

Randvoorwaarden zorg thuis
Een onderzoek naar de voorwaarden
waaronder cliënten met ZP VV4 of VG3
thuis zorg kunnen ontvangen

Enschede, 21 november 2013
NV/13/1796/zvg

ir. Nienke van Vliet
dr. Patrick Jansen
drs. Irma Oude Avenhuis
drs. Katleen Brummelhuis

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1. Inleiding	6
1.1 Hervorming langdurige zorg.....	6
1.2 Onderzoek ‘zorg thuis’.....	6
2. Aanpak onderzoek	9
3. Cliënten met ZZP VV4	11
3.1 Kenmerken cliëntgroep	11
3.2 Omvang cliëntgroep	12
3.3 Kenmerken van cliënten die zorg thuis ontvangen	14
3.4 Zorg en ondersteuning thuis	15
3.5 Doelmatige zorg thuis.....	16
3.6 Noodzaak voor intramurale setting	16
4. Cliënten met ZZP VG3	17
4.1 Kenmerken cliëntgroep	17
4.2 Omvang cliëntgroep	18
4.3 Kenmerken van cliënten die zorg thuis ontvangen	20
4.4 Zorg en ondersteuning thuis	21
4.5 Doelmatige zorg thuis.....	22
4.6 Noodzaak voor intramurale setting	22
5. Integraliteit zorg thuis	23
6. Kenmerken en criteria grens Wmo, Zvw en Wlz	25
7. Conclusie	28
Bijlage 1. Literatuurlijst	30
Bijlage 2. Deelnemende organisaties veldonderzoek.....	31
Bijlage 3. Deelnemers expertmeetings	32
Bijlage 4. Beschrijving zorgzwaartepakketten	33
Bijlage 5. Randvoorwaarden voor zorg thuis, gebaseerd op deskresearch en veldonderzoek.....	35

Samenvatting

In het kader van de hervorming langdurige zorg is het kabinet gestart met het extramuraliseren van intramurale zorgzwaartepakketten (ZZP's). Dit houdt in dat nieuwe cliënten met een lichte mate van zorg en toezicht niet meer in aanmerking komen voor een intramurale setting, maar dat zij de zorg en (in)formele ondersteuning thuis ontvangen. Voor nieuwe cliënten met een zorgzwaarte die vergelijkbaar is met ZZP VV4 en VG3 is de verwachting, dat ook een deel de zorg straks thuis kan ontvangen.

In dit onderzoek hebben we onderzocht onder welke voorwaarden nieuwe cliënten met een zorgzwaarte die vergelijkbaar is met ZZP VV4 en VG3, straks 'thuis'¹ (buiten een intramurale setting) met ondersteuning (professioneel en/of informeel) vanuit de Wmo kunnen wonen.

Deze rapportage gaat achtereenvolgens in op de hervormingen in de langdurige zorg (HS 1), de gevolgde aanpak (HS 2), een beschrijving van cliënten met een VV4 en VG3 indicatie en hun mogelijkheden om thuis te wonen (respectievelijk HS 3 en 4), integraliteit bij zorg thuis (HS 5) en de grenzen tussen Wmo, Zvw en AWBZ (HS 6). In hoofdstuk 7 sluiten we af met conclusies.

Naast de extramuralisering van zorgzwaartepakketten zijn andere hervormingen voor de langdurige zorg aangekondigd: een nieuwe aanspraak wijkverpleging in de Zvw, een investering in wijkverpleegkundigen als schakel tussen het sociale en medische domein en een investering in gemeentelijke sociale wijkteams. De beantwoording van de vraagstelling onder welke voorwaarden welk deel van de cliënten met VV4 en VG3 de zorg straks thuis kan ontvangen is beantwoord vanuit de huidige situatie, maar moet in het licht van de hervormingen worden doorgetrokken.

Op 1 juni 2013 beschikten 31.676 cliënten over een indicatie voor ZZP VV4, waarvan 77% dit intramuraal verzilvert en 23% via een VPT of extramurale functies. Nog eens 2.579 personen hebben een indicatie voor VV4 maar ontvangen geen formele zorg of hebben een pgb. Cliënten die het VV4 verzilveren, hebben in 56% van de gevallen grondslag SOM, 14% heeft grondslag PG, 27% beide grondslagen en 3% heeft PG of SOM gecombineerd met nog een andere grondslag. Verder geldt dat er nu al wel cliënten zijn met vergelijkbare beperkingen die geen indicatie hebben voor ZZP VV4, maar een extramurale indicatie. Het verschil tussen cliënten die thuis wonen en cliënten die intramuraal wonen wordt vooral bepaald door het feit dat de intramuraal wonende cliënten behoefte hebben aan een professionele vorm van permanent toezicht of zorg in de nabijheid. In essentie komt het erop neer dat cliënten die thuis wonen voldoen aan de volgende cliëntgebonden randvoorwaarden:

1. De cliënt is geen gevaar voor zichzelf of omgeving.
2. De cliënt heeft een zinvolle dagbesteding/dagstructuur.
3. De cliënt heeft ziekte-inzicht (weet hulp en ondersteuning te vinden en maakt hier indien nodig gebruik van).
4. Voor somatische cliënten is het van belang dat ze zelf kunnen alarmeren en enige tijd (30 minuten) kunnen wachten op hulp.

¹ Daar waar we in deze rapportage spreken over 'thuis' hebben we het over: 'wonen buiten een intramurale setting met ondersteuning (professioneel en/of informeel)'.

Cliënten die niet voldoen aan (één of meer van) bovenstaande randvoorwaarden, maar wel thuis wonen, beschikken over een stabiele steunstructuur - vaak in de vorm van mantelzorg - die de gevraagde randvoorwaarden schept en toezicht biedt.

Met betrekking tot de fysieke omgeving zijn de volgende randvoorwaarden relevant voor deze groep cliënten:

- bekende omgeving
- veilige omgeving (afsluiting van gas, mogelijkheid tot sluiten van deuren)
- toepassing van technologie om toezicht te creëren

Op 1 juni 2013 beschikten 16.793 cliënten over een indicatie voor ZZZ VG3, waarvan 78% dit intramuraal verzilvert en 22% via een VPT of extramurale functies. Nog eens 1.832 personen hebben een indicatie voor VG3 maar ontvangen geen formele zorg of hebben een pgb. Verder geldt dat er nu al wel cliënten zijn met vergelijkbare beperkingen die geen indicatie hebben voor ZZZ VG3, maar een extramurale indicatie. Veel van de cliënten met een ZZZ-indicatie die thuis wonen, wonen in woningen die bij elkaar staan waarbij er vaak een steunpunt in de buurt is waarop de cliënt altijd een beroep kan doen.

Qua cliëntkenmerken lijken er kleine verschillen te bestaan wat betreft de mate van de beperking en gedragsproblematiek. Het verschil tussen VG3-clieuten die thuis wonen en cliënten die intramuraal wonen wordt vooral bepaald door het feit dat de intramuraal wonende cliënten behoefte hebben aan een professionele vorm van permanent toezicht of zorg in de nabijheid. In essentie komt het erop neer dat cliënten die thuis wonen voldoen aan de volgende cliëntgebonden randvoorwaarden:

1. Cliënt is geen gevaar voor zichzelf of zijn omgeving.
2. Er is sprake van een vast dagritme of dagstructuur door bijvoorbeeld (on)betaald werk, dagbesteding, school of vrije tijdbesteding.
3. Cliënt heeft inzicht in zijn situatie. Hij weet wanneer hij hulp moet vragen en vraagt om hulp indien nodig. Deze hulp hoeft niet acuut te worden geboden.
4. De cliënt is zelf in staat om contacten aan te gaan en deze te onderhouden. De cliënt beschikt over enige mate van assertiviteit en is in staat om grenzen aan te geven en voor zichzelf op te komen.

Cliënten die niet voldoen aan bovenstaande randvoorwaarden, maar wel thuis wonen, beschikken over een stabiele en actieve steunstructuur, vaak in de vorm van geclusterd wonen, dat de gevraagde randvoorwaarden schept en toezicht biedt.

Met betrekking tot de fysieke omgeving geldt vooral dat de cliënt over een veilig en schoon huis moet kunnen beschikken. Daarnaast is behoefte aan een bekende en vertrouwde omgeving met vaste gezichten in de buurt.

Voor zowel de cliënten met een ZZZ VV4 als VG3 geldt dat integrale zorg (begeleiding, verzorging, verpleging, toezicht en structuur) eraan bijdraagt dat deze cliënten thuis kunnen blijven. Met integrale zorg wordt niet per se bedoeld dat alle zorg door één professional wordt uitgevoerd, maar wel dat één professional de noodzakelijke samenhang van zorg (met de Zvw en straks Wmo), ondersteuning (gepland en ongepland) en dagbesteding/onderwijs/werk voor deze cliënten bewaakt. De mensen uit het veld geven aan dat voor de cliënten met een ZZZ VV4 en VG3 die thuis kunnen blijven wonen een sociaal wijkteam en/of een wijkverpleegkundige met VV respectievelijk VG kennis dit goed kunnen vervullen (bijvoorbeeld volgens de nieuwe aanspraak wijkverpleging).

Daarvoor is afstemming tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten voor deze groep van belang.

De Wmo 2015 laat zien dat er vanuit de Wmo aanknopingspunten zijn voor een integraal palet aan diensten die cruciaal zijn voor cliënten die straks niet meer voor een verblijfsindicatie in aanmerking komen.

Uit AZR cijfers blijkt dat nu al een aantal cliënten met een ZP VV4 of VG3 thuis woont. Bovendien geven de experts uit de praktijk aan dat er op dit moment ook mensen met vergelijkbare beperkingen zijn die geen ZP-indicatie hebben, maar een indicatie voor extramurale zorg. De verwachting is dat dit aantal in de toekomst hoger kan worden, omdat meer wordt geïnvesteerd in langer thuis wonen. De voorstellen in de Wmo 2015 en de aanspraak wijkverpleging zetten in op het bieden van zorg en ondersteuning in de nabijheid van mensen. Voor cliënten met een zorgzwaarte die vergelijkbaar is met ZP VV4 of ZP VG3 geldt dat de aanwezigheid van een stabiele steunstructuur essentieel is om langer thuis te kunnen blijven. Het is daarom van belang om de komende tijd veel aandacht te besteden aan de wijze waarop die steunstructuur informeel en professioneel kan worden vormgegeven.

1. Inleiding

1.1 Hervorming langdurige zorg

In Nederland maken ongeveer 800.000 ouderen en mensen met een lichamelijke, verstandelijke, zintuiglijke of psychische beperking langdurig gebruik van zorg (AWBZ). Hervormingen van de AWBZ zijn noodzakelijk om in de toekomst kwalitatief goede zorg te kunnen blijven bieden aan de meest kwetsbaren in onze samenleving. Het kabinet herzielt daarom het stelsel van de langdurige zorg en wil het beter laten aansluiten bij de ontwikkelingen en eisen van deze tijd. Uitgaan van wat mensen kunnen, welbevinden, ondersteuning door het eigen sociale netwerk en hulp dichtbij de cliënt vormen daarbij kerngedachten. De meest kwetsbare mensen krijgen recht op passende zorg in een beschermende, intramurale omgeving in een nieuwe Wet Langdurige Zorg (Wlz).²

Ouderenzorg

Ouderen die veilig thuis kunnen wonen en geen beschermende en veilige omgeving in een instelling nodig hebben, gaan in grotere mate een beroep doen op gemeenten en zorgverzekeraars. Voor ouderen met een ZZZP VV1 of VV2 geldt deze situatie ondertussen sinds 1 januari 2013. De komende jaren wordt deze groep steeds groter doordat ook ouderen met een hogere zorgzwaarte (vergelijkbaar met de huidige ZZZP's 3 en 4) langer thuis blijven wonen met de noodzakelijke zorg en ondersteuning. Om dit mogelijk te maken worden onder meer de nieuwe aanspraak wijkverpleging ontwikkeld. Op 1 juni 2013 hadden 31.676 personen een indicatie voor VV4 (Bron: CIZ).

