

Modernisering AWBZ ‘prikkel’t zorginstellingen

Wat betekent de modernisering van de AWBZ voor Vindicta RIBW?



Juni 2004

Afstudeeronderzoek ‘Maatschappelijk Werk en Dienstverlening’
Haagse Hogeschool te Den Haag
Begeleider: Theo van Leeuwen

Opdrachtgever: Vindicta RIBW

Eline van Slooten
20008299

VOORWOORD	3
SAMENVATTING	5
INLEIDING	7
1. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	11
1.1. GESCHIEDENIS ZORG	11
1.2. HUIDIGE ZORGVISIE	13
1.3. SAMENVATTING	14
2. VINDICTA RIBW	15
2.1. ORGANISATIE	15
2.1.1. Historie	15
2.1.2. Omvang en werkzaamheden	15
2.1.3. Organogram	15
2.1.4. Heden	16
2.2. DOELSTELLING	17
2.2.1. Doelgroep	17
2.2.2. Visie	17
2.2.3. Methodiek Vindicta	19
2.2.4. Voordeel cliënt	21
2.2.5. Wat biedt Vindicta RIBW?	21
3. MODERNISERING VAN DE ALGEMENE WET BIJZONDERE ZIEKTEKOSTEN	23
3.1. ONTSTAAN AWBZ	23
3.1.1. Verstrekkingen in het verleden	23
3.1.2. Redenen voor de modernisering	24
3.2. MODERNISERING VAN DE AWBZ	26
3.2.1. Voorbereiding modernisering AWBZ	26
3.2.2. Hoe ziet de AWBZ er nu uit?	27
3.2.3. Van hulpvraag naar zorg	29
3.2.4. Zorg in Natura of PGB	30
3.3. VERDELING VAN VERANTWOORDELIJKHEDEN EN MOGELIJKE GEVOLGEN	32
3.3.1. Zorg op lokaal niveau	32
3.3.2. Heroverwegen AWBZ-aanspraken	33
3.3.3. Toekomstbeeld	34
3.4. WETTELIJKE GRENZEN VAN DE AWBZ	35
3.4.1. Grens AWBZ en ZFW	36
3.4.2. Grens AWBZ en welzijn	37
3.5. REGIONAAL INDICATIE ORGAAN: INDICEREN	37
3.5.1. Regionaal Indicatie Orgaan (RIO)	38
3.5.2. Midden-Holland en GGZ-indicaties	39
4. FUNCTIES UITGELICHT	41
4.1 FUNCTIES VOLGENS HET RIO	41
4.1.1. Activerende begeleiding (AB)	41
4.1.2. Ondersteunende begeleiding (OB)	42
4.2. FUNCTIES VOLGENS VINDICTA	42
4.2.1. Activerende begeleiding	42
4.2.2. Ondersteunende begeleiding	43
4.3. VERSCHILLEN IN FUNCTIES TUSSEN RIO EN VINDICTA	43
4.3.1. Toelichting	44
4.4. VERKLARING VERSCHIL IN VISIE AANGAANDE FUNCTIES RIO EN VINDICTA	45
4.4.1. Formulierenset	45
4.4.2. Methodieken uit het veld	46
4.4.3. Psychiatrische problematiek	46
4.4.4. Korte versus lange termijn oriëntatie	46
4.4.5. Financiën	47
4.5. ACTIES VINDICTA	48

4.5.1. Contacten RIO	48
4.5.2. Productieafspraken	48
4.5.3. Betaling indicaties	48
5. CONCLUSIES	51
5.1. ALGEMEEN	51
5.2. VINDICTA RIBW REGIO MIDDEN-HOLLAND	52
5.2.1. Vindicta Midden-Holland springt in op ontwikkelingen	52
5.2.2. Vindicta Midden-Holland: visie en ontwikkelingen	53
5.3. TERUG NAAR DE ONDERZOEKSVRAAG	54
6. AANBEVELINGEN	57
6.1. FUNCTIEGERICHTE INDICATIE IN DE PRAKTIJK VAN VINDICTA	57
6.2. VERSTEVIGEN VAN MARKTPOSITIE	57
6.3. DE CATALOGUS	59
6.4. ALGEMEEN	59
BEGRIPPENLIJST	61
LITERATUURLIJST	62
BIJLAGEN	65

Voorwoord

Sinds augustus 2000 ben ik werkzaam bij Vindicta RIBW, een Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen¹. Vindicta beoogt mensen met chronische psychiatrische problemen te helpen bij het vinden van een weg in de samenleving. In de begeleiding is de integrale rehabilitatiebenadering uitgangspunt. Met deze visie wordt vooral gekeken naar de mogelijkheden en de wensen van de cliënt. Kortom; de mens staat centraal en niet het ziektebeeld!

In dit werkveld ben ik begonnen als 'assistent-begeleider²'. Deze functie heb ik twee jaar vervuld. Ik heb op die manier kennis kunnen maken met het werkveld 'geestelijke gezondheidszorg'. Ik heb cliënten leren kennen en me de visie van Vindicta RIBW eigen gemaakt.

In 2002 ben ik gaan werken als persoonlijk begeleider. In deze functie werk je als persoonlijk begeleider samen met de cliënt toe naar het vergroten van zijn³ zelfstandigheid. Bovendien bekijk je samen op welke wijze de cliënt een zo volwaardig mogelijke plek binnen de samenleving kan innemen.

Binnen verschillende levensgebieden kijk je samen wat de wens van de cliënt is en onderzoek je wat hij kan en wil bereiken. Er worden in het begeleidingsplan concrete doelen gesteld, stappen afgesproken en acties verdeeld. Op deze manier werkt de cliënt, bijgestaan door de begeleider, toe naar een betere kwaliteit van leven. Daarnaast leert de cliënt zijn rol in te nemen in de maatschappij; de rol van burger, vriend, werknemer, vrijwilliger, etc.. Hij ontdekt dat hij er mag zijn en gewaardeerd wordt om wie hij is.

Ten slotte leert de cliënt steeds meer zichzelf staande te houden in de maatschappij. Hij ontdekt hoe hij keuzes kan en mag maken en hoe hij met anderen kan omgaan. Hij leert zijn eigen functioneren te verbeteren en achteruitgang tegen te gaan. Zijn zelfstandigheid en participatie in de samenleving groeit.

In het werk dat ik doe, heb ik mensen met een psychiatrische handicap ontmoet. Mensen, zo mag ik wel zeggen, die vechten voor wat ze waard zijn en de moed niet opgeven. Mensen die ons respect verdienen! Graag wil ik hen bedanken voor het feit dat ze mij toelaten in hun leven, zich open durven stellen en durven leren. Daarnaast wil ik hen bedanken voor het feit, dat ze mij geleerd hebben verder te kijken en open te staan voor de eigenheid van elk mens.

Ten slotte wil ik hier de gelegenheid nemen om enkele mensen te bedanken. Ik wil Arjan, mijn man, bedanken voor al zijn steuntjes in mijn rug en voor zijn bruikbare aanwijzingen. Ook wil ik Daphne Blonk en Tinka Doesburg bedanken. Zij zijn geweldige vriendinnen, die steeds luisterden naar mijn vorderingen en commentaar gaven. Ook wil ik Gerlo Sogtoen bedanken voor zijn aanwijzingen op mijn vorderingen. En Theo van Leeuwen voor zijn begeleiding vanuit school.

¹ Er is een begrippenlijst achter in het onderzoek, waarin afkortingen verduidelijkt worden

² Deze functie heet nu: woonzorgmedewerker niveau 3

³ In dit onderzoeksproject kies ik ervoor de mannelijke vorm te gebruiken om zowel de cliënt als de hulpverlener te beschrijven. Deze keuze is gemaakt om de leesbaarheid van het onderzoek te optimaliseren.

Samenvatting

Dit afstudeeronderzoek is tot stand gekomen in het kader van de deeltijdopleiding 'Maatschappelijk Werk en Dienstverlening' aan de Haagse Hogeschool te Den Haag. De opdrachtgever van dit onderzoek is Vindicta RIBW, locatie Fluwelensingel. In dit onderzoek is gekeken naar de vraag:

Hoe kan Vindicta met haar dienstverlening aansluiten bij het functiegericht indiceren van het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) en daarbij trouw blijven aan haar visie?

Bij het beantwoorden van de vraag is Vindicta regio Midden-Holland als uitgangspunt genomen.

De onderzoeksvraag komt voort uit de huidige ontwikkelingen binnen de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) en de invloed die deze hebben op de zorg zoals die door instellingen als Vindicta RIBW wordt geleverd.

Een grote verandering binnen de AWBZ is dat de zorgvraag van mensen nu in beeld wordt gebracht door een onafhankelijke, integrale indicatie uit te voeren. Deze indicatie wordt uitgevoerd door het RIO (Regionaal Indicatie Orgaan). De zorgvraag staat nu centraal en wordt uitgedrukt in zogenaamde 'functies', waarin de vorm van de benodigde zorg wordt aangegeven.

