

# Informatiekaart 1



## 2015: het jaar van veranderingen

**De transities in zorg en ondersteuning hebben heel wat voeten in de aarde. Gemeenten hebben er veel nieuwe verantwoordelijkheden en taken bij gekregen. Ze krijgen de opdracht zorg en ondersteuning adequater en effectiever vorm te geven, zodat mensen langer zelfstandig thuis kunnen wonen. Dat heeft niet alleen voor gemeenten directe gevolgen. Ook zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere betrokken partijen zijn druk bezig met de nieuwe eisen en opdrachten. De overheid verwacht ook iets van de burger: iedereen met een hulpvraag wordt aangesproken op zelfredzaamheid.**

### Transities in 2015

De overheid heeft een cultuuromslag op de agenda gezet: burgers zullen meer verantwoordelijkheid moeten nemen over hun eigen zorgvraag en behoeften, gemeenten en zorgverzekeraars krijgen veel meer te zeggen en zorgaanbieders gaan op een andere manier zorg verlenen. De belangrijkste transitie in de onderliggende wetgeving is het opheffen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Een groot deel van de zorg en ondersteuning die onder de AWBZ valt, is overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Jeugdwet. Een kleiner deel van de AWBZ gaat over in diens opvolger: de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz). De doelgroep van de Wlz is daarmee kleiner dan deze was onder de AWBZ en beperkt zich tot kwetsbare ouderen en mensen met een beperking die blijvend 24 uur per dag zorg en/of permanent toezicht nodig hebben. De nieuwe wetsvoorstellen zijn eind 2014 aangenomen.

De transities worden ook gekenschetst door bezuinigingen. Op onderdelen zullen gemeenten het met minder geld moeten doen dan vanuit de AWBZ beschikbaar was. Zorg moet toegankelijk en betaalbaar blijven. Het doel is ook om onnodige zorg te voorkomen en daarmee kosten te besparen. In 2015 gaan gemeenten en zorgverzekeraars samen verder met het organiseren en regelen van een groot deel van alle hervormingen. 2015 is een overgangsjaar waarin steeds meer de nadruk komt te liggen op het samen ontwikkelen van een vernieuwend zorglandschap.

### De Wmo 2015

Meedoen in de samenleving en zo lang mogelijk zelfstandig wonen: dat zijn sinds de invoering van de Wmo op 1 januari 2007 de belangrijkste doelen van de wet. Gemeenten helpen burgers natuurlijk al in de situaties waarin zij daar niet helemaal in slagen. Zo krijgen mantelzorgers ondersteuning als dat nodig is, kan huishoudelijke hulp worden geregeld en kunnen burgers woningaanpassingen

### Kennisdossier Integrale zorg en ondersteuning in buurt en wijk

## Informatiekaart 1: 2015 - het jaar van veranderingen

aanvragen. De ondersteuning die wordt aangeboden onder de bestaande Wmo wordt uitgebreid. Dat betekent dat gemeenten vanaf 2015 verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van verschillende extra taken. Zij bieden bijvoorbeeld dagbesteding en begeleiding aan en verzorgen voorzieningen voor beschermd wonen. Deze verantwoordelijkheden vallen onder de vernieuwde Wmo 2015.

Onder de nieuwe Wmo hebben gemeenten de volgende taken:

- ondersteuning bij zelfredzaamheid
- ondersteuning bij participatie
- beschermd wonen en opvang
- ondersteuning mantelzorg
- onafhankelijke cliëntondersteuning.

### Cliëntondersteuning

De Wmo 2015 geeft cliëntondersteuning meer aandacht dan voorheen. De gemeente moet de burger wijzen op de mogelijkheid van onafhankelijke cliëntondersteuning die gratis en onafhankelijk is en vanuit het belang van de cliënt opereert. Er moet ondersteuning zijn voor iedereen: mensen met lichamelijke, verstandelijke en psychische beperkingen. Het gaat over hulp bij maatschappelijke ondersteuning, preventieve zorg, zorg, jeugdzorg, onderwijs, welzijn, wonen en werk en inkomen. De onafhankelijke cliëntondersteuner kan veel doen: de burger terzijde staan bij vraagverheldering, het formuleren van zijn persoonlijk plan, deelnemen aan het keukentafelgesprek, het nabespreken van het verslag van het keukentafelgesprek, helpen bij het indienen van een klacht. Als de burger denkt dat een hem door de gemeente aangereikte cliëntondersteuner niet objectief is, kan hij om een en ander vragen. Gemeenten besteden (nog) weinig aandacht aan onafhankelijke cliëntondersteuning of brengen het onder bij de sociale wijkteams. Die worden echter aangestuurd door de gemeente en bestaan uit professionals met hun eigen instellingsbelangen (zoals MEE) en zijn dus niet per se onafhankelijk.