Gehandicaptenzorg

Sinds 1 januari 2013 worden ook mensen met een verstandelijke beperking niet meer geïndiceerd voor een ZZZP VG1 en VG2. Op dit moment ontvangen zij nog extramuraal AWBZ-zorg en zijn zij vanaf 1 januari 2015 aangewezen op zorg van de gemeenten en zorgverzekeraars in hun eigen thuissituatie. Voor een deel van de mensen met een verstandelijke beperking en een zorgzwaarte vergelijkbaar met ZZZP VG3 ziet het kabinet ook mogelijkheden om thuis te blijven wonen met zorg en ondersteuning. Op 1 juni 2013 hadden 16.793 personen een indicatie voor VG3 (Bron: CIZ).

1.2 Onderzoek 'zorg thuis'

In deze rapportage doen wij verslag van ons onderzoek naar de voorwaarden waaronder nieuwe cliënten met een zorgzwaarte die vergelijkbaar is met ZZZP VV4 en VG3 straks 'thuis'³ (buiten een intramurale setting) met ondersteuning (professioneel en/of informeel) kunnen wonen. Daarnaast hebben wij gezocht naar kenmerken en criteria om de grens tussen Wmo, Zvw en Wlz te markeren.

We hebben te maken met een situatie waarin we uitspraken willen doen over de 'toekomstige' situatie, maar waarbij we nu alleen goed zicht hebben op de huidige situatie. De bevindingen uit de huidige situatie vertalen we naar de toekomstige situatie, maar die toekomstige situatie zal daarnaast ook beïnvloed worden door andere hervormingen in de langdurige zorg. Met andere woorden, in dit onderzoek

² Kamerbrief Nadere uitwerking brief Hervorming Langdurige Zorg, 6 november 2013, Van Rijn.

³ Daar waar we in deze rapportage spreken over 'thuis' hebben we het over: 'wonen buiten een intramurale setting met ondersteuning (professioneel en/of informeel)'.

geven we op basis van de huidige situatie van cliënten met een ZZP VV4 of VG3 antwoord op de onderzoeksvragen (gericht op toekomstige cliënten met een zorgzwaarte die vergelijkbaar is met ZZP VV4 en VG3).

In het Nederlandse ondersteuningssysteem van professionals, mantelzorgers en vrijwilligers voor ouderen en mensen met een lichamelijke, verstandelijke, zintuiglijke of psychische beperking zijn - zoals op 25 april 2013 aangekondigd door de staatssecretaris - hervormingen voor de toekomst nodig.

De volgende hervormingen in de Langdurige Zorg- die van invloed zijn op de vraagstelling van dit onderzoek - zijn aangekondigd (uit: Kamerbrief Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst van 13 april 2013 en uit: Kamerbrief Nadere uitwerking brief Hervorming Langdurige Zorg van 6 november 2013):

- In de Zvw wordt een nieuwe aanspraak opgenomen: wijkverpleging.
- De wijkverpleegkundige draagt zorg voor de verbinding tussen het sociale en medische domein en wordt gepositioneerd in de Zvw. Het kabinet stelt hiervoor middelen beschikbaar.
- Gemeenten worden gestimuleerd om sociale wijkteams op te richten. Het kabinet stelt ook hier extra middelen voor beschikbaar.
- Intramurale zorg in de Wet Langdurige Zorg is en blijft een verzekerd recht.
- Ook nieuwe cliënten kunnen in 2014 een beroep doen op huishoudelijke hulp. In 2015 blijft meer budget beschikbaar voor gemeenten met betrekking tot de (huishoudelijke) ondersteuning.
- Het kabinet introduceert onder de Wmo een maatwerkvoorziening ter vervanging van de compensatie eigen risico, de aftrek specifieke zorgkosten en de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. Deze regeling kan worden ingezet in het brede sociale domein.
- Het kabinet creëert een recht op het pgb onder strikte voorwaarden in de nieuwe Wmo en de Wet Langdurige Zorg.

Daarnaast zijn voor VG3 cliënten ook de volgende hervormingen van invloed:

- Invoering passend onderwijs
- Decentralisatie Jeugdzorg
- Invoering Participatiewet

De aangekondigde veranderingen vragen van degenen die een beroep willen doen op ondersteuning of zorg dat zij worden aangesproken op wat zij samen met hun sociale omgeving kunnen doen. Van gemeenten vraagt dit dat zij dicht bij de burger het sociaal domein verstevigen. Ook van zorgaanbieders vraagt dit om een meer mens- en buurtgerichte werkwijze. En zorgverzekeraars/zorgkantoren moeten in het toekomstige stelsel samenwerken met gemeenten om mensen thuis vanuit de Wmo en de Zvw integrale zorg te bieden.

Gelet op de genoemde hervormingen en de consequenties daarvan voor actoren in het stelsel gaan we in dit onderzoek in op de voorwaarden waaronder de genoemde cliëntgroepen (VV4 en VG3) in het toekomstige stelsel zorg thuis kunnen ontvangen. Voor het onderzoek hebben we de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Onder welke voorwaarden kunnen nieuwe cliënten met een zorgzwaarte die vergelijkbaar is met ZZP VV4 straks 'thuis' (buiten een intramurale instelling) zorg ontvangen?
 - a) Wat zijn de kenmerken van deze cliëntgroep?

- b) Wat is de omvang van deze cliëntgroep?
 - c) Ontvangt deze cliëntgroep nu ook al zorg buiten een intramurale instelling?
Zo ja, wat zijn de kenmerken van deze cliënten en in welke vorm ontvangen zij zorg?
 - d) Welke zorg en ondersteuning⁴ (in een samenhangend pakket) kan voor deze cliëntgroep in de thuissituatie worden geleverd?
 - e) In welke mate kan de zorg thuis doelmatig worden geleverd?
 - f) Wanneer is een intramurale setting noodzakelijk voor deze cliëntgroep (verschil met de thuissituatie)?
2. Onder welke voorwaarden kunnen nieuwe cliënten met een zorgzwaarte die vergelijkbaar is met ZZP VG3 ontvangen straks 'thuis' (buiten een intramurale instelling) zorg ontvangen?
- a) Wat zijn de kenmerken van deze cliëntgroep?
 - b) Wat is de omvang van deze cliëntgroep?
 - c) Ontvangt deze cliëntgroep nu ook al zorg buiten een intramurale instelling?
Zo ja, wat zijn de kenmerken van deze cliënten en in welke vorm ontvangen zij zorg?
 - d) Welke zorg en ondersteuning² (in een samenhangend pakket) kan voor deze cliëntgroep in de thuissituatie worden geleverd?
 - e) In welke mate kan de zorg thuis doelmatig worden geleverd?
 - f) Wanneer is een intramurale setting noodzakelijk voor deze cliëntgroep (verschil met de thuissituatie)?
3. Op welke wijze kan de integraliteit van de elementen verpleging, verzorging en begeleiding voor beide cliëntgroepen worden vormgegeven?
4. Wat zijn voor beide cliëntgroepen de kenmerken en criteria die de grens tussen Wmo, Zvw en Wet Langdurige Zorg markeren?

⁴ Het gaat hierbij overigens ook om andere aspecten dan zorg, zoals ondersteuning, welzijn en algemene voorzieningen.

2. Aanpak onderzoek

We hebben op verschillende manieren onderzoek gedaan om duidelijk te krijgen wie de cliënten met een ZZP VV4 of VG3 zijn en wat er voor nodig is dat zij thuis kunnen blijven. We hebben ook met enkele cliënten gesproken. De gesprekken met de cliënten waren interessant; het gaf een duidelijk beeld van de groep cliënten. Antwoord krijgen op onze onderzoeksvragen werd echter bemoeilijkt door de cognitieve beperkingen van de cliënten. We hebben daarom vooral uit de gesprekken met persoonlijk begeleiders en EVV-ers relevante informatie gehaald over de randvoorwaarden die nodig zijn om thuis te kunnen blijven wonen.

Op basis van deskresearch (zie bijlage 1 voor de literatuurlijst) zijn we tot een uitgebreide vragenlijst gekomen om de gesprekken met cliënten en persoonlijk begeleiders te kunnen voeren. De vragenlijst had betrekking op:

- kenmerken van cliënten: mate van zelfredzaamheid, ziektebeeld, zorgzwaarte
- kenmerken van de omgeving van cliënten: mantelzorg, sociaal systeem, woonomgeving
- noodzaak voor verblijf: een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat, permanent toezicht
- condities waaronder de cliënt zorg nodig heeft: volgens afspraak op geplande tijden, volgens afspraak en direct oproepbaar, voortdurend in de nabijheid, 24 uur per dag direct aanwezig
- professionele zorg
- informele zorg en vrijwilligerszorg
- organisatorische setting

Met de persoonlijk begeleiders en EVV-ers van 11 organisaties bespraken we 51 concrete cliëntcasussen (zie bijlage 2 voor een overzicht van de organisaties die hebben meegewerkt). Bij hen vroegen we door tot de kern: waarom kan de ene cliënt met een zorgzwaarte van ZZP VV4 of VG3 wel thuis wonen en een andere cliënt niet? De persoonlijk begeleiders en EVV-ers verlenen dagelijkse zorg en ondersteuning aan deze cliënten en konden daarom vanuit de praktijk concrete antwoorden en voorbeelden geven.

Om meer inzicht te krijgen in onderliggende gegevens van de mensen met een ZZP VV4 en VG3 hebben we gebruikgemaakt van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR). In samenspraak met het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) hebben we bekeken hoeveel cliënten een indicatie voor ZZP VV4 of VG3 hebben, maar waarbij in de Melding Aanvang Zorg (MAZ) de functie verblijf ontbreekt⁵. Dit zijn de cliënten die zijn geïndiceerd voor een ZZP, maar die het verblijf niet verzilveren. Hiermee hebben we een indruk gekregen van de omvang van de groep cliënten met een ZZP VV4 of VG3 die momenteel de zorg thuis ontvangt.

Om de informatie uit de deskresearch, de AZR en de gesprekken met cliëntkenners en cliënten te toetsen en aan te scherpen, hebben we twee expertmeetings (één voor de V&V en één voor de VG) georganiseerd. De uitkomsten uit de interviews en de deskresearch hebben we schriftelijk voorgelegd aan de experts uit de expertmeeting met twee huiswerk vragen. Door de vooraf verkregen input uit het huiswerk kregen we in de meetings voldoende ruimte om de diepte in te gaan. Hierdoor konden we in

⁵ Exclusief PGB-cliënten

de expertmeetings de cliëntkenmerken en voorwaarden aanscherpen waarmee cliënten met een ZZP VV4 of VG3 zorg thuis kunnen ontvangen. Ook hebben de deelnemers een droom aangeleverd over hoe zij de toekomst voor deze cliënten graag zouden zien, beschreven vanuit de cliënt. Deze dromen zijn in deze rapportage als toelichting in wolkjes op de randvoorwaarden opgenomen. De deelnemers van de expertmeeting zijn opgenomen in bijlage 3. Zij zijn een goede afspiegeling (intra- en extramuraal, uit diverse regio's van het land) van de aanbieders die aan deze groepen zorg en ondersteuning bieden.

Als laatste hebben we een dialoogsessie georganiseerd met de leden van de begeleidingscommissie (ministerie van VWS, VGN, ActiZ, ZN en de VNG). In deze sessie hebben we de resultaten uit het veldonderzoek besproken in het licht van de volgende onderwerpen:

- interpretatie van de uitkomsten voor de formulering van heldere, bruikbare en onderscheidende criteria van de cliëntgroepen met een ZZP VV4 of VG3 die thuis kunnen wonen;
- interpretatie van de uitkomsten voor de noodzaak van een integrale aanspraak voor verpleging, verzorging en begeleiding;
- interpretatie van de uitkomsten in relatie tot de uitwerking van de Wmo 2015, aanspraak Wijkverpleging en Wet Langdurig Zorg (Wlz).

3. Cliënten met ZZP VV4

In dit hoofdstuk geven we antwoord op de onderzoeksvragen voor de cliënten met een ZZP VV4:

1. Wat zijn de kenmerken van deze cliëntgroep?
2. Wat is de omvang van deze cliëntgroep?
3. Ontvangt deze cliëntgroep nu ook al zorg buiten een intramurale instelling? Zo ja, wat zijn de kenmerken van deze cliënten en in welke vorm ontvangen zij zorg?
4. Welke zorg en ondersteuning (in een samenhangend pakket) kan voor deze cliëntgroep in de thuissituatie worden geleverd?
5. In welke mate kan de zorg thuis doelmatig worden geleverd?
6. Wanneer is een intramurale setting noodzakelijk voor deze cliëntgroep (verschil met de thuissituatie)?