Op deze wijze beoogt de overheid het vraaggericht werken in de zorg te bevorderen en tegelijkertijd de (stijgende) kosten in de gezondheidszorg te beheersen.

Het functiegericht indiceren heeft een grote invloed op de werkwijze van zorginstellingen. Doordat de zorgbehoeften verwoord zijn in AWBZ brede functies dienen zorginstellingen hierin hun dienstverlening op aan te sluiten. Daardoor kunnen zij niet langer uitgaan van hun eigen producten en diensten, maar dienen zij in te spelen op de zorgbehoeften en wensen van de cliënt.

Vindicta heeft reeds ingespeeld op de modernisering van de AWBZ, onder meer door de ontwikkeling van een catalogus, waarin alle activiteiten en voorzieningen, die Vindicta haar cliënt kan bieden, staan weergegeven. Deze Catalogus dient tevens als overzicht voor instanties als het Zorgkantoor en het RIO (Regionaal Indicatie Orgaan).

Binnen Vindicta staat de integrale rehabilitatievisie centraal. Hierbij wordt uitgegaan van de wensen en mogelijkheden van de cliënt. Ik heb onderzocht welke invloed de modernisering van de AWBZ heeft op de dienstverlening van Vindicta en of zij ondanks al deze ontwikkelingen en wijzigingen haar rehabilitatievisie kan blijven hanteren.

Uit mijn onderzoek blijkt dat Vindicta regio Midden-Holland goed lijkt in te springen op de huidige ontwikkelingen. Zo onderhoudt deze regio nauwe contacten met het RIO, heeft zij productieafspraken gemaakt met het Zorgkantoor en afspraken over de betaling van de indicaties. Door haar actieve beleid is en blijft het mogelijk de cliënt met kwaliteit te blijven bedienen. Daarnaast is regio Midden-Holland erin mijn ogen in geslaagd om volgens de visie en huidige methodiek te kunnen blijven werken. Dit komt zowel de cliënt als Vindicta ten goede.

Wel denk ik dat er binnen de dienstverlening van Vindicta verdere verbeteringen mogelijk zijn. Deze leiden tot een verdieping en verbreding van de zorg aan de cliënt waardoor tevens de marktpositie van Vindicta verbeterd kan worden, onder meer door:

- verdere scholing van medewerkers over de modernisering van de AWBZ en de invloed daarvan op de werkzaamheden;
- de catalogus verder te laten aansluiten op de visie en de werkwijze;
- het verbeteren van zorgcoördinatie rondom cliënten;
- te onderzoeken of een eigen psychiater kan worden aangesteld;
- het aanbieden van 'regionale logeerbedden' aan zelfstandig wonende cliënten die in een tijdelijke crisis verkeren, al dan niet op basis van een advies van de intern aangestelde psychiater;
- het aangaan van samenwerkingsverbanden met gemeenten in de regio;
- op voorhand te onderzoeken of cliënten wel of niet in aanmerking komen voor de functie 'activerende begeleiding'.

Inleiding

Afstudeeropdracht

De afstudeeropdracht die nu voor u ligt, heb ik geschreven in het kader van de opleiding 'Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD)' aan de Haagse Hogeschool. Met deze opdracht rond ik de vierjarige deeltijd opleiding MWD af.

Mijn werkgever, Vindicta RIBW, locatie Fluwelensingel te Gouda, is de opdrachtgever van mijn afstudeeropdracht. Vindicta RIBW is een regionale instelling voor beschermende woonvormen en zij begeleidt mensen met psychiatrische en psychosociale problemen bij het wonen. Dat kan zowel bij de cliënt thuis (ambulante begeleiding) of in één van de beschermende woonvormen. Vindicta hanteert in haar zorgaanbod de visie 'integrale rehabilitatie'. Deze visie geldt als uitgangspunt voor het methodisch handelen van haar medewerkers. Een RIBW bevindt zich van oudsher op het grensvlak tussen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en maatschappelijke dienstverlening. De GGZ vormt in dit onderzoek dan ook een breed kader, waaronder de RIBW en haar dienstverlening aan de individuele cliënt is opgehangen.

- aanleiding van het onderzoek -

De Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) is constant in beweging. En dat betekent dat de cliënt binnen de GGZ flexibel dient te zijn. Hij kan immers niet anders dan meegaan in de stroom veranderingen. Of deze nu spelen op macro-, meso- of microniveau. Hierin lijkt de individuele cliënt geen zeggenschap te hebben. Binnen de zorgsector is er wet- en regelgeving en zijn er beslissingen, stromingen, visies en methodieken, die hun leven (kunnen) bepalen. Ik noem hier enkele.

Op macroniveau spelen er verschillende overheidsbeslissingen, die randvoorwaarden en de vorm van de zorg bepalen. Denk maar aan recente discussies over de bekostiging van de zorg, de curatieve zorg, die wellicht helemaal vergoed gaat worden uit de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) tegen onverzekerbare risico's. De zorg staat nooit stil. Ook op macroniveau speelt de individualisering in de huidige samenleving een grote rol. Men is veel meer op zichzelf teruggeworpen dan vroeger. Men kan niet langer een vanzelfsprekend beroep doen op buurman of buurvrouw, familie, vrienden, de kerk, enz.. Individualisering is voor velen wellicht prettig, maar dat het ook een keerzijde heeft, mag duidelijk zijn.

Ook zorginstellingen zijn in de loop van de tijd met hun tijd meegegaan. In de jaren '50 volgden nog veel hulpverleners voornamelijk de medische benadering. Nu staat veel meer de eigen verantwoordelijkheid van de zorgvrager centraal. En men werkt vanuit de rehabilitatievisie, waarin de zorgvrager weer een volledige plek mag gaan innemen in de samenleving.

Visies en methodieken veranderen door de tijd heen en de cliënt krijgt hiermee te maken doordat hij samenwerkt met de hulpverlener en doordat hij in contact staat met de zorginstellingen, waar hij zijn zorg 'haalt'.

Daarnaast werken instellingen samen op het gebied van zorg. Zij hebben het belang van de cliënt steeds vaker hoog in het vaandel. Aan de andere kant is er ook sprake van concurrentie en mag de cliënt steeds vaker kiezen waar hij zijn zorg 'haalt'.

Op microniveau ziet de cliënt de verschijnselen, die hierboven genoemd zijn, terug in de gesprekken met de hulpverlener. Hij wordt geïnformeerd over van alles en nog

wat en wordt steeds zelf voor keuzes gesteld. Hierin wordt de cliënt niet langer geleid, zoals in de jaren '50 en '60, maar *begeleid*.

Kortom, de cliënt ondervindt op allerlei niveaus gevolgen van nieuw beleid, veranderende visie en methodieken. Hij lijkt hierin geen keuze te hebben en wil hij geholpen worden bij zijn hulpvraag, dan dient hij mee te gaan in deze 'opgelegde stroom'.

In het kader van deze afstudeeropdracht houd ik me onder andere bezig met de modernisering van de AWBZ en het integraal functiegericht indiceren. Ook staat de dienstverlening van Vindicta RIBW centraal. Wat betekent de modernisering en hoe ziet deze eruit in de praktijk? Wat voor gevolgen dit heeft voor de dienstverlening van Vindicta en voor de cliënt binnen de GGZ komt onder meer in dit onderzoek naar voren.

- vraagstelling onderzoek -

Deze ontwikkelingen brengen ook veranderingen met zich mee voor de cliënten van Vindicta RIBW. Vindicta dient zich dus bewust te zijn van de modernisering en de mogelijkheden die dit voor haar meebrengt in het kader van zorg voor de cliënt met een psychiatrische handicap. Hoe kan Vindicta, ondanks deze 'woelige tijden' haar visie handhaven? De visie is immers het wezen van haar hulpverlening? Dit alles brengt mij tot mijn vraagstelling.

Hoe kan Vindicta met haar dienstverlening aansluiten bij het functiegericht indiceren van het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) en daarbij trouw blijven aan haar visie?

Deze vraag tracht ik in het onderzoek te beantwoorden. De vraagstelling staat echter niet op zichzelf. Belangrijke deelvragen zijn:

- Wat is Vindicta?
- Welke visie hanteert Vindicta en wat beoogt zij daarmee?
- Wat is de dienstverlening (producten) van Vindicta?

Deze deelvragen ziet u beantwoord in hoofdstuk twee.

- Wat houdt de modernisering van de AWBZ in?
 - Wat is het Regionaal Indicatie Orgaan?
 - Wat houdt integraal functiegericht indiceren in?
- Op deze deelvragen wordt ingegaan in hoofdstuk drie.

