms in the next section.

5.6 Concluding discussion

At the time of publication of this report (mid-2018), we can state that the implementation of the long-term care reforms is under way but not yet complete. The foregoing shows that the implementation practice is moving in the envisaged direction on some points

and not (yet) on others. In the previous section we investigated whether the achievement of goals may be related to the implementation practice. In this section we investigate whether there is a relationship with the assumptions underlying the long-term care reforms.

5.6.1 Review of underlying assumptions

The assumptions underlying the long-term care reforms can be summarised as follows:

- people with disabilities are able to live more independently, participate more and live in their own homes for longer, and wish to do so;
- people are willing and able to take more care of each other;
- local authorities and professionals are willing and able to place greater demands on the capacities of citizens and their networks;
- local authorities, health insurers and care providers are willing and able to work together in an integrated approach.

The fact that people with disabilities are living at home for longer than in the past is evident from the trend data for older people living independently. Whether living at home for longer always delivers greater quality of life for the older person concerned and their informal carers than admission to an institution is difficult to say. There are indications that some older people are not receiving the necessary or appropriate care at home. This can adversely impact their quality of life, their health may deteriorate and there is a risk that their partner or informal carer will become overburdened. In particular, people living alone with limited ability to control their lives, a small social network and poor health do not meet the ideal of the independent citizen with a supportive network, the resources and the will to organise their residential and care situation adequately themselves.

We do not know whether people with disabilities are able and willing to be more independent than in the past. However, this is an important assumption which has had an impact on institutional care, social support and community nursing. What is clear is that there is a group of vulnerable people for whom independence and participation is a step too far. The government would be wise not to underestimate the size of this group and to ensure that there is a sufficiently large safety net of care and support.

It is also questionable whether participation should be the main goal if it is interpreted primarily as 'participation in activities'. The need for such participation varies from person to person and often declines with advancing age. Focusing on goals that are difficult to realise for these groups, such as participation at the same level as people without disabilities, can exacerbate feelings of inadequacy and disadvantage. There are calls in the scientific literature for a reappraisal of vulnerability and dependence. Accepting that people with disabilities are dependent on others, and that a useful life can be different for someone with disabilities, could actually create greater equality between people

Based on our study, a question mark can be placed alongside the second assumption. Given people's opinions and behaviour, it is reasonable to assume that they will not spontaneously offer much more in the way of informal care and voluntary support than they do at present. In addition, there is the increasing numerical imbalance between people of middle age (who provide a high proportion of informal care) and older people (who are strongly represented among those who need care). If the societal reservoir of potential informal carers is not as large as hoped, the third assumption will also have little basis. Local authorities and professionals may well have the intention of handing over a larger share of care delivery to informal carers, but we have seen that this is not always possible in practice. This undermines the assumption that a substantial shift can be achieved from formal to informal help. Then there is the question of whether this care substitution is actually always a good thing from the perspective of quality of care. Moreover, some people with a need for care do not wish to be systematically dependent on their loved ones, while others find it difficult to ask for help from their (often already heavily occupied) relatives and friends.

The assumption underlying the goal of a cohesive system of long-term care and support is that local authorities, health insurers and care providers are willing and able to work together at the interface of the Wmo 2015 and the Zvw. Currently, difficulties are being experienced with respect to the ability to do this; separate regulations, funding, cultural differences and a lack of time all create obstacles. If we also bring the Wlz into the equation, with its own access route and providers, it becomes apparent that there are in fact three largely separate silos operating within the long-term care and support system. Clients discover this when they seek help from more than one of these domains simultaneously or successively: there is no party with overarching control over the different domains to help organise and coordinate the care. Client support workers and GPs also by no means always fulfil this role, and in practice this then often falls to informal carers in so far as they are present and able to do this.