3.1 Kenmerken cliëntgroep

In bijlage 4 hebben we de formele beschrijving van ZZP VV4 opgenomen. Aangevuld met de resultaten van de deskresearch en het veldonderzoek beschrijven we hieronder de essentiële kenmerken van de cliënten met een ZZP VV4.

De doelgroep ZZP VV4 bestaat uit cliënten op hoge leeftijd met zowel de grondslag somatiek (SOM) als psychogeriatric (PG). Uit een analyse van de AZR-gegevens is op te maken dat cliënten met VV4 in 56% van de gevallen grondslag SOM hebben, 14% heeft grondslag PG, 27% beide grondslagen en 3% heeft PG of SOM gecombineerd met nog een andere grondslag (AZR/CVZ peildatum 1 juni 2013). Deze cijfers geven echter geen volledig beeld. De experts geven aan dat veel van de cliënten met een grondslag SOM namelijk ook cognitieve problemen hebben, maar nog niet beschikken over een PG-diagnose (cliënt of familie is daar nog niet 'aan toe'). Tevens geven de experts aan dat bij veel van deze cliënten sprake is van een progressief ziektebeeld waardoor de zorgzwaarte toeneemt. Vanwege een opschoningsactie van de AZR in het voorjaar van 2013 is uit AZR niet te achterhalen welk percentage cliënten met een ZZP VV4 een vervolgingindicatie heeft aangevraagd. Uit AZR blijkt wel dat als cliënten met een ZZP VV4 een vervolgingindicatie ontvangen (meestal ZZP5), deze cliënten gemiddeld 248 dagen (ruim 8 maanden) ZZP VV4 hebben ontvangen.

Kenmerkend voor cliënten met een ZZP VV4 is dat het gaat om cliënten met een combinatie van de volgende beperkingen en problematiek:

- somatische problemen (chronische ziektebeelden)
- psychogeriatric problematiek of beginnende vergeetachtigheid
- psychiatrische problemen
- zintuiglijke problematiek (vaak als gevolg van de hoge leeftijd)
- gedragsproblemen
- beperkingen in het regievermogen
- eenzaamheid
- beperkt in staat tot het nemen van initiatief

3.2 Omvang cliëntgroep

Uit de gegevens van het CIZ blijkt dat op 1 juni 2013 in totaal 31.676 ouderen een indicatie voor ZP VV4 hadden. Op basis van gegevens uit de AZR met peildatum 1 juni 2013 geven we een beeld van de mate waarin de cliënten met een ZP VV4 het verblijf verzilveren.

NB. In de tabellen ontbreekt het aantal personen dat helemaal geen melding aanvang zorg heeft op het ZP of één van de functies (omdat zij geen formele zorg ontvangen of omdat zij gebruikmaken van een pgb). Voor VV4 gaat het om 2.579 personen, van wie 456 indicaties met een voorkeur voor pgb (peildatum 1 juni 2013).

ZP VV4	zorglevering conform indicatie	alternatieve zorglevering (intramuraal)	VPT	alleen extramuraal	Totaal
SOM	13.714	62	414	2.759	16.949
SOM+PG	996	4	41	183	1.224
PG	3.336	16	95	1.242	4.689
PG+SOM	5.539	10	135	2.117	7.801
SOM/PG + Anders	757	5	30	221	1.013
Totaal	24.342	97	715	6.522	31.676

Tabel 1. Verzilveringsvormen ZP VV4, bron: AZR College voor zorgverzekeringen, peildatum 1 juni 2013

Op 1 juni 2013 beschikten 31.676 cliënten over een indicatie voor ZP VV4, waarvan 77% dit intramuraal verzilvert (bij de aanbieder van voorkeur of een andere aanbieder). De resterende 23% verzilvert het verblijf niet. Deze cliënten ontvangen de zorg op basis van een VPT (2%) of extramurale functies (21%). Dat kan in de thuissituatie van de cliënt zijn of een geclusterde voorziening waarbij de cliënt zelf de wooncomponent betaalt. Tussen de grondslagen SOM en PG verschilt deze verdeling: 19% van de cliënten met SOM als 1^e grondslag verzilvert het verblijf niet, terwijl dit voor cliënten met PG als 1^e grondslag 29% is. In de volgende twee tabellen gaan we nader in op de cliënten die het verblijf niet verzilveren.

ZP VV4	Regulier ⁶	Alternatief ⁷	Overbrugging	Transfer ⁸	Totaal
VPT	711	0	0	4	715
Extramuraal	14	3.088	13.951	0	17.053
Totaal	725	3.088	13.951	4	17.768
Percentages	4%	17%	79%	0%	100%

Tabel 2. Aantal geleverde zorgeenheden voor cliënten met een ZP VV4-indicatie verdeeld naar soort toewijzing, bron: AZR College voor zorgverzekeringen, peildatum 1 juni 2013

⁶ Cliënten die de gewenste zorg ontvangen volgens indicatie

⁷ Cliënten die de gewenste zorg in extramurale functies ontvangen

⁸ Cliënten die de gewenste zorg ontvangen, maar niet van de voorkeur aanbieder

Uit tabel 2 blijkt, dat het grootste deel van de cliënten die het verblijf van ZP VV4 niet verzilveren, dit doet vanwege een overbruggings situatie (79%) en voor 21% dit een gewenste situatie is (de kolommen regulier en alternatief). Dit beeld wordt bevestigd door de gegevens over de wachtstatus in AZR (zie tabel 3), waarbij we een onderscheid maken naar de volgende statussen:

1. *Actief wachtend*: de cliënt wil de toegewezen zorg ontvangen, maar krijgt dit niet (wachtend buiten zijn wil).
2. *Wens wachtend*: de cliënt geeft aan de toegewezen zorg te willen ontvangen van voorkeuraanbieder (wachtend op eigen verzoek).
3. *Slapend wachtend*: de cliënt geeft aan de toegewezen zorg nu nog niet te willen ontvangen (verzekerde wordt niet als wachtend beschouwd).
4. *In zorg*: de cliënt ontvangt de toegewezen zorg volledig (cliënt is niet wachtend).

De wachtstatus wordt vastgesteld aan de hand van de zorg die wordt geleverd (leveringsstatus). Het kan voorkomen dat een cliënt meerdere levering statussen heeft. Een cliënt met een ZP VV4 indicatie kan bijvoorbeeld wachten op ZP VV4 (status 1) en ondertussen de functie PV ontvangen (status 4). Om de wachtstatus op cliëntniveau vast te stellen wordt gekeken naar de laagste leveringsstatus. In dit geval is dat status 1.

Wachtstatus ZP VV4	VPT-levering		extramuraal-levering	
Actief wachtend	5	1%	342	5%
Wens wachtend	13	2%	3.484	53%
Slapend wachtend	16	2%	1.619	25%
In zorg	681	95%	1.077	17%
Totaal	715	100%	6.522	100%

Tabel 3. Wachtstatus voor cliënten met een ZP VV4 die verblijf niet verzilveren, bron: AZR College voor zorgverzekeringen, peildatum 1 juni 2013

Uit tabel 3 blijkt, dat 95% van de VPT-clieuten de gewenste zorg ontvangen (dit wordt 97% als we daarbij ook de slapend wachtenden optellen). Bij de cliënten die ZP VV4 op basis van extramuraal functies ontvangen geldt dit voor 17% van de cliënten (en voor 42% inclusief de slapend wachtenden).

Van de mensen met een indicatie voor ZP VV 4 woont 21% niet in een instelling (N.B. in dit cijfer zijn de mensen die met een pgb hun zorg regelen of helemaal geen formele zorg afnemen niet meegenomen). Van deze 21% wacht 5% actief op verblijf in een instelling. Weliswaar is er ook een groep die wens wachtend is en die wacht op een plek van hun voorkeur. Van de wenswachtenden kan worden aangenomen dat de situatie in de thuissituatie niet zodanig is dat ze acuut willen worden opgenomen. Kennelijk is het nog mogelijk om thuis zorg te krijgen.

We merken bij deze uitkomsten op dat de aantallen tot stand zijn gekomen in het huidige stelsel. Hierin is geen rekening gehouden met significante beleidswijzigingen op korte termijn en de mogelijkheden die ontstaan wanneer geïnvesteerd wordt in het versterken van de steunstructuur. Het is mogelijk dat in de toekomst meer mensen met een vergelijkbare zorgzwaarte waar de kwetsbare steunstructuur nu niet toereikend was om de cliënt thuis te kunnen laten wonen, thuis kunnen blijven

wonen, als die kwetsbare steunstructuur voldoende wordt ondersteund. De voorstellen in de Wmo 2015 en de aanspraak wijkverpleging zetten in op het bieden van zorg en ondersteuning in de nabijheid van mensen: “de ondersteuning van de zelfredzaamheid en de participatie van personen met een beperking, chronische psychische of psychosociale problemen, moet erop gericht zijn dat burgers zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kunnen blijven” (uit concepttekst WMO-2015).

De experts geven aan dat naast de cliënten die we in de tabellen 1-3 hebben beschreven, er nog een groot aantal cliënten is dat voldoet aan de beschrijving van een VV4 cliënt en thuis woont, maar geen ZP indicatie heeft. Deze cliënten hebben een extramurale indicatie, omdat ze beschikken over mantelzorg waarmee ze in staat zijn om thuis te kunnen blijven. De omvang van deze totale groep is niet uit de AZR te halen, omdat ze niet zijn te selecteren op grondslag (binnen de groep cliënten met grondslag SOM betreft het cliënten met beginnende cognitieve problemen maar die nog geen PG-diagnose hebben) en omvang (de mantelzorg doet vaak veel voor deze cliënten waardoor ze extramuraal een lage indicatie kunnen hebben).

3.3 Kenmerken van cliënten die zorg thuis ontvangen

In het veldonderzoek hebben we gezocht naar situaties waarin cliënten met ZP VV4 echt zelfstandig thuis wonen in de wijk. De praktijk wees uit dat dit momenteel niet in heel veel situaties voorkomt en dat deze cliënten vrijwel nooit geheel zelfstandig wonen. Veel van de cliënten met een ZP VV4 die ‘zorg thuis’ ontvangen wonen in een geclusterde voorziening of aanleunwoning nabij het verzorgingshuis.

Qua cliëntkenmerken is er geen duidelijk verschil tussen de thuiswonende cliënt en de intramuraal verblijvende cliënt. Het cognitief- en regievermogen is bij nagenoeg alle thuiswonende en intramurale cliënten uit het veldonderzoek belemmerd. Gedragsproblematiek is bij de thuiswonende cliënt en de intramuraal verblijvende cliënt vrijwel niet aan de orde. Bijna alle thuiswonende cliënten ontvangen persoonlijke verzorging en de helft van hen ontvangt verpleging. Tweederde van de thuiswonende cliënten ontvangt daarnaast begeleiding. Meer dan de helft van de intramuraal verblijvende cliënten hebben bij hun EVV-ers aangegeven, dat meer uren zorg nodig zijn dan beschikbaar in het ZP.

Het verschil tussen cliënten die thuis wonen en cliënten die intramuraal wonen wordt vooral bepaald door het feit dat de intramuraal wonende cliënten behoefte hebben aan een professionele vorm van permanent toezicht of zorg in de nabijheid. De directe omgeving van de intramuraal verblijvende cliënt kan dit niet (meer) bieden. Cliënten die thuis wonen hebben dit permanente toezicht niet nodig of ontvangen dat van een partner of doordat zij in een geclusterde setting wonen.