- Hoe verhouden de producten van Vindicta (opgesteld vanuit de visie) en het integraal functiegericht indiceren zich tot elkaar?

Deze vraag komt aan bod in hoofdstuk vier.

De deelvragen aangaande Vindicta en de AWBZ zijn richtinggevend en scheppen een kader voor de laatste deelvraag. Deze laatste vraag staat dan ook centraal in dit onderzoek en speelt een belangrijke rol in het beantwoorden van de vraagstelling.

Van belang is om te vermelden, dat ik me in dit onderzoek richt op de huidige cliënten van Vindicta. Het gaat veelal om mensen met een psychiatrische aandoening of handicap en zij begeven zich voor zorg binnen de Geestelijke Gezondheidszorg. Zij wonen zelfstandig of in beschermende woonvormen.

Daarnaast richt ik me bij het uitvoeren van mijn onderzoek uitsluitend op de regio Midden-Holland. De omvang van het onderzoek belet me om andere regio's binnen Vindicta RIBW mee te nemen in het project.

De aanbevelingen, die uit dit onderzoek naar voren komen, kunnen echter wel Vindicta breed worden gezien.

- doelstelling onderzoek -

In dit onderzoek hoop ik kennis te vergaren over de werkwijze van Vindicta, de producten die zij biedt en hoe regio Midden-Holland inspringt op de ontwikkelingen binnen de AWBZ.

Tevens wil ik inzicht verschaffen in de huidige ontwikkelingen en de mogelijke gevolgen van de modernisering van de AWBZ. Door aan te geven hoe de ontwikkelingen binnen de zorg verlopen, kan ik komen tot mogelijke aanknopingspunten voor Vindicta. Deze beschrijving dient dan ook in dit licht te worden gelezen.

Daarnaast richt ik me op het functiegericht indiceren door het RIO en kijk hoe Vindicta regio Midden-Holland hier haar weg in vindt. Bovendien wordt er ingegaan op de aanpak en ondernomen acties van Vindicta. Daarbij wordt gekeken naar mogelijke verbeteringen die Vindicta zou kunnen aanbrengen aan haar dienstverlening en producten.

- onderzoeksmethode -

Het onderzoek betreft een combinatie van literatuuronderzoek en zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek door middel van interviews en enquêtes. Voor het literatuuronderzoek heb ik gebruik gemaakt van verschillende gegevensbronnen, waaronder bestaande literatuur, internet, documentatie van Vindicta en teksten, beleidsnota's en reacties op kamervragen vanuit de Tweede Kamer inzake modernisering van de AWBZ. De door mij bestudeerde literatuur is opgenomen in de literatuurlijst.

Daarnaast heb ik open en semi-gestructureerde interviews gehouden met medewerkers van het RIO en van Vindicta. Tevens heb ik een gestructureerde vragenlijst met een enkele open vraag voorgelegd aan medewerkers van Vindicta, regio Midden-Holland.

Een overzicht van de door mij geïnterviewde mensen vindt u terug in de bijlage. De uitkomsten van de interviews zijn verwerkt in de afstudeeropdracht.

In mijn onderzoek bekijk ik de ontwikkelingen zowel op macroniveau als op meso- en microniveau. De verschillende niveaus wisselen elkaar af in het onderzoek aangezien er een wisselwerking tussen deze niveaus lijkt te bestaan. Steeds tracht ik vanuit een breder perspectief toe te werken naar de instelling en de cliënt. Het draait uiteindelijk immers allemaal om de cliënt!

- procesverslag -

In het onderzoek sta ik o.a. stil bij de modernisering van de AWBZ. Aan het begin van mijn onderzoek ging ik in op de vraag 'waarom het RIO altijd de functie activerende begeleiding dient te indiceren bij cliënten uit de GGZ'. Ik bemerkte echter al snel, dat gedurende het onderzoek mijn mening hierover veranderde. Niet elke cliënt heeft werkelijk baat bij activerende begeleiding. Er zijn immers cliënten, waarbij de angst voor ontwikkeling en leren te groot is. Zij lijken meer tot hun recht te komen wanneer de begeleider er 'is' voor hen en hen ondersteunt bij de dagelijkse zaken.

Ik ben me in het onderzoek dan ook gaan richten op Vindicta en de wijze waarop zij met de ontwikkelingen in de zorg omgaat. Hierbij heb ik regio Midden-Holland gebruikt als onderzoeksgebied. Ik heb onderzocht hoe Vindicta haar dienstverlening kan laten aansluiten bij het functiegericht indiceren en daarbij trouw blijven aan

haar visie. Vindicta staat immers garant voor deze visie. Hoe kan zij haar visie blijven handhaven ondanks de ontwikkelingen in de zorg?
Uit het onderzoek volgen dan ook aanbevelingen voor Vindicta RIBW.

Wat kunt u verwachten in dit onderzoek?

In hoofdstuk één geef ik kort de geschiedenis van de Geestelijke Gezondheidszorg weer. Hierin leest u over de ontwikkelingen binnen de psychiatrie en wat deze betekenen voor de houding van de hulpverlener naar de cliënt. Ook de huidige zorgvisie wordt kort beschreven.

Ik beschrijf de werkzaamheden binnen Vindicta, de organisatie en de regio's waar zij zorg biedt aan cliënten met psychiatrische problematiek of psychosociale problemen in hoofdstuk twee. Daarbij behandel ik tevens de doelstelling en visie van Vindicta. Tevens beschrijf ik hier hoe de visie uitmondt in methodisch handelen en de 'Catalogus, activiteiten en voorzieningen'⁴ van Vindicta, waarin zij haar producten overzichtelijk weergeeft.

In hoofdstuk drie ga ik in op de vernieuwing van de AWBZ. Ik beschrijf de veranderingen binnen deze wet, waarna ik me focus op de nieuwe werkwijze, die de modernisering van de AWBZ met zich meebrengt. Ook de rol van het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) komt aan bod.

Deze eerste drie hoofdstukken kunnen gelezen worden als kader voor de volgende hoofdstukken. Zij geven een helder beeld, waardoor de verschillen tussen de werkwijze van het RIO en Vindicta een plek krijgen.

In hoofdstuk vier vergelijk ik de functies zoals het RIO deze hanteert met de functies, zoals Vindicta deze verwoord. Hierbij focus ik me op de functies activerende en ondersteunende begeleiding. De verschillen hiertussen komen aan bod. Vervolgens worden de ondernomen acties van Vindicta regio Midden-Holland beschreven.

In hoofdstuk vijf geef ik de conclusies weer, waarna in hoofdstuk zes enkele aanbevelingen aan Vindicta RIBW worden weergegeven.

⁴ Vindicta, *Catalogus, activiteiten en voorzieningen*, ZKP/MG, Zeist, april 2003

1. **Geestelijke Gezondheidszorg**

In dit hoofdstuk ga ik in op de geschiedenis van de psychiatrie⁵. Ik bekijk waar de visie van tegenwoordig haar oorsprong vindt. Ook leest u in het kort hoe de Beschermende Woonvorm ontstaat. De geschiedenis is breed neergezet, waarbij steeds wordt bekeken wat de visies voor de individuele cliënt betekenden.

1.1. **Geschiedenis zorg**

Jaren '50

In de jaren '50 was men druk bezig met de wederopbouw na de Tweede Wereldoorlog. Het christelijke geloof, de traditionele rolverdeling en het gezin waren hierin uitgangspunt. Wanneer mensen ziek waren, niet functioneerden of zich onaangepast gedroegen, paste dat niet binnen het beeld dat men had van een goede samenleving.

Deze 'afwijkende mensen' (denk bijv. aan de psychiatrisch patiënt) kwamen veelal terecht in grote zorginstellingen in de bossen en/of in de duinen. Hier werd met het individu en zijn wensen en mogelijkheden geen rekening gehouden.

Historisch gezien waren geestelijken vaak actief in de hulpverlening en ook in de jaren '50 (van de vorige eeuw) gebeurde dit nog veelvuldig. Zij zagen in het verzorgen van hulplozen en afwijkenden een taak liggen vanuit hun geloofsovertuiging. In de grote instellingen zag men deze grondbeginselen vaak terug in het dagelijkse leven: regelmaat, reinheid en rust.

Enerzijds werden 'afwijkende' mensen dus geweerd uit de samenleving⁶. Maar anderzijds kan men zeggen, dat men geloofde dat zij hierdoor rust zouden kunnen ervaren. Hiermee nam de kans op stigmatisering en uitstoting echter toe (Visser, 2000).