5.6.2 What next?

The implementation of the long-term care reforms has only been under way for several years and is still in full swing. Over time, teething troubles – such as unfamiliarity with the new regulations by professionals and lack of contact between providers from the different domains – can be overcome as experience grows. In many municipalities, policy and practice in relation to social support are still developing. The cultural change from 'caring for' to 'ensuring that' in long-term care institutions still has a long way to go. However, not all the problems will simply disappear with the passage of time; solutions will also have to be actively developed. In our view, the government has two tasks here: repairing and reappraising. By repairing we mean tackling the problems that are occurring now within the system. Examples include improving client support and the provision of information on the access routes to and within the reformed long-term care, developing provisions which

can fill the ‘gap’ between care and support at home and in long-term care institutions, and installing coordinators who can organise and coordinate care across the different domains. Reappraisal means reflecting anew on the policy ideology that underpins the present system. This report shows that some goals are not achievable for all groups with a care need, and that some of the underlying assumptions are not tenable. A reassessment of the goals and assumptions could ultimately lead to modifications within the system or to the system as a whole. First, however, a fundamental discussion will be needed about what is desirable and realistic within the system of long-term care and support.

5.7 Gaps in knowledge

This evaluation provides a good picture of the status of the Dutch long-term care reforms (HLZ) in 2016/2017, based on the perspectives and experiences of a large number of stakeholders. SCP deliberately opted to place the emphasis on the experiences of applicants, clients, informal carers and professionals. A number of (hard to investigate) aspects and groups have been left out of the picture as a result; we list the main ones here and conclude with the recommendation to continue monitoring.

Non-use and its consequences

It is not known how many people who need care or support receive it, nor what the reasons for non-use may be (e.g. assessment criteria, inadequate supply, client co-payments, lack of skills). Future research could focus on the causes and effects of this non-use (e.g. on participation or quality of life) and could investigate whether this non-use and its consequences differ between subgroups. It could also investigate to what extent people whose application for personalised Wmo support or Wlz-funded care is rejected are able to cope adequately.

Consequences of living independently for longer

Use of care in institutions has clearly declined because the Wlz applies different, more stringent access criteria than the old AWBZ. It is not known to what extent people who would have gone to an institution in the past but who now remain at home have applied for help under the Wmo 2015, the Health Care Insurance Act (Zvw) or the Youth Act, and to what extent they are able to cope. Follow-up research could focus on the interface between the Wmo 2015 and the Zvw on the one hand and the Wlz on the other. To what extent do people who are not eligible for Wlz-funded care but who have serious disabilities receive adequate care and support? Are there people who remain living independently for too long? If so, in which situations does this happen, what are the causes and what problems do these people then face?

Trends in use

We are unable to answer the question of whether people with the same disability receive the same amount and the same adequacy of care after the long-term care reforms as

before, because of a total or partial lack of data on use and trends in social support. For example, we have no information on the use of general provisions and informal or private help. Consequently, it is also difficult to determine to what extent a shift is taking place from use of more intensive to less intensive forms of support. To obtain this information, when constructing registers central government would have to deviate from the principle of decentralisation and require local authorities to record the use of general provisions in a uniform way. Population surveys would be needed to obtain a broader insight into the use of care and support (including informal and private help).

Permanent monitoring

The reforms in long-term care are still in full swing, and it is therefore important to continue monitoring developments. The data from this evaluation could then serve as a sort of baseline or reference measurement. Developments could be monitored by focusing on a number of key aspects. If we start from the perspective of the citizen, for example, this would entail gaining a periodic insight into the achievement of the goals of the reforms and the individual legislative regimes, for example in terms of the participation, coping ability and quality of life of people with disabilities who do or do not use different forms of care and support. It is also important to maintain a clear view of access to and use of different forms of support, for example personalised support as well as informal and private help and general provisions. Finally, it is important to continue monitoring the consequences of the reforms for those who provide informal help, for example by studying the extent of this help, the opinions of those who provide it, the burden they experience and the support they receive.

Research focused on monitoring implementation practice could concentrate on those aspects that are currently still in development or which could be improved further. Examples include coordination and cooperation between professionals working from within different legislative frameworks, but also the organisation of access to care and support: how are citizens provided with information, how is client support deployed, do local authority assessment officers have the knowledge and skills they need, including in relation to specific target groups?

One question that needs to be answered here is whether the central government's overall system responsibility extends to obtaining a picture of (local) implementation practice, or whether it is sufficient to monitor the achievement of goals for people with disabilities.