Op basis van de deskresearch en de gesprekken met de cliëntkenners en experts hebben we in bijlage 5 een overzicht opgenomen met voorwaarden die aanwezig moeten zijn om thuis te kunnen blijven wonen. In essentie komt het erop neer dat cliënten die thuis wonen voldoen aan de volgende cliëntgebonden randvoorwaarden:

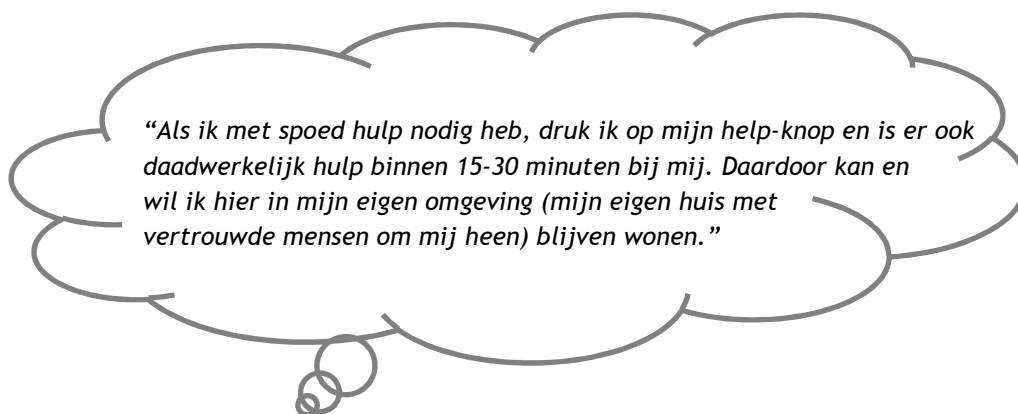
1. De cliënt is geen gevaar voor zichzelf of omgeving.
2. De cliënt heeft een zinvolle dagbesteding/dagstructuur.
3. De cliënt heeft ziekte-inzicht (weet hulp en ondersteuning te vinden en maakt hier indien nodig gebruik van).

4. Voor somatische cliënten is het van belang dat ze zelf kunnen alarmeren en enige tijd (30 minuten) kunnen wachten op hulp.

Cliënten die niet voldoen aan (één of meer van) bovenstaande randvoorwaarden, maar wel thuis wonen, beschikken over een stabiele steunstructuur - vaak in de vorm van mantelzorg - die de gevraagde randvoorwaarden schept en toezicht biedt. Omdat bij de cliënten met een zorgzwaarte die vergelijkbaar is met ZP VV4 vaak sprake is van een progressief ziektebeeld (en de zorgzwaarte in de loop der tijd toeneemt), kan de steunstructuur vaak niet voorkomen dat een cliënt wordt opgenomen in een verblijfsvoorziening, maar kan opname wel worden uitgesteld.

Met betrekking tot de fysieke omgeving zijn de volgende randvoorwaarden relevant voor deze groep cliënten:

- bekende omgeving;
- veilige omgeving (afsluiting van gas, mogelijkheid tot sluiten van deuren);
- toepassing van technologie om toezicht te creëren.



3.4 Zorg en ondersteuning thuis

De zorg die deze cliënten ontvangen bestaat voor het grootste gedeelte uit begeleiding en ADL-ondersteuning (persoonlijke verzorging). De zorg richt zich op het bieden van structuur en de aansporing tot persoonlijke verzorging. Daarnaast is veelal sprake van dagbesteding voor het bieden van structuur aan de cliënt en ontlasting van de mantelzorg. In bijna alle gevallen ontvangen de cliënten huishoudelijke hulp. Ook maken ze regelmatig gebruik van maaltijdvoorzieningen.

Er is bijna altijd de mogelijkheid om te alarmeren en gebruik te maken van 24-uurs professionele achterwacht voor onplanbare zorg (ook 's nachts).

In veel gevallen zorgt een eerst verantwoordelijk verzorgende (EVV) of verpleegkundige voor de integrale afstemming tussen de mantelzorg en professionele zorg en ondersteuning (1e en 2e lijn). Zie ook de randvoorwaarden voor de coördinatie en uitvoering van de zorg en ondersteuning in bijlage 5.

Naast de zorg en ondersteuning bieden mantelzorgers vaak een stabiele steunstructuur. Wijkteams en goede integrale samenwerking tussen zorgaanbieders en welzijnsorganisaties kunnen ook bijdragen aan een goede steunstructuur.



3.5 Doelmatige zorg thuis

De zorg thuis kan vaak doelmatig worden gegeven omdat mantelzorgers zorgen voor een goede steunstructuur en in combinatie met de planbare zorg van de professionals de cliënt de noodzakelijke zorg en ondersteuning krijgt. Wanneer er geen mantelzorgers zijn, kunnen cliënten ook gebruikmaken van alarmering en onplanbare zorg. Meestal wordt deze zorg uitgevoerd door een team uit een verzorgingshuis in de buurt, uit de geclusterde woonsetting of door een wijkteam. Het is niet mogelijk om deze toezichtfunctie (uitgevoerd door professionals) en zorg in de nabijheid doelmatig te leveren voor cliënten die volledig zelfstandig wonen, buiten een geclusterde setting.

3.6 Noodzaak voor intramurale setting

Voor de cliënten is een intramurale setting noodzakelijk als niet kan worden voldaan aan de randvoorwaarden genoemd in paragraaf 3.3.

De experts geven aan dat voor cliënten met een ZZP VV4 die nu thuis wonen intramurale opname noodzakelijk wordt, als:

- De steunstructuur wegvalt en/of niet voldoende wordt ondersteund.
- De mantelzorg overbelast raakt (vanwege onbekendheid met het ziektebeeld en/of ontbreken van mogelijkheden van respijtzorg).
- De cliënt achteruitgaat (een gevaar wordt voor zichzelf of de omgeving en/of niet zelf meer kan alarmeren) en de steunstructuur het niet meer kan compenseren.
- Onvoldoende professionele zorg/ondersteuning kan worden ingezet voor de onplanbare zorg (vaak vanwege doelmatigheidsoverwegingen).

4. Cliënten met ZZP VG3

In dit hoofdstuk geven we antwoord op de onderzoeksvragen voor de cliënten met een ZZP VG3:

1. Wat zijn de kenmerken van deze cliëntgroep?
2. Wat is de omvang van deze cliëntgroep?
3. Ontvangt deze cliëntgroep nu ook al zorg buiten een intramurale instelling?
Zo ja, wat zijn de kenmerken van deze cliënten en in welke vorm ontvangen zij zorg?
4. Welke zorg en ondersteuning (in een samenhangend pakket) kan voor deze cliëntgroep in de thuissituatie worden geleverd?
5. In welke mate kan de zorg thuis doelmatig worden geleverd?
6. Wanneer is een intramurale setting noodzakelijk voor deze cliëntgroep (verschil met de thuissituatie)?

4.1 Kenmerken cliëntgroep

In bijlage 4 hebben we de formele beschrijving van ZZP VG3 opgenomen. Aangevuld met de resultaten van de deskresearch en het veldonderzoek beschrijven we hieronder de essentiële kenmerken van de cliënten met een ZZP VG3.

Mensen met een indicatie voor een ZZP VG3 hebben een lichte of matige verstandelijke beperking. Deze cliënten functioneren sociaal beperkt zelfstandig. De cliënten hebben behoefte aan een veilige en vertrouwde leef- en woonomgeving. Het tijdsbesef is beperkt. Bij cliënten met een ZZP VG3 neemt het risico op kwetsbaarheid al vanaf jongere leeftijd toe, aangezien er eerder dan normaal sprake is van achteruitgang van de gezondheid en een toename van de zorgbehoefte.

De cliënten die nu een ZZP VG3 hebben betreffen zowel jongere als oudere cliënten. De oudere cliënten hebben vaak een erg beperkt sociaal netwerk en er zijn weinig mantelzorgers waar ze een beroep op kunnen doen. Bij de jongere cliënten is dit beter, omdat er vaak nog ouders zijn die hen helpen. Het merendeel van de VG-clieënten die hun ZZP-indicatie niet verzilveren en die wij in ons onderzoek zagen, woont extramuraal in groepshuizen (individuele woonarrangementen, vaak geclusterd met een begeleidingsstructuur) en de meesten hebben ondersteuning nodig bij relevante basisvaardigheden die nodig zijn om een huishouding te voeren. Een deel heeft ook aansturing nodig bij de basale dagelijkse zelfverzorging (ADL).

De verwachting is dat de nieuwe instroom VG3 cliënten vooral jongeren betreffen, die uit huis gaan, omdat zij op zichzelf willen wonen of niet meer bij hun ouders kunnen wonen. Dan komt de vraag aan de orde waar ze gaan wonen: in een intramurale setting of op zichzelf na een adequate training.

Specifiek aandachtspunt voor de VG-clieënten is het feit dat deze cliënten cognitief geen of een beperkte ontwikkeling doormaken en een lagere sociaal emotionele leeftijd hebben dan hun kalenderleeftijd. Het gaat om levenslange situaties waarvoor stabiliteit van belang is.

4.2 Omvang cliëntgroep

Uit de gegevens van het CIZ blijkt dat op 1 juni 2013 in totaal 16.793 mensen met een verstandelijke beperking een indicatie voor ZP VG3 hadden. Op basis van gegevens uit de AZR met peildatum 1 juni 2013 geven we een beeld van de mate waarin de cliënten met een ZP VG3 het verblijf verzilveren.

NB. In de tabellen ontbreekt het aantal personen dat helemaal geen melding aanvraag zorg (MAZ) heeft op het ZP of één van de functies (omdat zij geen formele zorg ontvangen of omdat zij gebruikmaken van een pgb). Voor VG3 gaat het om 1.832 personen, van wie 1.598 indicaties met een voorkeur voor pgb (peildatum 1 juni 2013).

ZP VG3	Zorglevering conform indicatie	Alternatieve zorglevering (intramuraal)	VPT	Alleen extramuraal	Totaal
Totaal	12.903	201	288	3.401	16.793

Tabel 4. Verzilveringsvormen ZP VG3, bron: AZR College voor zorgverzekeringen, peildatum 1 juni 2013

Op 1 juni 2013 beschikten 16.793 cliënten over een indicatie voor ZP VG3. Van deze cliënten heeft 78% dit intramuraal verzilverd (bij de aanbieder van voorkeur of een andere aanbieder). De resterende 22% verzilverd het verblijf niet. Deze cliënten ontvangen de zorg op basis van een VPT (2%) of extramuraal functies (20%). Deze cliënten zijn vrijwel allemaal ouder dan 18 jaar (2% <18, 26% = 18<25, 49% = 25<50, 22% = 50<75, 1% >75).

Veel van de cliënten met een ZP-indicatie die thuis wonen, wonen extramuraal in groepshuizen (individuele woonarrangementen, vaak geclusterd met een begeleidingsstructuur). In de volgende twee tabellen gaan we nader in op de cliënten die het verblijf niet verzilveren.

ZP VG3	Regulier ⁹	Alternatief ¹⁰	Overbrugging	Transfer ¹¹	Totaal
VPT	288	0	0	0	288
Extramuraal	1.676	2.832	2.044	0	6.552
Totaal	1.964	2.832	2.044	0	6.840
Percentages	29%	41%	30%	0%	100%

Tabel 5. Aantal geleverde zorgeenheden voor cliënten met een ZP VG3-indicatie verdeeld naar soort toewijzing, bron: AZR College voor zorgverzekeringen, peildatum 1 juni 2013

Uit tabel 5 blijkt dat 29% van de cliënten de reguliere indicatie ontvangt. Het betreft cliënten met een indicatie voor zowel ZP VG3 als Begeleiding Groep waarbij Begeleiding Groep (de extramuraal functie) is verzilverd en ZP VG3 (nog) niet. Voor circa 41% is de volledig geëxtramuraliseerde ondersteuning het gewenste alternatief

⁹ Cliënten die de gewenste zorg ontvangen volgens indicatie

¹⁰ Cliënten die de gewenste zorg in extramuraal functies ontvangen

¹¹ Cliënten die de gewenste zorg ontvangen, maar niet van de voorkeur aanbieder

voor ZZP VG3 en 30% ontvangt de extramurale ondersteuning in het kader van overbrugging.