Jaren '60

In de jaren '60 nam de welvaart toe. De overheid zag het steeds meer als haar taak om zorg te dragen voor het welzijn van haar burgers. Er werden regelingen, wetten en subsidies getroffen waarbij het individu baat had. De verzorgingsstaat kwam op en de grote zorginstellingen van de jaren '50 werden vanuit de overheid beter voorzien van alle noodzakelijke (financiële) middelen. Er ontstonden kleine wereldjes, waarin de cliënt (toen nog: patiënt) zich veilig zou kunnen voelen en een tevreden leven zou kunnen leiden. Er kwamen verschillende mensvisies en pedagogische opvattingen naar voren, waardoor er een groter aanbod ontstond. Familie werd niet betrokken bij de behandeling van de patiënt, maar was op bezoeken welkom.

Binnen de grote instellingen kwamen steeds meer gedragsdeskundigen. Het gedrag van het individu stond centraal. Wanneer dit gedrag afwijkend was, werd vooral toevlucht gezocht in de medische benadering. Dat betekende dat er veel medicatie werd voorgeschreven, maar tevens dat er werd gekozen voor maatregelen als separatie, isolatie en sancties. Uitgangspunten van deze zorg was bescherming en opvang. De hulpverlener was vooral bewaker en/of verzorger. Voor de patiënt betekende dit dat hij vooral in het gareel moest lopen. Wanneer hij volgens de regels van de instelling leefde, kon hij 'zijn gang gaan'.

⁵ Bommel, Marijke van (red), *Hulp in eigen omgeving; ambulantisering in de hulpverlening*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Antwerpen, 2003

⁶ Dit past binnen het de stroming 'structureel functionalisme'

Goffman herkende hierin de belemmerende functie van de instellingsmuren en beschreef in zijn boek 'Gestichten'⁷ de inrichting als een totale institutie. Hij geeft aan, dat alle individuele behoeften en wensen van de mens verdwijnen wanneer hij zich aanpast aan de regels en voorschriften van de instelling. De eigenheid van het individu verdwijnt, waardoor hij niet langer kan functioneren in de normale samenleving. Hij noemt dit mortificatie.

Volgens Goffman is een ander bijkomend effect van leven in een instelling, waarin men dag en nacht verblijft, dat de grenzen tussen de drie levenssferen wegvallen. Men slaapt, werkt en vermaakt zich binnen de(zelfde) instelling: 'hospitalisatie'.

Normalisatie

Daarna kwam er een tijd dat men meer oog kreeg voor het veranderen van het gedrag. Men zag dat gedrag is om te buigen en hiervoor nieuw gedrag kan worden aangeleerd. Er werd uitgegaan van het aanpassen van het gedrag aan het gewone leven (behaviorisme/ leertheorie).

Binnen de grote instellingen, werd er steeds meer gekozen voor het normaliseren van gedrag en de cliënt mocht veel meer het ritme en levenspatroon van de normale samenleving aannemen. Hierdoor werd er meer nadruk gelegd op zelfstandigheid, zelfredzaamheid en dagelijkse verzorging.

Vanaf de jaren '60 kwamen meer psychologen en orthopedagogen werken binnen de grote instellingen. Deze zorgden voor een professionalisering van de zorg. De zorg werd vanaf toen niet langer alleen gedragen door geestelijken en vrijwilligers, maar ook door (hiertoe) hoger opgeleide mensen.

Veranderingen

Eind van de jaren '60 kwamen conservatieve, maatschappelijke verhoudingen onder druk te staan. Langzamerhand ontstaat het nieuwe denken, waarin men ziet dat de samenleving eigenlijk ziekmakend is en deze de terugkeer van de geïnstitutionaliseerde mens blokkeert. Het is niet langer het individu dat niet voldoet, maar ook de maatschappij wordt zeer kritisch bekeken.

Dat was het geval in de samenleving als geheel (studentenprotesten, arbeidersbewegingen, etc.), maar ook binnen de gezondheidszorg vroeg men aandacht voor nieuwe denkbeelden. Men eiste bijvoorbeeld meer aandacht voor patiënten en hun rechten en men pleitte voor integratie van (onder meer) de psychiatrische patiënt in de samenleving.

Het medisch model werd vervangen voor een meer sociaal model: ontwikkeling, normalisatie en integratie van de afwijkende mens in de samenleving. Hierdoor nam de ambulante en semi-murale hulpverlening toe. Er kwamen bijvoorbeeld dagactiviteitencentra, gezinsvervangende tehuizen, begeleid kamer-wonen, etc.. De 'afwijkende' mens functioneerde kortom steeds meer *in* de samenleving en niet langer erbuiten.

Hulpverleners werden steeds vaker begeleiders van cliënten, die steeds meer zelf verantwoordelijk werden gesteld voor hun leven. Bovendien werd het individu gezien als een onderdeel van een of meer systemen. Denk hierbij aan het (ouderlijk) gezin, vrienden, etc.. Je zou kunnen zeggen dat hiermee de cliënt verschillende burgerrollen werd teruggegeven. De cliënt kwam letterlijk en figuurlijk weer 'in beeld' en hij was een onderdeel van de samenleving.

⁷ Goffman, Erving, *Totale instituties*, vertaald uit: *The Prison*, Holt, Rinehart & Winston, Inc., 1961, Copyright Nederlandse vertaling, Universitaire Pers Rotterdam, 1975

Jaren '70 en '80

Steeds meer wordt de nadruk gelegd op het individu dat woont en werkt in de samenleving. In het integratiemodel gaat men uit van de mogelijkheden van de cliënt, die zoveel mogelijk gebruik dient te maken van de 'gewone' voorzieningen in de samenleving. Het uitgangspunt van de integratiegedachte is, dat de mens met zijn moeilijkheden het best tot zijn recht komt in de samenleving en hij steeds lerend is. De cliënt heeft hierbij echter (nog) wel ondersteuning nodig en hierdoor wordt hulpverlening steeds vaker 'begeleiding'.

Deze insteek vraagt echter nogal wat van zowel de overheid als van de samenleving. Zij dient immers open te staan voor het individu met zijn persoonlijke beperkingen en mogelijkheden.

De integratiegedachte leidde in de jaren '80 en begin jaren '90 onder meer tot beschermende woonvormen in de woonwijk. Er komt in deze tijd ook steeds meer aandacht voor de belangen en rechten van cliënten. Er wordt meer gevraagd naar hun mening en hun belang, waardoor de cliënt zich gelijkwaardig kan verhouden tot de hulpverlener.

Daarnaast dient de hulpverlener zich minder aanbodgericht op te stellen, maar in het hulpverleningsproces steeds meer rekening te houden met mondiger mensen, die aangeven wat hun wensen zijn.

In het jaar 1989 wordt de sector beschermd wonen officieel onderdeel van de GGZ en op 1 januari van dat jaar treedt de AWBZ-verstrekking RIBW in werking.

Hierdoor groeit het aantal RIBW's door heel Nederland sterk en neemt het aantal cliënten behoorlijk toe. RIBW's richten zich dan met name op mensen die langere tijd zijn opgenomen geweest in Psychiatrische Ziekenhuizen. Vaak kunnen zij niet in één keer op zichzelf gaan wonen en hebben zij een steuntje in de rug nodig om te (re)integreren in de samenleving.

1.2. Huidige zorgvisie

In de jaren '90 komt het vraaggericht werken in zwang. Bij vraaggericht werken, wordt er steeds vaker zo kort mogelijk, zo licht mogelijk, zo dichtbij mogelijk en zo tijdig mogelijk gewerkt (zo-zo-zo-zo-beleid). Natuurlijk hoort, zo zegt Van Bommel, ook zo goedkoop mogelijk in dit rijtje. Duidelijk is echter wel, dat ambulantisering een vlucht neemt. Steeds vaker woont de cliënt thuis en wordt de zorg in eigen omgeving gerealiseerd. Zo normaal mogelijk is immers het devies. Instellingen springen hierop in en zorg wordt veelal thuis geleverd.

Verder staan ook de wensen van de cliënt centraal. Hij is volwaardig burger, die zijn weg mag vinden in de maatschappij. Dat betekent ook dat de cliënt rechten en plichten heeft. Tevens staat medezeggenschap hoog in het vaandel en de cliënt is niet langer een object binnen de zorg. Hij is subject en bepaalt zelf welke zorg hij wil ontvangen: het vraaggestuurd werken doet zijn intrede.

De meest recente ontwikkeling is de modernisering van de AWBZ. Sinds 1 april 2003 wordt er integraal geïndiceerd. Hierdoor verdwijnen de schotten tussen de verschillende sectoren (ook wel: ontschotting) van de zorg. Deze ontschotting in de zorg vormt een belangrijk uitgangspunt in het huidige zorgbeleid. Professionele indicatiestellers onderzoeken de zorgvraag van de cliënt en geven een onafhankelijk advies. De individuele cliënt profiteert hiervan. Hij kan gebruik maken van allerlei voorzieningen die er voorhanden zijn.