Notes

- 1 Ridder, Josje den, Paul Dekker & Pepijn van Houwelingen (2017). *Burgerperspectieven 20017*[3]. The Hague: Sociaal en Cultureel Planbureau (Netherlands Institute for Social Research).
- 2 Combating violence in relationships of dependency (Wmo 2015) and community-based treatment for people with sensory disabilities (Zvw) are left out of consideration in this evaluation. Also, no evaluation was carried out of the placement under the Zvw of the second and third year of treatment involving

admission to a mental health care institution. The study devotes limited attention to temporary residential care (initially funded through the Wlz, later the Zvw).

- 3 This can be regarded as a goal both at client level and system level (see chapter 3). In this report we treat 'quality of care and support' as one of the system goals. We also discuss the experiences of clients and informal carers as an indicator for their perception of the quality of care.
- 4 The committee was chaired by Professor dr. Louise Gunning-Schepers. The members were Professor dr. Caroline Baan, Professor dr. Werner Brouwer, Angelique van Dam, Professor dr. Petri Embregts, Irma Harmelink, MVA-H, drs. Ineke Smidt and drs. Rieta van Staaldune. Observers on the supervisory committee were Marinka Wildeman, MSc (Ministry of Health, Welfare and Sport) and drs. Bob van der Meijden (Association of Netherlands Municipalities).
- 5 This took place during a reflection meeting chaired by Professor dr. Louise Gunning-Schepers. The following were in attendance: Ineke Boerefijn (College for Human Rights), Betty de Groot (Tintengroep social welfare organisation), Désirée te Marvelde and Carlijn van Aalst (Netherlands Organisation for Health Research and Development – ZonMw), Michael Mekeel (Council for Public Administration), Adriaan van Osch (BrabantZorg care organisation), Jeanine Stam (National Ombudsman) and Marianne Veenstra (MEE Zuid-Holland Noord care and support organisation).
- 6 Including professionals from other organisations commissioned by the local authority.
- 7 We look here at social participation in the broadest sense: participating in sociocultural activities and leisure activities (association/club membership, cultural and religious activities and use of neighbourhood amenities), volunteering and informal care, participation in the labour market and education, and having a say in the local administration.
- 8 This refers to what people can do themselves and with the help of others in areas such as the household, mobility, filling their day, personal care and managing their finances.
- 9 People who not only applied (or for whom an application was made) to the local authority but who actually received and use support.
- 10 Emotional loneliness concerns the lack of emotional connectedness, a close intimate bond with one other person (in most cases a partner). Social loneliness is a lack of social connectedness in a network of social relations.
- 11 In this report, quality of life is interpreted as people's satisfaction with their lives, in other words their subjective quality of life.
- 12 International measures are often based on the ratio between 50-74 year-olds (rather than 45-64 year-olds) and people aged over 85. Using this measure, there are currently 15 times as many 50-74 year-olds as people aged over 85 in the Netherlands, falling to six times as many in 2040 (see also chapter 9).
- 13 See <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/levensverwachting-goed-ervaren-gezondheid> and CBS (StatLine), accessed on 6 April 2018.
- 14 The National Ombudsman has also referred several times to problems with the access to long-term care and support, including in May 2018.

Lijst van afkortingen

ADL	algemene dagelijkse levensverrichtingen
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AVI	Aandacht voor Iedereen
Awb	Algemene wet bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
bbp	bruto binnenlands product
BW	beschermd wonen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
CPB	Centraal Planbureau
CRvB	Centrale Raad van Beroep
EK	Eerste Kamer
ELV	eerstelijnsverblijf
ggz	(sector) geestelijke gezondheidszorg
GHZ	(sector) gehandicaptenzorg
GMSD	Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein
HLZ	Hervorming Langdurige Zorg
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IGZ	Inspectie Gezondheidszorg
LG	(sector) lichamelijk gehandicapt
LVG	(sector) licht verstandelijk gehandicapt
MGZ	Maatschappelijke Gezondheidszorg
MLZ	Monitor Langdurige Zorg
MO	maatschappelijke opvang
MPT	Modulair Pakket Thuis
MvT	Memorie van Toelichting
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
pgb	persoonsgebonden budget
POH	praktijkondersteuner huisartsen
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROB	Raad voor het Openbaar Bestuur
RVS	Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SVB	Sociale Verzekeringsbank
TK	Tweede Kamer
v&v	(sector) verpleging en verzorging
v&vn	(beroepsorganisatie) Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VG	(sector) verstandelijk gehandicapt

VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VPT	Volledig Pakket Thuis
vws	(ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wcpv	Wet collectieve preventie volksgezondheid
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wmo 2015	Wet maatschappelijke ondersteuning 2015
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
Wtzi	Wet toelating zorginstellingen
Wvg	Wet voorzieningen gehandicapten
ZG	(sector) zintuiglijk gehandicapt
ZGaud	(sector) zintuiglijk gehandicapt, auditief en communicatief
ZGvis	(sector) zintuiglijk gehandicapt, visueel
ZiN	Zorginstituut Nederland
zin	zorg in natura
Zvw	Zorgverzekeringswet
zpz	zorgzwaartepakket

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

scp-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn in gedrukte vorm verkrijgbaar bij de (internet)boekhandel en zijn als pdf gratis te downloaden via www.scp.nl. Een complete lijst is te vinden op www.scp.nl/publicaties.

scp-publicaties 2018

- 2018-1 *Werken aan de start. Jonge vrouwen en mannen op de arbeidsmarkt* (2018). Ans Merens en Freek Bucx (red.). ISBN 978 90 377 0859 2
- 2018-2 *Lees:Tijd. Lezen in Nederland* (2018). Annemarie Wennekers, Frank Huysmans en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0858 5
- 2018-3 *De Wmo 2015 in praktijk. De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning* (2018). Lia van der Ham, Maaïke den Draak, Wouter Mensink, Peggy Schyns en Esther van den Berg. M.m.v. Pepijn van Houwelingen en Isabella van de Velde. ISBN 978 90 377 0856 1
- 2018-4 *Jezelf zijn in het verpleeghuis* (2018). Lisette Kuyper, Debbie Verbeek-Oudijk en Cretien van Campen. ISBN 978 90 377 0855 4 (pdf)
- 2018-5 *Maatschappelijke ondersteuning: keuzes van cliënten en beleid van gemeenten* (2018) (handeseditie proefschrift). Anna Maria Marangos. ISBN 978 90 377 0846 2 (pdf)
- 2018-6 *Een lokaal sociaal contract. Voorwaarden voor een inclusieve samenleving* (2018). Kim Putters. ISBN 978 90 377 0861 5
- 2018-7 *The social state of the Netherlands 2017* (2018). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer en Annemarie Wennekers (red.). ISBN 978 90 377 0862 2 (pdf)
- 2018-8 *Net als thuis. Wooninitiatieven opgezet door ouders voor hun kinderen met een beperking* (2018). Inger Plaisier en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0863 9
- 2018-9 *Bouwend aan een toekomst in Nederland. De leefsituatie van Poolse migranten die zich na 2004 in Nederland hebben ingeschreven* (2018). Mérove Gijsberts, Iris Andriessen, Han Nicolaas (CBS) en Willem Huijnk. ISBN 978 90 377 0864 6 (pdf)
- 2018-10 *Publieke voorkeuren. Een methodologische en inhoudelijke verkenning van voorkeuren voor publieke voorzieningen* (2018). Martin Olsthoorn en Ab van der Torre. ISBN 978 90 377 0867 7 (pdf)
- 2018-11 *De religieuze beleving van moslims in Nederland. Diversiteit en verandering in beeld* (2018). Willem Huijnk. ISBN 978 90 377 0868 4 (pdf)
- 2018-12 *Opvattingen over seksuele en genderdiversiteit in Nederland en Europa* (2018). Lisette Kuyper. ISBN 978 90 377 0866 0 (pdf)
- 2018-13 *Verhalen blijven vertellen en elkaar willen begrijpen* (2018). Kim Putters, Andries van den Broek, Ab van der Torre, Martin Olsthoorn, Esther van den Berg, Wouter Mensink, Lotte Vermeij, Marcel Coenders en Annemarie Wennekers. ISBN 978 90 377 0872 1
- 2018-14 *Syriërs in Nederland. Een studie over de eerste jaren van hun leven in Nederland* (2018). Jaco Dagevos, Willem Huijnk, Mieke Maliepaard (WODC) en Emily Miltenburg. ISBN 978 90 377 0869 1
- 2018-15 *Tijdelijk werk geven. Invloed van laagconjunctuur en langdurende ziektegevallen* (2018). Edith Josten en Jan Dirk Vlasblom. ISBN 978 90 377 0870 7 (pdf)