Dit beeld wordt bevestigd door de gegevens over de wachtstatus in AZR (zie tabel 6). Hierbij maken we een onderscheid naar de volgende statussen:

1. *Actief wachtend*: de cliënt wil toegewezen zorg ontvangen, maar krijgt dit niet (wachtend buiten zijn wil).
2. *Wens wachtend*: de cliënt geeft aan dat hij de toegewezen zorg wenst te ontvangen van voorkeuraanbieder (wachtend op eigen verzoek).
3. *Slapend wachtend*: de cliënt geeft aan de toegewezen zorg nu nog niet te willen ontvangen (verzekerde wordt niet als wachtend beschouwd).
4. *In zorg*: de cliënt ontvangt de toegewezen zorg volledig (cliënt is niet wachtend).

De wachtstatus wordt vastgesteld aan de hand van de zorg die wordt geleverd (leveringsstatus). Het kan voorkomen dat een cliënt meerdere levering statussen heeft. Een cliënt met een ZZP VG3 indicatie kan bijvoorbeeld wachten op ZZP VG3 (status 1) en ondertussen de functie BG ontvangen (status 4). Om de wachtstatus op cliëntniveau vast te stellen wordt gekeken naar de laagste leveringsstatus. In dit geval is dat status 1.

Wachtstatus ZZP VG3	VPT-levering		Extramurale-levering	
	Aantal	Procent	Aantal	Procent
Actief wachtend	4	1%	123	4%
Wens wachtend	1	0%	784	23%
Slapend wachtend	26	9%	736	22%
In zorg	257	90%	1.758	52%
Totaal	288	100%	3.401	100%

Tabel 6. Wachtstatus voor cliënten met een ZZP VG3 die verblijf niet verzilveren, bron: AZR College voor zorgverzekeringen, peildatum 1 juni 2013

Uit tabel 6 blijkt dat 90% van de VPT-cliënten de gewenste zorg ontvangen (dit wordt 99% als daarbij ook de slapend wachtenden worden geteld). Bij de cliënten die ZZP VG3 op basis van extramurale functies ontvangen, geldt dit voor 52% van de cliënten (en voor 74% inclusief de slapend wachtenden).

Van de mensen met een indicatie voor ZZP VG 3 woont 22% niet in een instelling (N.B. in dit percentage zijn de mensen die met een pgb hun zorg regelen of helemaal geen formele zorg afnemen niet meegenomen). Van deze 22% is slechts 4% actief wachtend op verblijf in een instelling. Weliswaar is er ook een groep die wenswachtend is en die wacht op een plek van hun voorkeur. Van de wenswachtenden kan worden aangenomen dat de situatie in de thuissituatie niet zodanig is dat ze acuut willen worden opgenomen. Kennelijk is het nog mogelijk om thuis zorg te krijgen.

Bovenstaande cijfers gaan over de huidige groep cliënten waar zowel oudere als jongere cliënten in zitten. De nieuwe instroom betreft vooral jongeren, die uit huis gaan, omdat zij op zichzelf willen wonen of niet meer bij hun ouders kunnen wonen. De verwachting is daarom dat het aantal cliënten dat thuis kan wonen in de toekomst mogelijk groter wordt als deze toekomstige jongere cliënten met een zorgzwaarte die vergelijkbaar is met ZZP VG3 goed worden voorbereid op zelfstandig wonen. Wanneer

zij goed worden getraind in bijvoorbeeld trainingshuizen is de verwachting dat in de toekomst meer cliënten met een zorgvraag vergelijkbaar aan ZZP VG 3 thuis kunnen wonen, ondersteund door diverse ondersteuningsvormen vanuit de nieuwe Wmo (zoals een steunpunt in de buurt).

Bovendien hebben juist deze jonge cliënten vaak nog een steunstructuur (ouders). De beleidswijzigingen op korte termijn en de mogelijkheden die ontstaan wanneer geïnvesteerd wordt in het versterken van de steunstructuur, helpen om deze jonge cliënten met een zorgzwaarte gelijk aan VG3 thuis te kunnen laten wonen.

Bovendien geven de experts uit het veld aan dat er ook nu al mensen zijn met vergelijkbare beperkingen die geen indicatie hebben voor ZZP VG3, maar een extramurale indicatie.

4.3 Kenmerken van cliënten die zorg thuis ontvangen

In het veldonderzoek hebben we gezocht naar situaties waarin cliënten echt zelfstandig thuis wonen in de wijk. De praktijk wees uit dat dit momenteel niet in heel veel situaties voorkomt. Wij hebben 22 cliënten gezien die een indicatie voor ZZP VG3 hebben, maar extramuraal wonen. De helft van deze extramuraal wonende cliënten in ons onderzoek woont bij de ouders in of woont samen met een partner. Veel van de cliënten die alleen wonen hebben woningen bij elkaar en er is vaak een steunpunt in de buurt waarop de cliënt altijd een beroep kan doen.

Qua cliëntkenmerken lijken er kleine verschillen te bestaan wat betreft de mate van de beperking en gedragsproblematiek. Bij thuiswonende cliënten heeft het merendeel een lichte verstandelijke beperking. Bij intramuraal wonende cliënten uit het veldonderzoek komt ook een lichte verstandelijke beperking voor, maar hier zien we dat de helft van de cliënten een matige beperking heeft. Gedragsproblematiek lijkt bij de intramuraal wonende cliënten vaker voor te komen dan bij de thuiswonende cliënten. Nagenoeg alle thuiswonende cliënten ontvangen begeleiding. Meer dan de helft van de intramuraal verblijvende cliënten hebben bij hun persoonlijk begeleiders aangegeven, dat meer uren zorg nodig zijn dan beschikbaar in het ZZP.

Het verschil tussen cliënten die thuis wonen en cliënten die intramuraal wonen wordt vooral bepaald door het feit dat de intramuraal wonende cliënten behoefte hebben aan een professionele vorm van permanent toezicht of zorg in de nabijheid. De directe omgeving van de intramuraal verblijvende cliënt kan dit niet (meer) bieden. Cliënten die thuis wonen hebben dit permanente toezicht niet nodig of ontvangen dat van een mantelzorger of doordat zij in een geclusterde setting wonen.

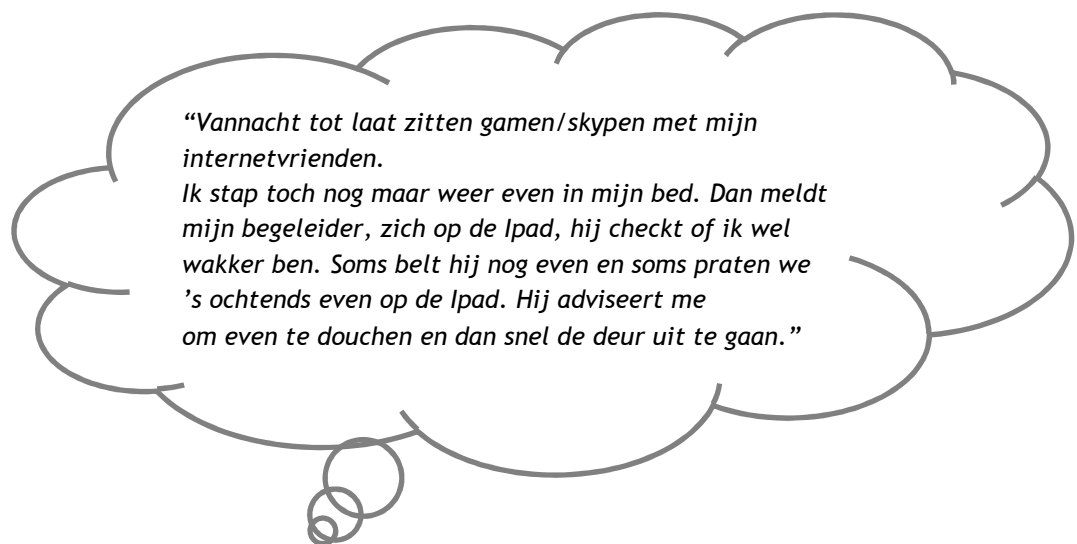
Op basis van de deskresearch en de gesprekken met de cliëntkenners en experts hebben we in bijlage 5 een overzicht opgenomen met voorwaarden die aanwezig moeten zijn om thuis te kunnen blijven wonen. In essentie komt het erop neer dat cliënten die thuis wonen voldoen aan de volgende cliëntgebonden randvoorwaarden:

1. Cliënt is geen gevaar voor zichzelf of zijn omgeving.
2. Er is sprake van een vast dagritme of dagstructuur door bijvoorbeeld (on)betaald werk, dagbesteding, school of vrije tijdbesteding.
3. Cliënt heeft inzicht in zijn situatie. Hij weet wanneer hij hulp moet vragen en vraagt om hulp indien nodig. Deze hulp hoeft niet acuut te worden geboden.

4. De cliënt is zelf in staat om contacten aan te gaan en deze te onderhouden. De cliënt beschikt over enige mate van assertiviteit en is in staat om grenzen aan te geven en voor zichzelf op te komen.

Cliënten die niet voldoen aan bovenstaande randvoorwaarden, maar wel thuis wonen, beschikken over een stabiele en actieve steunstructuur, vaak in de vorm van geclusterd wonen, dat de gevraagde randvoorwaarden schept en toezicht biedt. Deze groep (met steunstructuur) betreft de grootste groep van cliënten met een VG3 die 'thuis wonen'.

Met betrekking tot de fysieke omgeving geldt vooral dat de cliënt over een veilig en schoon huis moet kunnen beschikken. Daarnaast is behoefte aan een bekende en vertrouwde omgeving met vaste gezichten in de buurt.



4.4 Zorg en ondersteuning thuis

Cliënten met een VG3 die thuis wonen ontvangen vanuit de AWBZ over het algemeen alleen begeleiding. Het gaat hier om individuele begeleiding en dagbesteding (begeleiding groep). De begeleider komt een aantal keren in de week en is erop gericht om te helpen bij het aanbrengen van structuur, de cliënt te stimuleren tot activiteiten en de cliënt zijn eigen (on)mogelijkheden te laten erkennen. Deze cliënten worden voortdurend aangesproken op de consequenties van hun keuzes en in sommige gevallen komen begeleiders ook onaangekondigd langs om zicht te houden op de structuur. Ook maken deze cliënten gebruik van dagbesteding of hebben zij (vrijwilligers)werk waarbij zij begeleiding en ondersteuning krijgen.

Het is van belang dat deze elementen van de begeleiding in gezamenlijkheid worden uitgevoerd op alle levensdomeinen via één integraal plan. Een vast gezicht (één coördinator) is hierbij van groot belang, want er is bij deze cliënten tijd nodig om vertrouwen te winnen. Daarnaast is het van belang om deze cliënten regelmatig te zien, om echt zicht op de situatie te krijgen.

Dit is nodig omdat deze cliënten in staat zijn om zich beter voor te doen dan dat zij in werkelijkheid zijn. Zie ook de randvoorwaarden voor de coördinatie en uitvoering van de zorg en ondersteuning in bijlage 5.

De cliënten kunnen thuis blijven, omdat ze altijd terug kunnen vallen op (professionele) ondersteuning, die 24 uur per dag beschikbaar is. Zij kunnen ook op ongeplande tijden de begeleiders (beeld)bellen of langsgaan bij een steunpunt in de buurt.

Naast de ondersteuning is de aanwezigheid van een stabiele en actieve steunstructuur essentieel. Deze kan worden gevormd door school, (vrijwilligers)werk, familie, buurt, naschoolse opvang, logeren en maatschappelijk werk. Hier moet sprake zijn van echte betrokkenheid. Naast deze natuurlijke structuur kan de professional de rol als regisseur vervullen. Daarnaast is het organiseren van stabiliteit en continuïteit van belang.



4.5 Doelmatige zorg thuis

De cliënten met een ZZP VG3 indicatie, die op zichzelf extramuraal wonen kan de zorg thuis vaak doelmatig worden gegeven omdat relatief weinig planbare zorg van de professionals vaak al voldoende is (een paar keer per week). Daarnaast kunnen deze cliënten ook op ongeplande tijden ouders (jongere cliënten) of de begeleiders (beeld)bellen of langsgaan bij een steunpunt in de buurt. Meestal wordt deze zorg uitgevoerd door een team van een instellingsterrein waar de cliënt vlakbij woont, uit de geclusterde woonsetting of door een extramuraal team van een VG-aanbieder, dat in een bepaalde wijk ondersteuning biedt.