Daarnaast dient de cliënt zich een actieve houding eigen te maken in het realiseren van zijn zorg. Hij dient zelfstandig te kunnen verwoorden welke zorg hij nodig heeft en hier actief achterheen gaan. Hij dient in de eerste plaats mantelzorg in te zetten

voor de lichtere vormen van zorg en begeleiding. Pas daarna kan hij een beroep doen op voorzieningen in de reguliere welzijns- en zorggebieden.

De keerzijde hiervan is dat sommige hulpvragers niet kunnen voldoen aan de groeiende eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid. Zij zullen noodgedwongen gebruik moeten (blijven) maken van residentiële hulp. Een gevolg van ambulantisering lijkt dan ook, dat de cliënten binnen de instellingen steeds zwaardere, zowel lichamelijke als wel psychiatrische, problematiek hebben.

In de GGz (ambulante hulpverlening en binnen RIBW's) gaat men zoveel mogelijk uit van de gezonde kant van de cliënt. Er wordt gekeken naar zijn mogelijkheden in plaats van naar zijn beperkingen. Bovendien wordt gekeken naar de kwaliteit van leven: deze kwaliteit bepaalt de cliënt onder meer zelf. Het is zowel een objectief als een subjectief gegeven van waaruit gewerkt wordt.

1.3. Samenvatting

De maatschappij heeft zich door de afgelopen decennia ontwikkeld van een religieuze, traditionele maatschappij naar een individualistische maatschappij, waarbij zelfontwikkeling en zelfredzaamheid als groot goed worden gezien.

Dat betekent dat de mens meer kijkt naar zijn eigen wensen en ontwikkelingsmogelijkheden en zich minder laat belemmeren door regels, waarden en normen of handicaps.

Ook de cliënt van nu is van mening dat hij recht heeft op het regelen van zijn eigen leven. Hij maakt steeds vaker zijn eigen beslissingen. Ook wat betreft zijn zorg. Dat is één van de redenen voor de vermaatschappelijking van de zorg. De zorg wordt kortom meer vraaggericht en de wens van de cliënt staat centraal. Dat betekent echter wel dat de hulpverlening moet leren op een andere wijze zorg te verlenen.

2. Vindicta RIBW

In dit hoofdstuk maakt u kennis met Vindicta RIBW. De stichting Vindicta is actief binnen verschillende gebieden in de GGZ en zij begeleidt cliënten in verschillende leefgebieden.

U leest allereerst wat over de organisatie Vindicta. Daarna wordt de doelstelling van Vindicta in beeld gebracht. Doelgroep, visie en gehanteerde methodieken staan centraal.

2.1. Organisatie

2.1.1. Historie

Vindicta ontstond in 1967, omdat er grote behoefte was aan alternatieven voor de grootschalige verblijfsafdelingen van de psychiatrisch ziekenhuizen. In eerste instantie heette de stichting 'Stichting Protestants Christelijke Gezinsvervangende tehuizen' en zij gaf onderdak aan mensen die niet langer hoefden te verblijven in de psychiatrische ziekenhuizen. Deze cliënten hadden voornamelijk behoefte aan verzorging en begeleiding en zij woonden destijds in oude villa's.

In 1973 veranderde de stichting haar naam in 'Stichting Christelijke Pension-tehuizen Vindicta' en bleef zij zich richten op mensen met een psychiatrische aandoening.

De RIBW bevindt zich van oudsher op het grensvlak tussen de GGZ en maatschappelijke dienstverlening. En de RIBW is voor vele cliënten dan ook de aangewezen instantie om hen te begeleiden bij het integreren in de samenleving en om (weer) grip te krijgen op hun leven.

2.1.2. Omvang en werkzaamheden

Tegenwoordig is Vindicta RIBW⁸ een Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen (RIBW) en begeleidt zij mensen met psychiatrische en psychosociale problemen bij het wonen.

Vindicta beheert verschillende RIBW's, te weten RIBW Amersfoort en omstreken, RIBW Midden-West Utrecht en RIBW Midden-Holland (bijlage 2). Daarnaast heeft zij een voorovereenkomst getekend met een RIBW in Flevoland.

In de regio's waar Vindicta werkzaam is, worden ongeveer 900 mensen met een psychiatrische en/of psychosociale handicap begeleid in allerlei woonvarianten. Daarnaast heeft Vindicta zich toegelegd op dagactiviteitencentra, waar cliënten kunnen deelnemen aan (op hen toegespitste) arbeidstrajecten of andere activiteiten. Tevens heeft Vindicta meerdere samenwerkingsverbanden gesloten met partners uit de Geestelijke Gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Op deze manier vult Vindicta verschillende gaten in de geestelijke gezondheidszorg en draagt zij bij aan het welzijn en de integratie van mensen met een psychiatrische handicap.

2.1.3. Organogram

De verschillende regio's van Vindicta worden centraal aangestuurd door het 'Centraal Bureau', dat ook wel het hoofdkantoor wordt genoemd. Hierbij zijn de verschillende stafafdelingen facilitair aan de directie en de regio's. Daarnaast vervullen zij een adviserende rol.

⁸ Vindicta, *Informatie Medewerkers*, Zeist, september 2002

In een organogram weergegeven, is Vindicta als volgt opgebouwd.

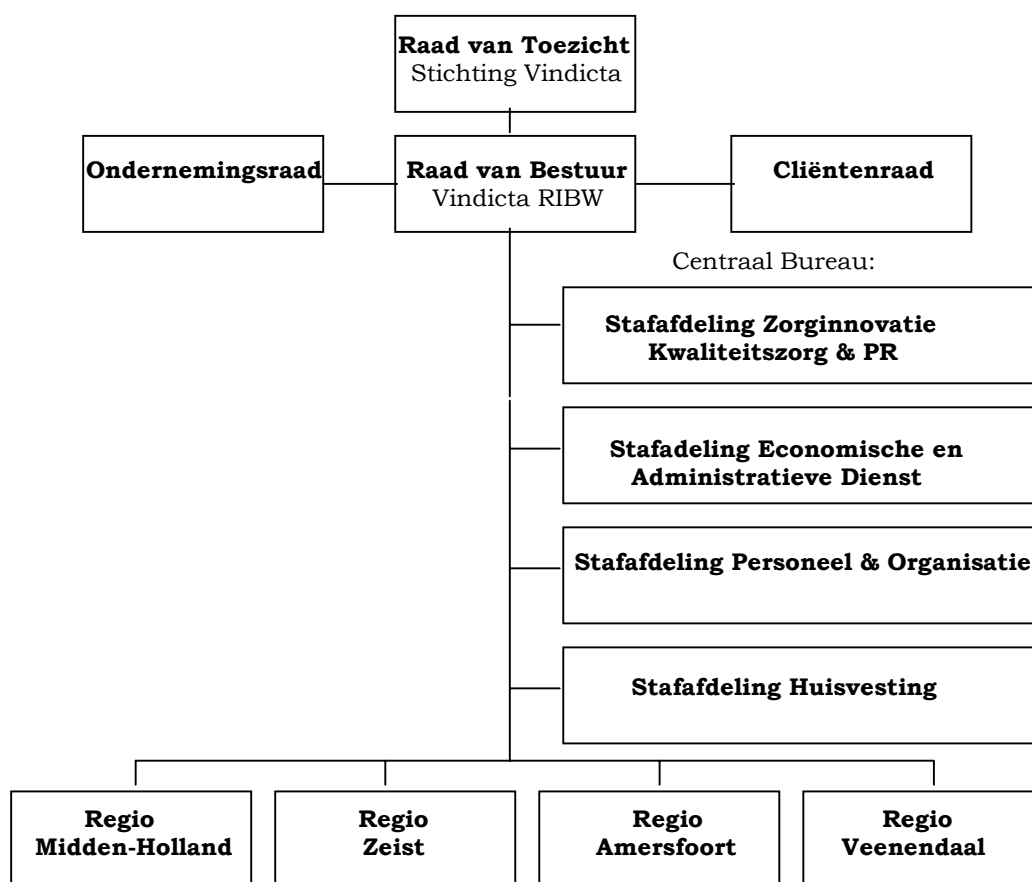


Fig.1. Organogram Vindicta RIBW, september 2002

In het organogram zijn de verschillende regio's van Vindicta onderaan gezet. Hierdoor kan het overkomen, dat Vindicta een instelling is met een top-down organisatie. Dit lijkt mij echter in geen geval recht doen aan de werkelijkheid. Het is immers zo, dat binnen de regio's actief met de cliënt wordt samengewerkt. De stafafdelingen kunnen in mijn ogen dan ook beter naast de regio's worden ingedeeld. Hierdoor wordt het in één oogopslag duidelijk, dat de regio's werkzaamheden hebben, waaraan de stafafdelingen complementair en facilitair zijn. Allen zijn immers met hetzelfde doel bezig. Nu lijkt me dat aan de hand van het organogram niet duidelijk genoeg.