- 2018-16 *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking* (2018). Cretien van Campen, Frieke Vonk en Theo van Tilburg (VU AMSTERDAM). ISBN 978 90 377 0874 5
- 2018-17 *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg* (2018). Redactie: Mariska Kromhout, Nora Kornalijnslijper en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0875 2

Digitale publicaties 2018

Verhalen blijven vertellen en elkaar willen begrijpen (infographic). Kim Putters, Andries van den Broek, Ab van der Torre, Martin Olsthoorn, Esther van den Berg, Wouter Mensink, Lotte Vermeij, Marcel Coenders en Annemarie Wennekens. ISBN 978 90 377 0873 8, publicatiedatum 4-5-2018

Overige publicaties 2018

Burgerperspectieven 2018 | 1 (2018). Paul Dekker, Lia van der Ham en Annemarie Wennekens. ISBN 978 90 377 0865 3

SCP-publicaties 2017

- 2017-1 *Grenzen aan de eenheid. De beleving en waardering van diversiteit en inclusiviteit onder medewerkers van Defensie* (2017). Iris Andriessen, Wim Vanden Berghe en Leen Sterckx. M.m.v. Jantine van Lisdonk en Ans Merens. ISBN 978 90 377 0814 1
- 2017-2 *Wie maakt het verschil? Sociale ongelijkheid in condities en consequenties van informele hulp. Oratie.* (2017). Alice de Boer. ISBN 978 90 377 0752 6
- 2017-3 *Langer zelfstandig. Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg* (2017). Cretien van Campen en Jurjen Iedema (SCP), Marjolein Broese van Groenou (VU-LASA) en Dorly Deeg (VUMC-LASA). ISBN 978 90 377 0817 2
- 2017-4 *Beleidssignalement Ervaringen van LHBT-personeel met sport* (2017). Ine Pulles en Kirsten Visser. ISBN 978 90 377 0820 2 (pdf)
- 2017-5 *Voorzieningen verdeeld. Profijt van de overheid* (2017). Martin Olsthoorn, Evert Pommer, Michiel Ras, Ab van der Torre en Jean Marie Wildeboer Schut. ISBN 978 90 377 0821 9
- 2017-6 *Van oost naar west. Poolse, Bulgaarse en Roemeense kinderen in Nederland: ouders over de leefsituatie van hun kinderen* (2017). Ria Vogels, Simone de Roos en Freek Bucx. ISBN 978 90 377 0819 6
- 2017-7 *First steps on the labour market* (2017). Ans Merens, Freek Bucx en Christoph Meng (ROA). ISBN 978 90 377 0822 6
- 2017-8 *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015. Ontvangen hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding* (2017). Debbie Verbeek-Oudijk, Lisa Putman en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0818 9 (pdf)
- 2017-9 *Kwesties voor het kiezen. Analyses van enkele maatschappelijke thema's voor de Tweede Kamerverkiezingen 2017* (2017). ISBN 978 90 377 0770 0 (pdf)
- 2017-10 *Achtervolgd door angst. Een kwantitatieve vergelijking van angst voor slachtofferschap met een algemeen gevoel van onveiligheid* (2017). Lonneke van Noije en Jurjen Iedema. ISBN 978 90 377 0825 7
- 2017-11 *Discriminatie herkennen, benoemen en melden* (essay) (2017). Iris Andriessen. ISBN 978 90 377 0826 4 (pdf)