### De nieuwe Zvw

Ook de Zvw is uitgebreid en heeft extra taken rond verpleging en verzorging aan huis die vanuit de AWBZ zijn overgeheveld. Hiermee hebben zorgverzekeraars een grotere opdracht. Nieuw in de Zvw zijn:

- wijkverpleging
- extramurale behandeling
- extramurale palliatieve zorg
- intensieve kindzorg.

De verandering die het meeste opvalt, is de rol van de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige staat nu dicht bij de huisarts en de praktijkondersteuner en levert niet alleen de zorg, maar stelt ook indicaties en coördineert de zorg rondom de cliënt. De wijkverpleegkundige heeft een spilfunctie: hij of zij gaat de verbinding leggen tussen het medische en het sociale domein. Dat gaat bijvoorbeeld door te overleggen met de huisarts, maar ook met andere hulpverleners, zoals maatschappelijk werkers of medisch specialisten. De wijkverpleegkundige kijkt samen met de zorgvrager wat nodig is aan verpleging en verzorging en schakelt dan de partijen in die deze hulp gaan bieden. Dat kan een andere wijkverpleegkundige zijn, een verzorgende of een gespecialiseerd verpleegkundige, maar bijvoorbeeld ook een casemanager dementie.

### Gevolgen voor gemeenten

Met de transities zijn zorg en ondersteuning voor een groot deel gedecentraliseerd. Gemeenten hebben daarbij vaak voor een lokale of wijkgerichte aanpak gekozen. De burger krijgt zorg en ondersteuning dicht bij huis aangeboden, dus in de eigen wijk of buurt. Op deze manier is het gemakkelijker voor burgers om langer zelfstandig thuis te wonen. Zorgaanbieders zullen daarom ook echt aanwezig moeten zijn in de wijk. Dat betekent dat ze outreachend werken en naar de burger toe komen. Behalve de keuze om meer lokaal te gaan werken, willen gemeenten ook een integrale aanpak. Door problemen van hulpvragers op verschillende leefdomeinen (bijvoorbeeld inkomen en werk, en opvoeden en opgroeien) tegelijk aan te pakken, kan de zelfredzaamheid effectief worden vergroot. Zorgaanbieders realiseren een integrale aanpak door meer te gaan samenwerken: minder eilandjes dus.

Wanneer professionele zorg of ondersteuning nodig zijn, regelt de gemeente dat. De gemeente kiest zelf een methode om de hulpvraag te verduidelijken, de situatie van de burger in kaart te brengen en hoe zij uiteindelijk ondersteuning verlenen. Er is dus veel vrijheid voor gemeenten om de lokale integrale aanpak zelf in te vullen. In de praktijk kiezen veel gemeenten voor sociale wijkteams waar mensen terecht kunnen met een hulpvraag. Wat sociale wijkteams doen, hoe ze zijn vormgegeven en hoe ze zijn samengesteld, verschilt per gemeente (zie [informatiekaart 4](#)).

#### **Aandachtspunten met betrekking tot de wijkverpleegkundige**

Het leggen van een verbinding tussen het gemeentelijke sociale domein en het medische domein van de zorgverzekeraar is nieuw voor de betrokken partijen. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben een lijst opgesteld met aandachtspunten met betrekking tot de wijkverpleegkundige. In deze focuslijst komen de volgende onderwerpen aan bod:

- De positionering van de wijkverpleegkundige: is er een wijkteam, en zo ja, is de wijkverpleegkundige dan onderdeel van dat team? Hoe is het contact en de samenwerking geregeld?
- Signalering: op welke manier staan professionals in contact met professionele en vrijwilligersorganisaties die signalen opvangen, hoe worden signalen uitgewisseld, is er duidelijkheid over het contact tussen de wijkverpleegkundigen, het wijkteam en de huisarts in de wijk, sluit de plaats waar het signaal binnenkomt aan op wie vervolgens de behoeftebepaling doet, hoe worden signalen van kwetsbare groepen opgevangen?
- Behoeftebepaling en mandaat: wie voert het keukentafelgesprek, hebben de professionals zicht op elkaars zorg- en ondersteuningsaanbod, welke methodiek wordt gebruikt en zijn hierover afspraken gemaakt, krijgt de wijkverpleegkundige een mandaat om maatschappelijke ondersteuning in te zetten?
- Coördinatie van multidisciplinaire zorg en ondersteuning: hoe wordt bepaald wie een casus coördineert, gaat er een afstemmingsoverleg aan vooraf?
- Middelen en capaciteit niet-toewijsbare wijkverpleegkundige functie: stemmen gemeenten en zorgverzekeraars af over de middelen en capaciteit voor niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg zoals signalering, overleg en collectieve preventie, wordt gekeken naar de kenmerken van de cliëntenpopulatie?
- Informatie- en kennisdeling: hoe delen gemeenten en zorgverzekeraars hun kennis over de zorgbehoeften en het zorggebruik in wijken, gemeenten en regio's, hoe delen zij informatie over het inkopen bij aanbieders die zowel zorg als maatschappelijke ondersteuning bieden?

## Informatiekaart 1: 2015 - het jaar van veranderingen

Over deze focuspunten moeten gemeenten en zorgverzekeraars elkaar in ieder geval informeren. Het kan bovendien handig zijn om over een of meerdere punten af te stemmen of afspraken te maken. Er zijn regionale transitietafels ingericht waar behalve gemeenten en zorgverzekeraars ook aanbieders en cliëntenorganisaties meepraten. De regio's waarin deze partijen elkaar treffen, mogen zelf bepalen hoe zij de wijkverpleging vormgeven. Een keuze voor het één heeft meestal ook gevolgen voor het andere punt. Zo zal een keuze voor de wijkverpleegkundige als onderdeel van het sociale wijkteam effect hebben op de wijze van signaleren, het vaststellen van de behoefte en de coördinatie.

### Inkoop wijkverpleging

2015 is een overgangsjaar. Er wordt nog op basis van de oude afspraken, maar wel onder de Zorgverzekeringswet ingekocht. Zorgverzekeraars kopen de wijkverpleging in via twee segmenten: S1 voor de coördinerende werkzaamheden (niet-toewijsbare zorg, hieronder vallen taken als signaleren, overleg en collectieve preventie met als doelgroep een wijk of buurt) en S2 voor de daadwerkelijke persoonlijke zorg (toewijsbare zorg). Voor het eerste segment is voor 2015 een beperkt budget beschikbaar: 40 miljoen euro vanuit de Zvw, tegenover 3,1 miljard voor het S2-segment. Iedere aanbieder van het wijkgerichte S1-segment moet zijn toegerust om ook taken uit het S2-segment te kunnen leveren. Het budget voor S1 is vrijgemaakt als impuls om het wijkgerichte werken tot stand te brengen. Er is ook nog een derde segment dat zich richt op het belonen van resultaten, bijvoorbeeld gezondheidsresultaten, patiënttevredenheid of zorgvernieuwing.

### Gevolgen voor de burger

Gemeenten hebben enerzijds meer taken en verantwoordelijkheden. Anderzijds hebben zij meer speelruimte. De lokale invulling van het beleid verschilt daarom per gemeente. Dat is wat onwennig en leidt tot verschillen in zorg en ondersteuning (en de budgetten daarvoor). Aan de andere kant is het ook logisch. Gemeenten hebben die vrijheid niet voor niets gekregen: door middel van wijkscans en bevolkingsinformatie van verschillende partijen (bijvoorbeeld de GGD) en de wensen van burgers zelf kunnen ze prioriteiten in gezondheid en welzijn aanstippen, afhankelijk van de behoeften van verschillende wijken of buurten. De overheid hoopt dat de zorgkosten hierdoor dalen. Die vrijheid wordt ook echt gebruikt.

Kortom, de transitie heeft ook voor de burger directe gevolgen. De burger met een hulpvraag:

- moet misschien naar een ander 'loket'
- krijgt te maken met bezuinigingen
- wordt aangesproken op eigen kracht
- zal vaker worden gevraagd een beroep te doen op het eigen sociale netwerk en de mantelzorgers.