2.1.4. Heden

Tegenwoordig biedt Vindicta zorg aan mensen die als gevolg van hun psychiatrische achtergrond en/of handicap (nog) niet in staat zijn zelfstandig maatschappelijk te functioneren. Zij zijn dan ook vaak langere tijd op ondersteuning aangewezen. Bij de meeste cliënten gaat het om chronische, meervoudige problematiek. En vaak gaat deze problematiek samen met beperkingen op allerlei levensgebieden zoals wonen, werk en/of dagbesteding, sociale contacten, lichamelijke of geestelijke gezondheid en financiën, waardoor de kwaliteit van leven soms minimaal is. Vindicta richt zich voornamelijk op het bevorderen van deze kwaliteit van leven. Zij doet dit onder meer door persoonlijke begeleidingsplannen, waarin de cliënt samen met zijn begeleider, haalbare doelen stelt. Op deze manier wordt er in een realistisch tijdsbestek toegewerkt naar verbeteringen van iemands functioneren en het tegengaan van achteruitgang.

2.2. Doelstelling

Hieronder worden de doelgroep, de visie van Vindicta en de werkwijze nader bekeken en uitgelegd. Ook wordt benoemd wat de visie aan mogelijkheden biedt voor de individuele cliënt.

In april 2003 heeft Vindicta een Catalogus ontwikkeld, waarin al haar diensten en producten overzichtelijk staan weergegeven. Deze diensten/producten hangen nauw samen met de visie en methodiek die Vindicta hanteert in haar begeleiding van de cliënt. Er wordt in het onderzoek zo nu en dan verwezen naar deze Catalogus.

2.2.1. Doelgroep

Vindicta RIBW geeft mensen met een psychiatrische handicap de kans zo zelfstandig mogelijk te (leren) leven in de maatschappij. Vaak kennen mensen met chronische psychiatrische en/of psychosociale problematiek problemen op meerdere vlakken in hun leven. Zelfstandig functioneren in de samenleving wordt hierdoor bemoeilijkt.

Zij ervaren vaak problemen met hun lichamelijke verzorging of zij hebben soms één of meer lichamelijke gebreken. Ook het aangaan van sociale contacten en het handhaven van een gezond dag- en nachtritme is lastig. Bovendien hebben zij een verhoogde kans op verslavingsproblematiek en zij kunnen sneller dak- of thuisloos worden.

Daarnaast krijgen deze mensen vaak binnen instanties en regelgeving geen voet aan de grond. Zij worden niet gehoord en kennen zelf de ingangen niet. Hierdoor kunnen zij op deze gebieden maar moeizaam voor zichzelf zorgen.

Deze complexe problemen kan de individuele mens vaak niet alleen het hoofd bieden, waardoor ze zijn aangewezen op begeleiding. Een deel van hen heeft een beschermende woonplek nodig. Vanuit de stabiele en veilige woonplek wordt er met hen gewerkt aan toenemende zelfstandigheid op verschillende terreinen.

Anderen wonen zelfstandig en bij hen komt de begeleiding van Vindicta thuis om hen te begeleiden op diverse leefgebieden.

2.2.2. Visie

Binnen haar werk hanteert Vindicta RIBW de 'rehabilitatievisie', die ook wel 'integrale rehabilitatie' wordt genoemd. Hierbij baseert Vindicta zich onder meer op het boek van Wilken en Den Hollander⁹.

Zij schrijven, dat psychiatrische rehabilitatie zich voornamelijk richt op zorg voor chronisch psychiatrische patiënten. In hun boek beschrijven Wilken en Den Hollander onder meer: 'de ontwikkeling van een rehabilitatiebenadering betekent een belangrijke verbetering van de kwaliteit van zorg en draagt ertoe bij dat geestelijke gezondheidszorg beter verbonden wordt met het gewone maatschappelijk leven.'

Hiermee leggen de schrijvers een link naar de 'vermaatschappelijking van de zorg'¹⁰. Een definitie hiervan is: 'het streven naar zo min mogelijk institutionalisering van de zorg en een zo groot mogelijke maatschappelijke integratie van de (psychiatrische) cliënt.'

Deze basisbegrippen komen ook steeds terug in de werkwijze van Vindicta.

Begeleiders van Vindicta werken samen met de cliënt toe naar een betere integratie in de samenleving en zij bejegenen de cliënt dan ook als volwaardige burger. Dat betekent dat de cliënt rechten en plichten heeft, waarover hij geïnformeerd wordt en waarop hij wordt gewezen.

⁹ Wilken, J.P., Hollander, D. den, *Psychosociale rehabilitatie; een integrale benadering*, SWP, Amsterdam, 2000

¹⁰ www.vermaatschappelijking.nl

Vindicta hanteert binnen haar visie een aantal cliënt-benaderingsmethodes.

Cliënt, leefomgeving, maatschappij

In de integrale benadering richt de werker zich, samen met de cliënt, op verschillende niveaus te weten: mens, leefmilieu/omgeving en maatschappij. Een cliënt staat immers niet op zichzelf en kan derhalve niet los gezien worden van zijn directe leefomgeving en de maatschappij. Hij mag zijn sociale rollen in zijn omgeving en de maatschappij weer leren innemen.

Door zich te richten op deze drie niveaus krijgt de werker een goed beeld van kwetsbaarheid en beperkingen van het individu. En tegelijkertijd begrijpt hij de denk- en gevoelswereld van de cliënt en heeft hij oog voor zijn kwaliteiten. Deze kennis kan gekoppeld worden aan de kennis rondom beperkingen en mogelijkheden op het niveau van omgeving en maatschappij. Door deze koppeling wordt de mens weer zichtbaar en kan hij toewerken naar integratie in de samenleving.

Probleemgericht, omgevingsgericht en ontwikkelingsgericht werken

Integrale rehabilitatie betekent bovendien dat er aandacht is voor een goede samenhang tussen probleemgericht, milieugericht en ontwikkelingsgericht werken. Verwoording van deze begrippen volgens Vindicta in haar Catalogus:

Probleemgericht werken: de aandacht gaat naar het oplossen of voorkomen van problemen c.q. terugval en het verkrijgen van handelingscontrole (psychiatrische stabilisatie).

Omgevingsgericht werken: de aandacht gaat naar het verbeteren en het in stand houden van het dagelijks functioneren van de cliënt in zijn omgeving door het voorzien in materiële voorwaarden (huisvesting, financiële middelen), het bieden van praktische ondersteuning (bijv. huishoudelijke) en het betrekken van derden (bijv. familie, maatschappelijke organisaties).

Persoonlijk ontwikkelingsgericht werken: de aandacht gaat naar het realiseren van persoonlijke doelen van de cliënt. Hierbij is het streven de kwaliteit van leven in zijn algemeenheid te verbeteren. Dit wil zeggen: meer tevredenheid op verschillende levensgebieden, zoals wonen, werken, leren, vrije tijd en sociale relaties.

Dit model kan gebruikt worden om tot een unieke mix te komen, die de cliënt verder helpt in het hier-en-nu en waarbij hij zich kan richten op de toekomst. Steeds zoekt de hulpverlener de motivatie en de kwaliteiten van de cliënt. Het gaat hier om een dynamisch model, dat verschilt per persoon. De cliënt zelf, zijn wensen en zijn beperkingen en zijn vaardigheden zijn uitgangspunt.

Geen haast

In het werken met mensen met een chronische, psychiatrische handicap is het van het allergrootste belang aan te sluiten bij het tempo, de wensen en doelstellingen van de cliënt.

Men zou kunnen denken dat dit haaks staat op het ontwikkelingsgerichte werken. Hierbinnen zijn immers groeien en leren kernbegrippen. Om dit te beantwoorden, kan men zich de vraag stellen of chronisch psychiatrisch patiënten wel doelen kunnen ontwikkelen? Anthony c.s. (Wilken & Den Hollander, 2000, p. 25) heeft met zijn rehabilitatiemethode echter aangetoond, 'dat veel cliënten met enige systematische ondersteuning best in staat zijn ontwikkelingsgerichte doelen te formuleren.'. Ook het toewerken naar het stellen van zelfgekozen doelen kan gezien worden als rehabilitatie. Mensen met een psychiatrische handicap kunnen dus wel degelijk ontwikkelingsgericht werken.

Zij hebben alleen wel vaak méér tijd nodig. Dat betekent dat de werker geduld moet betrachten, kleine stapjes moet nemen en moet blijven aansluiten bij het tempo van de cliënt. De cliënt is immers leidend in zijn eigen (leer)proces. Verbeteren van het functioneren en het tegengaan van achteruitgang is bij psychiatrische cliënten dus zeker niet uitgesloten.