4.6 Noodzaak voor intramurale setting

Intramurale zorg is nodig voor cliënten als niet kan worden voldaan aan de randvoorwaarden genoemd in paragraaf 4.3.

De experts geven aan dat voor cliënten met een ZZP VG3 die nu thuis wonen intramurale opname noodzakelijk is, als:

- dagstructuur ontbreekt en de cliënt geen zinvolle dagbesteding heeft met een grote kans op vereenzaming
- de veiligheid en/of de hygiëne in het geding komt
- de cliënt keuzes niet meer overziet en zich niet meer aan afspraken houdt
- de cliënt in een psychose raakt
- de cliënt grensoverschrijdend gedrag laat zien

5. Integraliteit zorg thuis

Voor zowel de cliënten met een ZP VV4 als VG3 geldt dat integrale zorg (begeleiding, verzorging, verpleging, toezicht en structuur) eraan bijdraagt dat deze cliënten thuis kunnen blijven. Op basis van gegevens uit de AZR over de cliënten die momenteel ZP VV4 of VG3 verzilverd hebben via extramurale functies, geven we een beeld van de huidige mate van integraliteit van functies per ZP.

Grondslag / ZP	PV	BG	PV + BG-Individueel	PV + BG-Groep	PV + BGI + BGG	Andere Functies	Totaal
SOM	1.142	177	764	452	209	15	2.759
SOM+PG	62	13	45	47	16	0	183
PG	288	210	309	252	167	16	1.242
PG+SOM	494	257	564	487	293	22	2.117
SOM/PG + Anders	87	25	53	37	19	0	221
Totaal VV4	2.073	682	1.735	1.275	704	53	6.522
	32%	10%	27%	19%	11%	1%	100%
ZP VG3	59	2.401	416	20	422	83	3.401
	2%	71%	12%	1%	12%	2%	100%

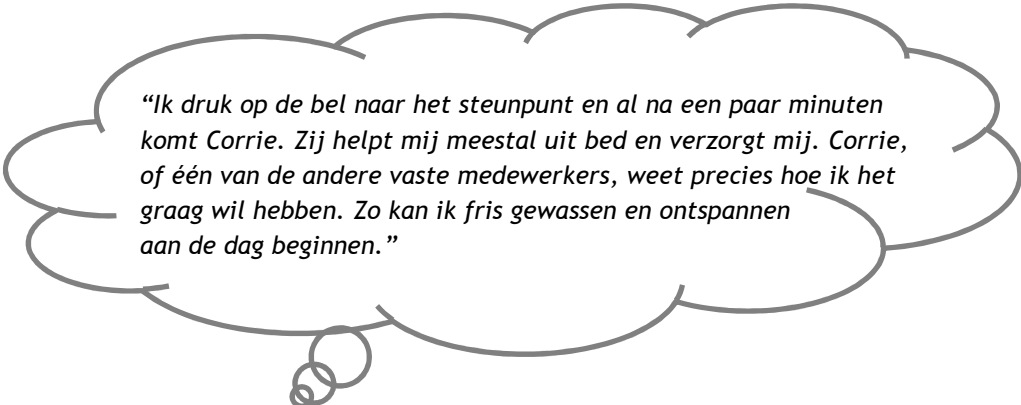
Tabel 6. Mate van integraliteit bij verzilvering van ZP VV4 en VG3 in extramurale functies, bron: AZR College voor zorgverzekeringen, peildatum 1 juni 2013

Uit tabel 6 komt naar voren, dat bij 57% van de cliënten die ZP VV4 extramuraal geleverd krijgt sprake is van een combinatie van de functies Persoonlijke Verzorging en Begeleiding. Voor ZP VG3 komt een ander beeld naar voren: de meerderheid van de cliënten ontvangt alleen Begeleiding en 25% krijgt Persoonlijke Verzorging met Begeleiding. Uit AZR zijn geen afzonderlijke gegevens te analyseren die iets zeggen over de behoefte aan toezicht en structuur. Dat zijn in principe aspecten die impliciet in de ZP-indicatie zitten; de cliënt heeft een ZP-indicatie geïndiceerd gekregen vanwege de behoefte aan permanent toezicht of zorg in de nabijheid.

De cliëntkenners geven aan van mening te zijn dat dementerende cliënten met VV 4 vaak zowel persoonlijke verzorging als begeleiding individueel ontvangen en het om die reden voor deze groep goed is als integrale zorg kan worden aangeboden. Bovendien geven de cliëntkenners aan dat deze zorg heel vaak door dezelfde professional wordt uitgevoerd, omdat het in eerste instantie gaat om het aansturen/stimuleren van ADL-activiteiten (=functie Begeleiding) en in sommige gevallen sprake is van overname (=functie Persoonlijke Verzorging). Op grond van voorgaande is het daar waar dat met elkaar verbonden is bij de zorg en ondersteuning van een individuele cliënt wenselijk om persoonlijke verzorging en begeleiding in samenhang te bieden. Voor cliënten die persoonlijke verzorging ontvangen is het wenselijk dat zij met regelmaat contact hebben met de benodigde specialisten uit de 1e en/of 2e lijn ter signalering en preventie.

ZZP VG3 cliënten ontvangen vooral begeleiding en meestal is geen sprake van overname van persoonlijke zorg of verpleging. Wanneer dit wel aan de orde is, is het ook hier gewenst dat dezelfde professional alle begeleiding en verzorging kan bieden. Met betrekking tot deze cliënten geven de experts wel aan dat vanwege alle veranderingen in het Sociaal Domein zich nu de mogelijkheid voordoet om de noodzakelijke samenhang van zorg, ondersteuning en dagbesteding/onderwijs/werk voor deze groep cliënten goed te organiseren. De integraliteit richt zich hier dus op de verbinding tussen de diverse domeinen in het Sociaal Domein.

Met integrale zorg wordt niet per se bedoeld dat alle zorg door één professional wordt uitgevoerd, maar wel dat één professional de noodzakelijke samenhang van zorg (met de Zvw en straks Wmo), ondersteuning (gepland en ongepland) en dagbesteding/onderwijs/werk voor deze cliënten bewaakt. Zie ook de randvoorwaarden voor de coördinatie en uitvoering van de zorg en ondersteuning in bijlage 5. De mensen uit het veld geven aan dat voor de cliënten met een ZZP VV4 en VG3 die thuis kunnen blijven wonen een sociaal wijkteam en/of een wijkverpleegkundige met VV respectievelijk VG kennis dit goed kunnen vervullen (bijvoorbeeld volgens de nieuwe aanspraak wijkverpleging). Daarvoor is afstemming tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten voor deze groep van belang.



“Ik druk op de bel naar het steunpunt en al na een paar minuten komt Corrie. Zij helpt mij meestal uit bed en verzorgt mij. Corrie, of één van de andere vaste medewerkers, weet precies hoe ik het graag wil hebben. Zo kan ik fris gewassen en ontspannen aan de dag beginnen.”

6. Kenmerken en criteria grens Wmo, Zvw en Wlz

Cliënten kunnen thuis blijven wonen met behulp van zorg en ondersteuning (in de nieuwe Wmo), als de cliënt geen permanent toezicht nodig heeft of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, of als de steunstructuur die toezicht en zorg in de nabijheid overneemt. Daarnaast kan de cliënt thuis blijven wonen als wordt voldaan aan de in de vorige hoofdstukken gewenste voorwaarden en integrale zorg en ondersteuning.

Permanent toezicht in nieuwe Wet Langdurig Zorg (Wlz): tekst uit concept wetsvoorstel die op 10 september 2013 ter consultatie aan veldpartijen is voorgelegd.

Permanent toezicht als aanspraak in de wet (art. 3.1.1)

1. Een verzekerde heeft aanspraak op langdurige intensieve zorg indien hij, volgens een op zijn aanvraag door het CIZ vastgesteld indicatiebesluit, 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, of
- b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat de verzekerde zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel te voorkomen,
 - 1° door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname bij zelfzorg nodig heeft, of
 - 2° door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.

Definitie permanent toezicht in de wet

- b. permanent toezicht: onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende de gehele dag dat tijdig ingrijpen mogelijk maakt;

Definitie ernstig nadeel in de wet

- c. ernstig nadeel: nadeel voor de verzekerde, hetgeen bestaat uit het te verwachten risico dat de verzekerde:
 - 1° zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten;
 - 2° zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen;
 - 3° met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept;
 - 4° ernstig lichamenlijk letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamenlijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen;
 - 5° 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;
 - 6° de algemene veiligheid van personen of goederen bedreigt;

In veel gevallen betekent het dat - als de steunstructuur niet wordt meegewogen in de toelating voor de Wlz - veel volwassen cliënten die nu de zorg thuis regelen (en dus naar de Wmo kunnen) op basis van alleen cliëntkenmerken voldoen aan de toelatingscriteria tot de Wlz en geen beroep kunnen doen op de Wmo. Overigens kan de cliënt de zorg dan wel thuis ontvangen via een PGB of VPT.

Trainingshuizen VG

De nieuwe instroom VG3 betreft vooral jongeren, die uit huis gaan, omdat zij op zichzelf willen wonen of niet meer bij hun ouders kunnen wonen. Wanneer zij goed worden getraind in bijvoorbeeld trainingshuizen is de verwachting dat in de toekomst meer cliënten met een zorgvraag vergelijkbaar aan ZZP VG 3 thuis kunnen wonen, ondersteund door diverse ondersteuningsvormen vanuit de nieuwe Wmo (zoals een steunpunt in de buurt). Er wordt daarom door de experts gepleit om ook de trainingshuizen onder het gemeentelijk domein (de Wmo of Jeugdwet) te laten vallen.

Integrale zorg

Zoals in hoofdstuk 5 aangegeven is er bij deze cliënten behoefte aan integrale zorg. In de het concept wetsvoorstel Wmo 2015 is dit ook verwoord.

Maatschappelijke ondersteuning in nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo): tekst uit concept wetsvoorstel die op 16 augustus 2013 in het kader van de consultatie met veldpartijen is gedeeld.

Definitie maatschappelijke ondersteuning (art. 1.1.1)

- maatschappelijke ondersteuning:

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

Zo lang mogelijk thuis en integraliteit in de gewijzigde Wmo (art. 2.1.2)

- 1. De gemeenteraad stelt periodiek een plan vast met betrekking tot het door het gemeentebestuur te voeren beleid met betrekking tot maatschappelijke ondersteuning.
- 2. Het plan beschrijft de beleidsvoornemens op het gebied van door het college te nemen besluiten of te verrichten handelingen die erop gericht zijn <...>
- 3. Het plan is erop gericht dat:
 - a. cliënten zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kunnen blijven;
 - b. cliënten die beschermd wonen of opvang ontvangen, zo spoedig mogelijk weer in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving.
- 4. In het plan wordt bijzondere aandacht gegeven aan:
 - a. een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen;
 - b. de samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders als bedoeld in de Zorgverzekeringswet met het oog op een zo integraal mogelijke dienstverlening;
 - c. keuzemogelijkheden tussen aanbieders voor degenen aan wie een maatwerkvoorziening wordt verstrekt, in het bijzonder voor kleine doelgroepen;
 - d. de toegankelijkheid van voorzieningen, diensten en ruimten voor mensen met een beperking.

Bovenstaande omschrijving in de Wmo laat zien dat er vanuit de Wmo aanknopingspunten zijn voor een integraal palet aan diensten die cruciaal zijn voor cliënten die straks niet meer voor een verblijfsindicatie in aanmerking komen.

We merken op dat wanneer de integrale zorg in de Wmo en Zvw niet goed is geregeld in de thuissituatie, voor VV4-cliënten de neiging zal ontstaan om mogelijk toch weer toegang te krijgen tot de Wlz waar integrale zorg geboden wordt en cliënten via een VPT toch thuis kunnen blijven. Clientkenners geven aan dat mensen met een indicatie voor ZZP VV 4 ook in aanmerking kunnen komen voor VV 5, maar dat men een dergelijke indicatie niet heeft aangevraagd omdat men terughoudend is met het diagnosticeren van PG.