- 2017-12 *Dorpsleven tussen stad en land. Slotpublicatie Sociale Staat van het Platteland* (2017). Anja Steenbekkers, Lotte Vermeij en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0830 1 (pdf)
- 2017-13 *Leren van verschillen. Opleidingsverschillen in de vrouwenemancipatie* (2017). Anne Roeters. ISBN 978 90 377 0829 5 (pdf)
- 2017-14 *Transgender personen in Nederland* (2017). Lisette Kuypers, m.m.v. Wim Vanden Berghe. ISBN 978 90 377 0831 8 (pdf)
- 2017-15 *Gelijk verdeeld. Een verkenning van de taakverdeling bij LHB-stellen* (2017). Anne Roeters, Floor Veerman en Eva Jaspers. ISBN 978 90 377 0832 5 (pdf)
- 2017-16 *Nederlanders en nieuws. Gebruik van nieuwsmedia via oude en nieuwe kanalen* (2017). Annemarie Wennekers en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0833 2 (pdf)
- 2017-17 *Beroep op het mbo. Betrokkenen over de responsiviteit van het middelbaar beroepsonderwijs* (2017). Monique Turkenburg en Ria Vogels. M.m.v. Yvette Sol. ISBN 978 90 377 0836 3
- 2017-18 *Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/'16* (2017). Debbie Verbeek-Oudijk en Cretien van Campen. ISBN 978 90 377 0838 7
- 2017-19 *Gelukkig in een verpleeghuis? Ervaren kwaliteit van leven en zorg van ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen* (2017). Cretien van Campen en Debbie Verbeek-Oudijk. ISBN 978 90 377 0837 0
- 2017-20 *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders* (2017). Peteke Feijten, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering. ISBN 978 90 377 0842 4
- 2017-21 *Gevlucht met weinig bagage. De leefsituatie van Somalische Nederlanders* (2017). Iris Andriessen, Mérove Gijssberts, Willem Huijnk en Han Nicolaas (CBS). ISBN 978 90 377 0839 4 (pdf)
- 2017-22 *Overall rapportage sociaal domein 2016. Burgers (de)centraal* (2017). Evert Pommer en Jeroen Boelhouwer (red.). ISBN 978 90 377 0843 1
- 2017-23 *Samenvatting Overall rapportage sociaal domein 2016. Burgers (de)centraal* (2017). Evert Pommer, Jeroen Boelhouwer (red.) ISBN 978 90 377 0844 8
- 2017-24 *Regionale verschillen in het sociaal domein: voorzieningengebruik nader verklaard* (2017). Ingrid Ooms, Klarita Sadiraj en Evert Pommer. ISBN 978 90 377 0852 3 (pdf)
- 2017-25 *De sociale staat van Nederland 2017* (2017). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer, Annemarie Wennekers (red.). ISBN 978 90 377 0847 9
- 2017-26 *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2016* (2017). Lisa Putman, Debbie Verbeek-Oudijk en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0850 9 (pdf)
- 2017-27 *Voor elkaar?* (2017). Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Inger Plaisier, Peggy Schyns. ISBN 978 90 377 0849 3

Digitale publicaties 2017

- Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015* (onepager). Debbie Verbeek-Oudijk, Lisa Putman en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0824 0, publicatiedatum 23-1-2017
- Eerste treden op de arbeidsmarkt* (digitaal magazine). Ans Merens, Freek Bucx, m.m.v. Christoph Meng (ROA). ISBN 978 90 377 0823 3, publicatiedatum 31-1-2017
- Arbeidsmarkt in kaart. Werkgevers 2017* (card stack). Patricia van Echtelt en Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0840 0, publicatiedatum 24-10-2017

Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2016 (onepager). Debbie Verbeek-Oudijk, Lisa Putman en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0851 6, publicatiedatum 17-11-2017

De sociale staat van Nederland 2017 (infographic). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer, Annemarie Wennekers (red.). ISBN 978 90 377 0853 0, publicatiedatum 12-12-2017

Een week in kaart – editie 1 (card stack). Anne Roeters. ISBN 978 90 377 0857 8, publicatiedatum 21-12-2017

Overige publicaties 2017

Burgerperspectieven 2017 | 1 (2017). Paul Dekker, Josje den Ridder en Pepijn van Houwelingen.

ISBN 978 90 377 0827 1

Burgerperspectieven 2017 | 2 (2017). Josje den Ridder, Iris Andriessen en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0834 9

Oud worden in Nederland (2017). Redactie: Lotte Vermeij (SCP) en Radboud Engbersen (PLATFORM31).

ISBN 978 90 377 0835 6

Burgerperspectieven 2017 | 3 (2017). Josje den Ridder, Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen.

ISBN 978 90 377 0841 7

Burgerperspectieven 2017 | 4 (2017). Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0854 7

Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt jaarlijks zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma is te vinden op de website van het SCP: www.scp.nl.