2.2.3. Methodiek Vindicta

Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) is eind jaren '80 en begin jaren '90 in zwang gekomen. In eerste instantie werd deze methodiek vooral gebruikt binnen RIBW's en verblijfsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen.

Tegenwoordig is deze methodiek echter wijd verspreid onder professionele werkers in Nederland en België en is voor verschillende disciplines hanteerbaar.

Persoonlijk begeleider

Het hart van het methodisch handelen van Vindicta is, dat elke cliënt gekoppeld wordt aan een persoonlijk begeleider. Deze relatie is betrokken van aard, maar tegelijkertijd verliest de persoonlijk begeleider de methodiek en het rehabilitatiegericht handelen niet uit het oog. Door de vertrouwensrelatie kan de cliënt zijn wensen formuleren en komen individuele vaardigheden en belemmeringen en/of beperkingen in beeld. In de begeleiding staat de cliënt centraal.

De begeleider werkt zoals gezegd rehabilitatiegericht. Dat houdt in dat de begeleiding gericht is op het vergroten van de autonomie, het bevorderen van het herstelproces van de cliënt en (hierdoor) het vergroten van de kwaliteit van leven. Door deze aanpak zal op langere termijn het functioneren van de cliënt verbeteren en wordt achteruitgang tegengegaan. De persoonlijk begeleider legt zich toe op verschillende levensgebieden (wonen, ziekte/kwetsbaarheid, sociaal netwerk, dagbesteding, etc.) en sluit hiermee aan op de vraag van de cliënt.

Daarnaast onderhoudt de persoonlijk begeleider contacten met andere zorgverleners, verwijzers, familie, etc.. Ik ben van mening, dat de persoonlijk begeleider zich hierop meer mag toeleggen. Hij neemt daarmee een coördinerende taak op zich. Door de nadruk hierop te vergroten, lijkt de functie dicht bij het casemanagement terecht te komen. En ik denk dat de kwaliteit van zorg hierdoor zal toenemen. Op deze manier begeleidt de persoonlijk begeleider de cliënt (wandelperspectief) niet alleen, maar draagt hij ook zorg voor de coördinatie van de zorg rondom de cliënt (helikopterview).

Naast persoonlijk begeleiders heeft Vindicta ook woonzorgmedewerkers (mbo geschoold) in dienst. De woonzorgmedewerker is verantwoordelijk voor de dagelijkse handelingen binnenshuis. Hij begeleidt de cliënt bij verschillende zaken en moeilijkheden die zich voordoen. Tevens begeleidt hij cliënten bij handelingen of situaties, die voortvloeien uit het begeleidingsplan. Voor de woonzorgmedewerker bestaat altijd de mogelijkheid een beroep te doen op de persoonlijk begeleider.

Begeleidingsplannen

In het individuele begeleidingsproces stellen de persoonlijk begeleider en de cliënt samen een begeleidingsplan op. Dit plan kan betrekking hebben op verschillende levensgebieden al naar gelang de behoefte en wens van de cliënt. Denk hierbij aan begeleidingsplannen op het gebied van wonen, werk en dagbesteding, sociaal netwerk en gezondheid en kwetsbaarheid, etc..

Aan de hand van het begeleidingsplan werkt de cliënt binnen een realistisch tijdsbestek toe naar een beter functioneren in de samenleving en zijn directe leefomgeving.

Binnen het methodisch handelen van de persoonlijk begeleider staat het begeleidingsproces centraal, waarin het begeleidingsplan een uiterst belangrijk middel is. De volgende fasen worden in het individuele begeleidingsproces onderscheiden.

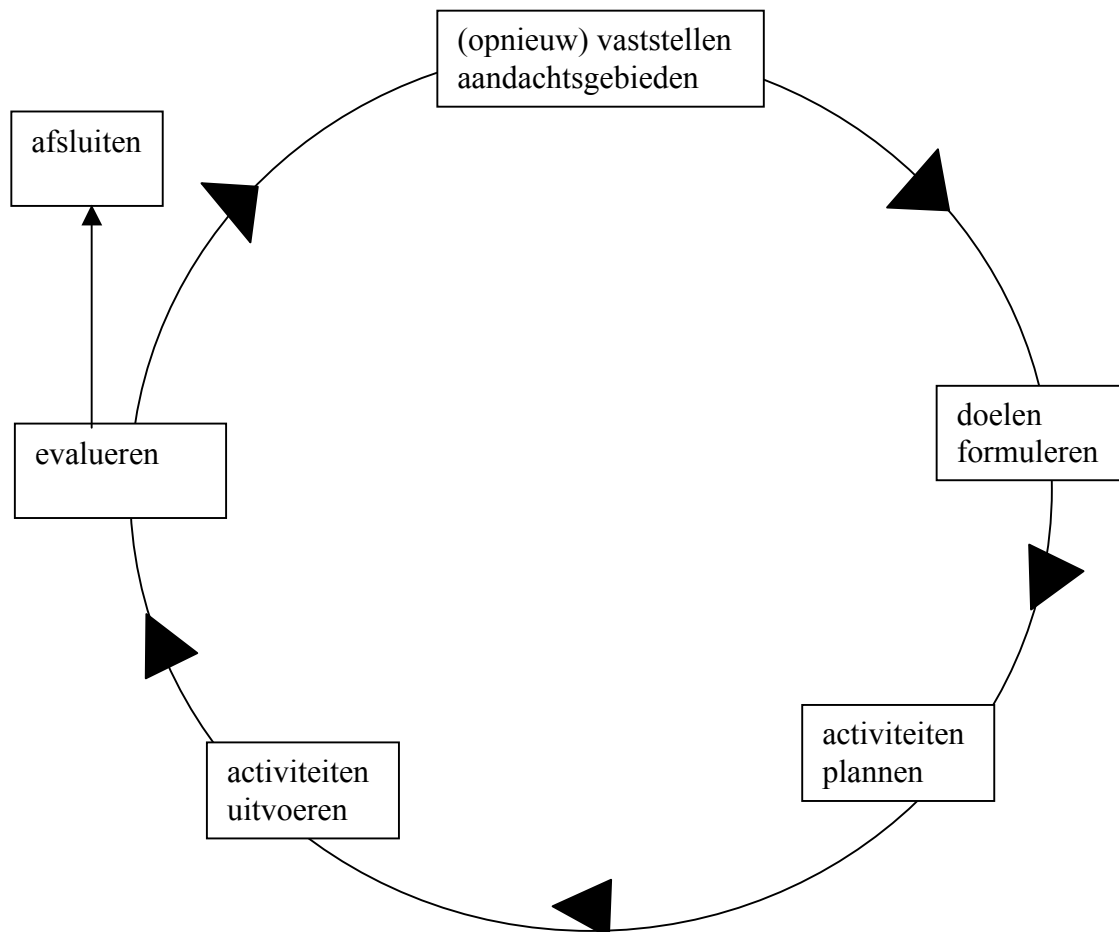


Fig.2. overzicht van het individuele begeleidingsproces

Er kunnen algemene begeleidingsplannen worden opgesteld, waarbij de wens op langere termijn centraal staat. Maar er kan ook heel concreet gewerkt worden met tijdelijke begeleidingsplannen op kleinere onderdelen. Een voorbeeld hiervan is bijv.

- langere termijnplan: a - ik woon over twee jaar zelfstandig; of
 b - ik kan omgaan met mijn depressieve periodes
- korte termijnplan: a - ik kan koken; of
 b - als ik depressief ben, ben ik toch op de groep.

Verder staan in het begeleidingsplan de individuele afspraken genoemd op het gebied van geplande activiteiten. Hierbij staat vermeld wie er actie onderneemt (bijv. de cliënt zelf of de hulpverlener) en wat de tijdsplanning is.

Ook ontwikkelingsgerichte aandachtsgebieden kunnen op deze manier aan bod komen. Begeleidingsplannen voor de langere termijn zijn voornamelijk ontwikkelingsgericht. Terwijl begeleidingsplannen voor de kortere termijn veelal probleemgericht of omgevingsgericht zijn. Deze concrete, kortere begeleidingsplannen staan dan in dienst van het algemene, lange-termijn, begeleidingsplan.

Door de begeleidingsmethodiek wordt de professionele standaard van de hulpverleningsrelatie bewaakt. Uitkomsten van interventies, begeleiding, etc. worden vervolgens schriftelijk vastgelegd in het Elektronisch Cliënten Dossier.

2.2.4. Voordeel cliënt

De cliënt merkt dat hij als een gelijkwaardig mens wordt behandeld. Hij ontvangt respect en bouwt met zijn persoonlijk begeleider een vertrouwensrelatie op. De begeleider werkt vanuit de wens van de cliënt, die zich hierdoor serieus genomen voelt.

Daarnaast werkt de persoonlijk begeleider met methodieken en heeft hij kennis en ervaring binnen de geestelijke gezondheidszorg. Hierdoor ervaart de cliënt deskundigheid op het gebied van zijn handicap(s).