7. Conclusie

In dit onderzoek zijn we op zoek gegaan naar de voorwaarden waaronder mensen die nu een ZP VV4 of VG3 ontvangen straks 'thuis' (buiten een intramurale setting) met ondersteuning (professioneel en informeel) kunnen wonen. Beperkend in het onderzoek is dat we antwoorden hebben gezocht bij cliënten die nu een ZP VV4 of VG3 hebben. Dit is niet de toekomstige groep die te maken gaat krijgen met de extramuralisatie. Bovendien verandert het zorglandschap en het Sociaal Domein de komende jaren. Dit heeft naar verwachting effect op de mogelijkheden voor de mensen die een zorgvraag gaan hebben vergelijkbaar met VV4 en VG3.

Door een combinatie van deskresearch, data-analyse en gesprekken met diverse experts is duidelijk geworden, dat er thuis veel mogelijk is, maar wel onder de randvoorwaarden in tabel 7:

Randvoorwaarden	VV4	VG3
Cliëntgebonden	<ul style="list-style-type: none"> De cliënt is geen gevaar voor zichzelf of omgeving. De cliënt heeft een zinvolle dagbesteding/dagstructuur. De cliënt heeft ziekte-inzicht (weet hulp en ondersteuning te vinden en maakt hier indien nodig gebruik van). Voor somatische cliënten is het van belang dat ze zelf kunnen alarmeren en enige tijd (30 minuten) kunnen wachten op hulp. <p>Cliënten die niet voldoen aan (één of meer van) bovenstaande randvoorwaarden, maar wel thuis wonen, beschikken over een stabiele steunstructuur - vaak in de vorm van mantelzorg - die de gevraagde randvoorwaarden schept en toezicht biedt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cliënt is geen gevaar voor zichzelf of zijn omgeving. Er is sprake van een vast dagritme of dagstructuur door bijvoorbeeld (on)betaald werk, dagbesteding, school of vrije tijdbesteding. Cliënt heeft inzicht in zijn situatie. Hij weet wanneer hij hulp moet vragen en vraagt om hulp indien nodig. Deze hulp hoeft niet acuut te worden geboden. De cliënt is zelf in staat om contacten aan te gaan en deze te onderhouden. De cliënt beschikt over enige mate van assertiviteit en is in staat om grenzen aan te geven en voor zichzelf op te komen. <p>Cliënten die niet voldoen aan bovenstaande randvoorwaarden, maar wel thuis wonen, beschikken over een stabiele en actieve steunstructuur, vaak in de vorm van geclusterd wonen, dat de gevraagde randvoorwaarden schept en toezicht biedt.</p>
Fysiek	<ul style="list-style-type: none"> Bekende omgeving. Veilige omgeving (afsluiting van gas, mogelijkheid tot sluiten van deuren). Toepassing van technologie om toezicht te creëren. 	<ul style="list-style-type: none"> Een veilig en schoon huis. Bekende en vertrouwde omgeving
Organisatiegebonden	<ul style="list-style-type: none"> Alarmering met 24-uurs professionele achterwacht (ook 's nachts). Integrale afstemming tussen de mantelzorg, zorg (1e en 2e lijn) en ondersteuning. Stabiele steunstructuur. 	<ul style="list-style-type: none"> Integrale uitvoering zorg een ondersteuning op alle levensdomeinen. Een vast gezicht (één coördinator). Cliënten worden regelmatig gezien. 24 uren beschikbare (professionele) ondersteuning ((beeld)bellens of steunpunt in de buurt). Stabiliteit en continuïteit steunstructuur.

Tabel 7. Randvoorwaarden 'thuis' wonen voor cliënten met VV4 en VG3

Het verschil tussen cliënten die thuis wonen en cliënten die intramuraal wonen wordt vooral bepaald door het feit dat de intramuraal wonende cliënten behoefte hebben aan een professionele vorm van permanent toezicht of zorg in de nabijheid.

De zorg die cliënten ontvangen die nu al met een VV4 'thuis' wonen bestaat voor het grootste gedeelte uit begeleiding en ADL-ondersteuning (persoonlijke verzorging). Daarnaast is veelal sprake van dagbesteding voor het bieden van structuur aan de cliënt en ontlasting van de mantelzorg. In bijna alle gevallen ontvangen de cliënten huishoudelijke hulp en maken ze regelmatig gebruik van maaltijdvoorzieningen. Er is bijna altijd de mogelijkheid om te alarmeren en gebruik te maken van 24-uurs professionele achterwacht voor onplanbare zorg (ook 's nachts). Een EVV'er of verpleegkundige zorgt voor de integrale afstemming tussen de mantelzorg en professionele zorg en ondersteuning. Naast de zorg en ondersteuning bieden vaak mantelzorgers een stabiele steunstructuur. Wijkteams en goede integrale samenwerking tussen zorgaanbieders en welzijnsorganisaties kunnen bijdragen aan een goede steunstructuur.

Cliënten met een VG3 die nu al 'thuis' wonen ontvangen vanuit de AWBZ over het algemeen alleen begeleiding (individueel en groep). De begeleider komt een aantal keren in de week en is erop gericht om te helpen bij het aanbrengen van structuur, de cliënt te stimuleren tot activiteiten en de cliënt zijn eigen (on)mogelijkheden te laten erkennen. Het is van belang dat deze elementen van de begeleiding in gezamenlijkheid worden uitgevoerd op alle levensdomeinen via één integraal plan. Daarnaast is een vast gezicht van groot belang, want er is bij deze cliënten tijd nodig om vertrouwen te winnen. De cliënten kunnen thuis blijven, omdat ze altijd terug kunnen vallen op (professionele) ondersteuning, die 24 uur per dag (ook ongepland) beschikbaar is. Naast de ondersteuning is de aanwezigheid van een stabiele en actieve steunstructuur essentieel: door ouders (jongere cliënten) of geclusterd wonen (jongeren en oudere cliënten).

Uit AZR cijfers blijkt dat nu al een aantal cliënten met een ZP VV4 of VG3 thuis woont. Bovendien zijn er op dit moment ook mensen met vergelijkbare beperkingen die geen ZP-indicatie hebben, maar een indicatie voor extramurale zorg. De verwachting is dat dit aantal in de toekomst hoger kan worden, omdat meer wordt geïnvesteerd in langer thuis wonen. De voorstellen in de Wmo 2015 en de aanspraak wijkverpleging zetten in op het bieden van zorg en ondersteuning in de nabijheid van mensen. Voor zowel de cliënten met een ZP VV4 als cliënten met een ZP VG3 geldt dat de aanwezigheid van een stabiele steunstructuur essentieel is om langer thuis te kunnen blijven. Het is daarom van belang om de komende tijd veel aandacht te besteden aan de wijze waarop die steunstructuur informeel en professioneel kan worden vormgegeven. Hierbij zijn adequaat cliëntondersteunings- en mantelzorgbeleid (waaronder respijtvoorzieningen) vanuit gemeenten onontbeerlijk.

Bijlage 1. Literatuurlijst

- Indicatielijst CIZ (inclusief de wijzigingen voor de extramuralisering van enkele ZZP's per 2013).
- Brief hervorming langdurige zorg en bijlage (staatssecretaris Van Rijn, 25 april 2013).
- ZZP-VG3 Zelfstandigheid en gezondheid van 50-plussers, geïndiceerd voor ZZP-VG3: een analyse op basis van de studie Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (GOUD) (Heleen Evenhuis & Heidi Hermans, Erasmus UMC, 2013).
- Factsheet gehandicaptenzorg van AWBZ naar Wmo (VGN, juli 2013).
- ActiZ Deltaplan Ouderenzorg (september 2012).
- Model Wijkgericht werken, Interzorg (Dock4 & Organisatieadvies in Zorg, 2012).
- Mogelijkheden voor preventie van AWBZ-gebruik: netwerken van zelfstandig wonende ouderen (LASA, 2011).
- Grijs is niet zwart wit. Ambities van 55+ (Medical Delta, 2013).
- ZZP VV01-VV04 in de thuissituatie; randvoorwaarden, toerusting zorg- en ondersteuningsaanbod en aanvullend beleid (bureau HHM, 2012).
- Effectmeting Volledig Pakket Thuis (bureau HHM, 2012).
- Volledig Pakket Thuis in de praktijk; inventarisatie naar de invulling van VPT in de ouderen- en gehandicaptenzorg (bureau HHM, 2010).
- Overheveling functie verpleging naar Zvw: een onderzoek naar de samenstelling en de omvang van deze doelgroep (bureau HHM, 2010).
- Effecten van de invoering van ZZP's voor PGB budgethouders (bureau HHM, 2008).

Bijlage 2. Deelnemende organisaties veldonderzoek

V&V

- Amaris Zorggroep
- Stichting Elisabeth
- Stichting de Wielborgh
- Surplus Zorg
- Zuidzorg

VG

- Abrona
- Amarant
- ASVZ
- De Twentse Zorgcentra
- Stichting Philadelphia Zorg
- Stichting Odion

Bijlage 3. Deelnemers expertmeetings

V&V

Organisatie	Deelnemer
Achmea Zorgkantoren	Bert Zweerts
CZ Zorgkantoren	Katinka Geppaart
CIZ	Henk Veltkamp
Actiz	Hillie Beumer
Surplus Zorg	Martin Brouwers
Florence	Bernadette Michels
ZZG Zorggroep	Linda van den Boogaard
Meander Groep Zuid Limburg	Tosca Steinbusch
Meander Groep Zuid Limburg	René van Rooijen
ActiVite	Pieter de Jong
Amaris	Wilma van Duijn
VWS	Roland Beukers
Groene Kruis Domicura	Rosie Middens

VG

Organisatie	Deelnemer
Promens Care	Kees Bouma
ZN	Annika van der Heiden
's Heeren Loo Zorggroep Midden Nederland	Corine Postma
's Heeren Loo Zorggroep Midden Nederland	Diana Codfried
Abrona	Monique Moen
CIZ	Henk Veltkamp
VGZ	Martine van der Stelt
Stichting Philadelphia Zorg	Henk Stoel
Stichting Odion	Griet Sman
Stichting Odion	Elles Smit
Platvorm VG	Dorien Kloosterman
Zozijn	Henk Loman
Aveleijn	Femke Weegerink-Adolfsen
VWS	Roland Beukers
Menzis Zorgkantoren	Nico Moorman

Bijlage 4. Beschrijving zorgzwaartepakketten

ZP 4 VV				Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging			
Cliëntprofiel							
<p>Deze cliëntgroep heeft intensieve begeleiding gecombineerd met uitgebreide verzorging in een beschutte omgeving. De reden hiervoor kan verschillend zijn.</p> <p>De cliënten hebben ten aanzien van hun <i>sociale redzaamheid</i> betreffende veel aspecten hulp nodig, zoals bij de communicatie, het nemen van besluiten, communicatie en het uitvoeren van taken. Ze kunnen niet of nauwelijks zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijk leven.</p> <p>De cliënten hebben ten aanzien van alle <i>psychosociale/cognitieve functies</i> behoefte aan hulp, toezicht of sturing, omdat de cliënten veel beperkingen hebben met betrekking tot vooral denken en geheugen, oriëntatie en concentratie.</p> <p>Ten aanzien van de verschillende aspecten van <i>ADL</i> hebben de cliënten veelal toezicht en stimulatie nodig, omdat de cliënt beperkingen heeft waardoor er ondersteuning nodig is bij kleine verzorgingstaken, wassen en kleden.</p> <p>De cliënten hebben ten aanzien van <i>mobilititeit</i> veelal toezicht of stimulatie nodig. Binnenshuis kan de cliënt zich beperkt zelfstandig bewegen. Betreffende het verplaatsen buitenshuis is in het algemeen hulp of overname van zorg nodig.</p> <p>Cliënten kunnen een kwetsbare gezondheid hebben vanwege een chronische ziekte die voortdurende <i>verpleegkundige aandacht</i> vereist.</p> <p>Bij deze cliënten kan sprake zijn van enige <i>gedragsproblematiek</i> waarbij af en toe hulp, toezicht of sturing nodig is. Bij deze cliënten kan ook <i>psychiatrische problematiek</i> voorkomen, vooral passief van aard.</p> <p>De <i>aard van het begeleidingsdoel</i> heeft vaak betrekking op begeleiding bij achteruitgang, maar kan ook stabilisatie zijn. De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag. De <i>zorgverlening</i> is voortdurend in de nabijheid te leveren. Het <i>beperkingenbeeld</i> van deze cliënten verandert langzaam tot snel.</p> <p>De <i>dominante grondslag</i> voor dit cliëntprofiel is meestal een psychogeriatrische of somatische ziekte/aandoening (zie voorbeelden).</p> <p>Voorbeelden van <i>cliëntgroepen</i> zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cliënten met een matig dementieel syndroom. • Bewoners met PG meerzorg in het verzorgingshuis. • Cliënten die door ouderdom een verzorgingsbehoefte hebben gekregen naast bestaande langdurende psychiatrische problematiek. • Personen die in samenhang met de fysieke verzorgingsbehoefte extra begeleiding nodig hebben vanwege ernstige zintuiglijke beperkingen (doof- en/of blindheid op latere leeftijd). 				<p>Gemiddelde scores beperkingen</p>			
				Aard van de psychiatrische problematiek			
				Aard van het begeleidingsdoel			
Functies en tijd per cliënt per week							
Woonzorg			Dagbesteding		Behandelaars (BH)		Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZP.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 11,0 tot 13,5 uur	
	Ja	Ja	ja				
Verblijfskenmerken							
Setting: beschut wonen.							
Nachtdienst: wakende wacht.							
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.							