### Er zijn nog veel vragen

De ontwikkelingen zijn in volle gang. Alle betrokken partijen werken hard aan de invulling van de nieuwe verantwoordelijkheden. Ze zoeken elkaar op en ontwikkelen uiteenlopende initiatieven. Er zijn bijvoorbeeld al veel positieve ervaringen opgedaan met de wijkverpleegkundige nieuwe stijl. Maar de transities roepen ook nog veel vragen op. Welke rol heeft de wijkverpleegkundige bijvoorbeeld in sociale wijkteams? Ontstaat er een tweedeling in de functies van de wijkverpleging? Komt de overschakeling naar de nieuwe manier van werken wel op tijd tot stand? Heeft iedere hulpverlener wel een goed zicht op de sociale kaart in de wijk? Wie betaalt de noodzakelijke aanvullende opleidingen van hulpverleners? Wie neemt de regie? [Informatiekaart 5](#) geeft verdere uitleg over de aandachtspunten.

## Informatiekaart 1: 2015 - het jaar van veranderingen

### Transities in het sociale domein: het bredere perspectief

De transities vinden niet alleen plaats in de zorg: ze maken deel uit van een breder palet aan veranderingen in het sociale domein. Zo ging op 1 januari 2015 ook de Participatiewet van start. Deze wet is de opvolger van de Wwb, de Wajong en de Wsw. De nieuwe Jeugdwet omvat de verantwoordelijkheden van gemeenten ten aanzien van de zorg aan kinderen, jongeren en hun ouders. Gemeenten nemen de taken van de provincie - onder de Wet op de jeugdzorg - over.

Ten slotte noemen we hier de Wlz. Deze wet is de opvolger van de AWBZ. Mensen die 24 uur per dag intensieve zorg en/of toezicht nodig hebben, vallen onder deze wet. Het gaat om mensen die in instellingen wonen, maar ook om mensen die ervoor kiezen thuis te blijven wonen. Dat kan echter alleen als de zorg thuis verantwoord is en als de kosten niet hoger zijn dan wanneer deze in een instelling wordt geboden. In de [infographic van Vilans](#) zijn alle veranderingen in beeld gebracht.

### Meer weten over de transities?

Kijk voor algemene informatie op de speciale website van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ([www.invoeringwmo.nl](http://www.invoeringwmo.nl)). Het ministerie heeft samen met onder andere gemeenten, zorgverzekeraars, zorginstellingen en patiënten- en cliëntenorganisaties een website gemaakt over de hervorming van de langdurige zorg ([www.hervorminglangdurigezorg.nl](http://www.hervorminglangdurigezorg.nl)). Het ministerie heeft ook een publiekswaarschuwing gemaakt voor mensen die nu (langdurige) zorg gebruiken en willen weten wat er in hun individuele geval zou kunnen veranderen ([www.hoeverandertmijnzorg.nl](http://www.hoeverandertmijnzorg.nl)).

### Verder lezen

- Programma Zichtbare Schakel:  
[www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/zichtbare-schakel-de-wijkverpleegkundige-voor-een-gezonde-buurt/algemeen/](http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/zichtbare-schakel-de-wijkverpleegkundige-voor-een-gezonde-buurt/algemeen/)
- Vilans (2014). *Infographic Hervormde zorg en ondersteuning*:  
[www.vilans.nl/Kennis-en-informatie-publicaties-infographic-hervormingen-langdurige-zorg.html](http://www.vilans.nl/Kennis-en-informatie-publicaties-infographic-hervormingen-langdurige-zorg.html)
- VNG, VWS en ZN (2014). *Focuslijst verbinding wijkverpleging en sociaal domein*:  
[http://hervorminglangdurigezorg.nl/external/files/Focuslijst\\_verbinding\\_wijkverpleging\\_en\\_sociaal\\_domein\\_LITERATUUR\\_OVERIG.pdf](http://hervorminglangdurigezorg.nl/external/files/Focuslijst_verbinding_wijkverpleging_en_sociaal_domein_LITERATUUR_OVERIG.pdf)

### Aandacht voor iedereen

Het programma Aandacht voor iedereen is opgezet om Wmo-raden en belangenbehartigers te informeren over de transitie AWBZ-Wmo zodat zij hun adviesrol beter kunnen vervullen als de gemeenten hun beleid ontwikkelen. Dit kennisdossier is samengesteld door Barbara de Groen en Inge Redeker (Vilans) in samenwerking met Mieke van der Veer (Salire - content en onderzoek) en Henk Beltman (Aandacht voor iedereen).

#### Aandacht voor iedereen

Postbus 1038, 3500 BA Utrecht, T 030 291 6622

[secretariaattransitie1@iederin.nl](mailto:secretariaattransitie1@iederin.nl), [www.aandachtvooriedereen.nl](http://www.aandachtvooriedereen.nl)