ZZP 3 VG Wonen met begeleiding en verzorging

Cliëntprofiel

Deze cliëntgroep functioneert sociaal beperkt zelfstandig. De cliënten wordt een veilige en vertrouwde leef- en woonomgeving geboden. Het tijdsbesef is beperkt. De ondersteuning is gericht op het stimuleren van de zelfredzaamheid bij het uitvoeren van taken en op regievoering over het eigen leven.

Ten aanzien van *sociale redzaamheid* hebben de cliënten in het algemeen hulp nodig. Op het gebied van schriftelijke communicatie en besluitnemings- en oplossingsvaardigheden is soms ook overname nodig. Bij het uitvoeren van complexere taken is vrijwel altijd overname nodig.

Met betrekking tot de *psychosociale/cognitieve functies* hebben de cliënten af en toe of vaak hulp, toezicht of sturing nodig. De oriëntatie met betrekking tot ruimte en personen is gelegen in de voor de cliënt bekende omgeving en personen. Met name ten aanzien van concentratie, geheugen en denken, en ten aanzien van het psychosociaal welbevinden is vaak hulp nodig.

Met betrekking tot *ADL* hebben cliënten regelmatig behoefte aan toezicht en stimulatie. Bij de kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels, huid en bij het wassen kan soms behoefte zijn aan enige hulp.

Ten aanzien van *mobiliteit* is doorgaans geen hulp nodig. In de vaste vertrouwde omgeving kan de cliënt zich oriënteren. Er kan wel behoefte zijn aan toezicht of stimulatie bij het verplaatsen buitenshuis.

Bij deze cliënten is doorgaans geen sprake van *verpleging*.

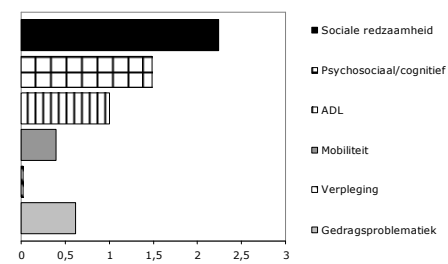
Bij deze cliënten is niet of in geringe mate sprake van *gedragsproblematiek* en *psychiatrische problematiek*.

De *aard van het begeleidingsdoel* is doorgaans gericht op stabilisatie of ontwikkeling. Dit uit zich in begeleiding gericht op opvoeding en het zo mogelijk deelnemen aan het maatschappelijk leven.

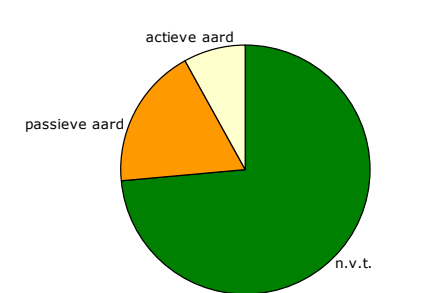
De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid te leveren.

De *dominante grondslag* voor dit cliëntprofiel is meestal een verstandelijke handicap (functiestoornis).

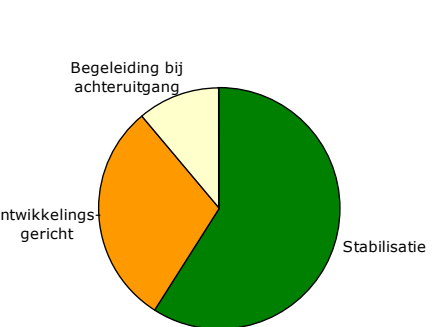
Gemiddelde scores beperkingen



Aard van de psychiatrische problematiek



Aard van het begeleidingsdoel



Functies en tijd per cliënt per week

Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Indien dagbesteding: Gem. aantal dagdelen: 9 Gem. groepsmaat: 7	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Exclusief dagbesteding: 10,5 tot 13,0 uur Inclusief dagbesteding: 15,0 tot 18,5 uur
	Ja	Ja	Nee			

Verblijfskenmerken

Setting: beschermd verblijf.
Nachtdienst: wakende of slapende wacht.
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.

Bijlage 5. Randvoorwaarden voor zorg thuis, gebaseerd op deskresearch en veldonderzoek

- = Algemeen
- = Specifiek cliënten ZP VV4
- = Specifiek cliënten ZP VG3

Hoewel de randvoorwaarden zijn onderscheiden naar ZP VV4 en ZP VG3 hebben de experts aangegeven, dat diverse randvoorwaarden die voor ZP VV4 cliënten zijn aangegeven ook van toepassing kunnen zijn voor cliënten met ZP VG3 en omgekeerd.

Cliëntgebonden factoren
<ul style="list-style-type: none"> Stabiele psychische draagkracht Accepteert de zorg (geen zorgmijder) Het hebben van een vorm van (zinvol en gewenst) werk of dagbesteding in de nabijheid Geen ernstige comorbiditeit Voldoende copingmechanismen Kan zich oriënteren in tijd en omgeving
<ul style="list-style-type: none"> Stabiele psychische draagkracht Accepteert de zorg (geen zorgmijder) Het hebben van een vorm van (zinvol en gewenst) werk of dagbesteding in de nabijheid Geen ernstige comorbiditeit Voldoende copingmechanismen Kan zich oriënteren in tijd en omgeving
<ul style="list-style-type: none"> Kan voldoende communiceren om begeleidingsvraag tijdig en adequaat te stellen (met of zonder hulp) Kan begeleidingsvragen beperken en uitstellen Accepteert begeleiding en ondersteunende hulp Kan zichzelf vermaken, neemt initiatief om zelf zijn vrije tijd in te vullen, kan gedeelte van de dag alleen zijn, kan zich redden met een duidelijke dagindeling Is (minimaal te voet) verkeersveilig Stabiele psychische draagkracht Financiële draagkracht Niet/weinig beïnvloedbaar voor criminaliteit, verslaving, internet, seksualiteit, etc. Kan adequaat alarmering bedienen (cognitieve prikkel) Vormt geen gevaar voor zichzelf of omgeving Opname bij crisissituatie mogelijk Gezondheid en conditie op peil (geen passiviteit) Enig ziekte/beperkings-inzicht en leervermogen Kan omgaan met onverwachte wijzigingen in directe omgeving Heeft dagbesteding of werk waaraan hij/zij maatschappelijke status ontleent Is in staat gebruik te maken van sociale omgeving (in wonen, werk en vrije tijd) Is op jonge leeftijd vertrouwd geraakt met zelfstandig wonen en hier goed op voorbereid middels training Kan zelf voor maaltijd zorgdragen Heeft zelf de regie Kan redelijk zelfstandig eigen huishouding voeren

Omgevingsfactoren
Sociale omgeving
<ul style="list-style-type: none"> • Mantelzorg aanwezig/nabij, stabiel en voldoende draagkracht • Sterk sociaal systeem/netwerk
<ul style="list-style-type: none"> • Emotionele steun • (particuliere) Hulp bij huishouding • Inzet domotica voor contacten • Ondersteuning mantelzorgers, bv. bij daginvulling, met respijtzorg, logeren/tijdelijk verblijf, zorg op afstand, cursussen en technologie • Mantelzorger is op de hoogte van (uiting van) ziektebeeld cliënt • Gevoel van veiligheid voor mantelzorgers
<ul style="list-style-type: none"> • Stabiele (familie)relatie om zwerfgedrag (dwalen, weglopen) te voorkomen • Netwerk thuis; betrokken vader/moeder, broers en zussen • Breed sociaal netwerk dat de cliënt kan onderhouden • 'Goede buurt' die de cliënt accepteert • Emotionele steun • (particuliere) Hulp bij huishouding • Inzet domotica voor contacten • Veilige omgeving
Fysieke omgeving
<ul style="list-style-type: none"> • Woning ruim, (rolstoel)toegankelijk, licht • Veilige en bekende omgeving (ivm verlies dag-nacht ritme, dwaalgedrag, decorumverlies) door bijvoorbeeld alarmeringssysteem en korte responstijd • Inzet domotica; beeldtelefoon, GPS-systeem • Ontmoeting te bereiken op 'pantoffelafstand' • Goede afspraken met woningcorporaties over adequate en goed gesitueerde woningen • Hulpmiddelen en kleine aanpassingen in huis
<ul style="list-style-type: none"> • Appartement dichtbij woonzorglocatie • Steunpunt op loopafstand • Toegankelijke woning • Veilige omgeving
Voorzieningen en diensten
<ul style="list-style-type: none"> • Inzet vrijwilligers voor opwarmen maaltijd, artsenbezoek, etc.
<ul style="list-style-type: none"> • Hulp bij post en financiën, eventueel door bewindvoering

Organisatiegebonden factoren	
Coördinatie	
<ul style="list-style-type: none"> • Ketenzorg; andere disciplines, zoals huisarts en wijkverpleegkundige betrekken • Multidisciplinaire afstemming • Afstemming met andere aanbieders • Centraal vraag-aanspreekpunt in nabijheid en 24/7 te bereiken (telefonisch en indien nodig F2F) • Continuïteit zorg en afspraken over verantwoordelijkheden • Natuurlijke verbinding tussen en afstemming met mantelzorgers, vrijwilligers, professionele zorg 	
<ul style="list-style-type: none"> • Vinger aan de pols, casemanagement • Kennis sociale kaart • Integraal dossier 	
<ul style="list-style-type: none"> • Betrokken werkgever; begeleiding bij werk, dagbesteding • Vinger aan de pols, casemanagement, regierol bij persoonlijk begeleider; één contactpersoon en één plan 	
Uitvoering	
<ul style="list-style-type: none"> • Uitvoering door zo min mogelijk zorgverleners, vaste gezichten • Zorgverlener werkt oplossings- en vraaggericht (verantwoordelijkheid en handelingsvrijheid laag in organisatie) • Borging kwaliteit, gekwalificeerd personeel • Structuur en toezicht bieden • Flexibel; snelle reactie, onplanbare zorg • Geen overschatting eigen regie cliënten 	
<ul style="list-style-type: none"> • Inzet eerstelijns medische deskundigheid • Nabijheid multidisciplinaire behandeling • Aandacht voor welbevinden, ontmoeting, dagstructuur, geheugenproblematiek, preventieve behandeling chronische aandoeningen, eenzaamheid & depressiviteit, activeren en betrekken mantelzorg • Inzet Specialist Ouderen Geneeskunde • Komen tot diagnostiek in de eerste lijn (diagnostiek maakt aanpak oorzaken of bestrijding symptomen minder complex) • Continuïteit van zorg (en waarborg daarvan) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ondersteuning eerstelijns door arts (AVG) en andere disciplines • Digicontract met Vpad of beeldtelefoon • Stimulering inname en toezicht medicatie en stimulering gezond leven • Vast gezicht, op vaste tijden voor vaste taken • Mogelijkheid tot onplanbare zorg • Aandacht voor welbevinden, ontmoeting/netwerk, dagstructuur, eenzaamheid, activeren en betrekken mantelzorg, aangaan en behouden sociale contacten • Gericht op coaching en niet op de overname van taken 	