Ook de rehabilitatievisie werkt stimulerend. De gezonde kant van de mens wordt aangesproken en hij leert zijn verantwoordelijkheid te nemen voor de keuzes die hij maakt. Hierin wordt hij begeleid door de persoonlijk begeleider.

Door middel van de begeleidingsplannen werkt de cliënt in zijn eigen tempo toe naar het verbeteren van zijn functioneren op verschillende levensgebieden. Hierdoor neemt zijn participatie en integratie in de samenleving toe en wordt hij op termijn minder zorgafhankelijk.

Het mag duidelijk zijn dat elk individu een eigen wens en zorgvraag heeft. Deze geldt als uitgangspunt voor de individuele begeleiding. Op deze manier wordt zorg op maat geboden.

2.2.5. Wat biedt Vindicta RIBW?

Vindicta RIBW werkt dus met de integrale rehabilitatiebenadering, waaruit het rehabilitatiegericht handelen voortkomt. Deze methodiek leidt tot begeleiding op allerlei levensgebieden en op diverse terreinen. Binnen deze brede zorgverlening van Vindicta, biedt zij de cliënt dus nogal wat begeleiding en ondersteuning aan.

Catalogus

In april 2003 heeft Vindicta een Catalogus ontwikkeld om de cliënt te informeren over de producten die hij reeds vóór het zorgverleningstraject, maar ook tijdens en na de zorgverlening kan verwachten van Vindicta.

In de Catalogus staat een opsomming van alle activiteiten¹¹ en voorzieningen die Vindicta een cliënt (vraaggericht) kan bieden (inhoudsopgave van de catalogus: bijlage 3; voorbeelden aangeboden product: bijlage 4).

De Catalogus is bij de meeste medewerkers in de regio wel bekend. Het is echter niet alle medewerkers duidelijk hoe deze gebruikt kan gaan worden in de begeleiding. Hier dient Vindicta in de toekomst mijns inziens zorg aan te besteden. Zij lijkt dit ook van plan te zijn¹².

Bij elke activiteit en voorziening in de Catalogus staat de inhoud, de vorm, de locatie en de benodigde deskundigheid beschreven. Onder de 'benodigde deskundigheid' verstaat Vindicta 'de minimaal vereiste deskundigheid om de activiteit uit te voeren'. De heer Treur geeft in het interview aan, dat Vindicta verantwoordelijk is voor de producten die zij levert en zij daarom zelf bepaalt welke deskundigheid een bepaalde activiteit nodig heeft.

¹¹ Zie bijlage 4. Activiteit kan gezien worden als 'zorgproduct'

¹² Vindicta RIBW regio Midden-Holland, Jaarplan 2004. Hierin staat aangegeven dat de persoonlijk begeleider RIO-indicaties leert vertalen naar zorgarrangementen en begeleidingsplannen.

In de Catalogus komen activiteiten¹³ op het gebied van psychiatrische en psychosociale begeleiding naar voren. Deze aangeboden activiteiten vragen behoorlijk wat kennis ten aanzien van ziektebeelden en gedragskenmerken. Begeleiders dienen dan ook voldoende geschoold te zijn om adequaat met deze psychiatrische problematiek te kunnen omgaan en dit te kunnen begeleiden. Overigens komt in de Catalogus niet de activiteit 'psychiatrische consultatie' naar voren. Dat betekent dat Vindicta dit product vooralsnog niet in haar zorgaanbod heeft opgenomen.

Hierin zie ik echter wel een mogelijke verdieping en verbreding van de zorg en dienstverlening van Vindicta. Met verdieping bedoel ik, dat woonzorgmedewerkers en persoonlijk begeleiders bij vragen op psychiatrisch gebied terug kunnen vallen op een interne psychiater. Verbreding ontstaat door extra aanbod van diensten.

Zorgarrangement

De heer Treur geeft in een interview aan, dat de rehabilitatievisie van Vindicta zoveel mogelijk kan worden gewaarborgd door individuele zorgarrangementen te maken met de cliënt. In een zorgarrangement komen verschillende, individuele begeleidingsbehoeften aan bod. Zij kunnen worden vervuld door de verschillende producten van Vindicta.

Op basis van de RIO-indicatie (naar aanleiding van de zorgbehoefte) kan de cliënt samen met de begeleider met behulp van de Catalogus de zorgvraag verder verhelderen. De persoonlijk begeleider kan samen met de cliënt een individueel zorgarrangement bouwen.

Dat kan volgens de Catalogus als volgt:

Activiteiten en voorzieningen vormen samen → zorgarrangementen vallend onder → functies van het RIO → uitgedrukt in klassen → klassen zijn terug te leiden naar activiteiten en voorzieningen¹⁴.

Steeds geldt de vraag en de wens van de cliënt als uitgangspunt, waardoor de Catalogus een hulpmiddel is om een individueel zorgarrangement te vormen. In de enquête die is gehouden onder medewerkers komt dit ook duidelijk naar voren (bijlage 7, vraag 14). In het begeleidingsplan worden vervolgens de concrete en haalbare stappen geformuleerd.

Door het individuele zorgarrangement kan er dus een koppeling worden gemaakt tussen het functiegericht indiceren en de visie en werkwijze van Vindicta. Deze lijken elkaar te ondersteunen, zo blijkt ook uit de enquête gehouden onder medewerkers van Vindicta Midden-Holland (bijlage 7, vraag 11).

Vele medewerkers denken namelijk dat de visie van Vindicta gehandhaafd kan blijven wanneer de zorgbehoefte van de cliënt functiegericht is geïndiceerd.

Hoe de persoonlijk begeleider dit in de praktijk ten uitvoer moet brengen, is nog niet duidelijk. Ook dit komt naar voren uit de enquête.

In mijn ogen dient Vindicta op korte termijn haar werknemers hierin te scholen. Zij zorgt dan immers voor een goede aansluiting op het functiegerichte indiceren, waarmee de dienstverlening van Vindicta geoptimaliseerd wordt.

¹³ Activiteit kan gezien worden als 'zorgproduct'

¹⁴ Catalogus, 2003

3. Modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

In dit hoofdstuk komt de AWBZ aan bod. Er wordt kort ingegaan op het ontstaan van de AWBZ, waarna de huidige modernisering aan bod komt.

3.1. Ontstaan AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ, is een volksverzekering die alle burgers, die dat nodig hebben, langdurig continue zorg garandeert. Dat wil zeggen: alle burgers die rechtmatig in Nederland verblijven. Iedereen die langdurige, onvoorziene zorg nodig heeft als gevolg van een ziekte of gebrek, kan en mag aanspraak maken op de AWBZ.

Deze wet is van kracht geworden op 1 januari 1968. Vanaf dat moment betaalde elke ingezetene van Nederland maandelijks een premie voor de AWBZ en verwierf daarmee ook recht op verstrekkingen die onder deze wet vallen.

In eerste instantie was de wet vooral bedoeld om langdurige opnames in intramurale instellingen te kunnen bekostigen. Later werd ook de langdurige zorg in de thuiszorg en zorg voor mensen met een psychiatrische ziekte hierbij inbegrepen, zoals verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis of in een Beschermende Woonvorm.

Het gaat dus veelal om die zorg, die langdurig is. Wanneer men zich inschrijft voor een ziektekostenverzekering bij het ziekenfonds of een particuliere verzekering, wordt men automatisch ingeschreven voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Wanneer men langdurige zorg nodig heeft (dit is in de regel: langer dan één jaar), wordt deze zorg niet meer bekostigd binnen de Ziekenfondswet (ZFW), maar valt deze onder de AWBZ. Vaak wordt deze langdurige vorm van zorg aangeduid met de term 'care'. De AWBZ wordt ook wel het eerste compartiment genoemd. Voor kortdurende zorg (tot één jaar) en curatieve zorg (het verhelpen van de symptomen en het genezen van het individu) valt men meestal terug op de basisverzekering; de ZFW.

3.1.1. Verstrekkingen in het verleden

De Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zijn dus complementair aan elkaar. Maar hoe werd dan beoordeeld welke cliënt recht had op welke zorg?

Veelal werden mensen, die afhankelijk werden van langdurige zorg, beoordeeld aan de hand van intakegesprekken. Deze intakegesprekken werden echter met regelmaat afgenomen door de zorgaanbieder zelf. Dat betekent dat een cliënt, die een beschermende woonplek nodig had, beoordeeld werd aan de hand van een intakegesprek met één of meer medewerkers van de woonvorm zelf. Er werd dan gekeken naar het zorgaanbod van de woonvorm en of de cliënt hiermee voldoende geholpen zou worden. De zorgvraag werd dan dus beoordeeld naar de producten van de aanbieder en niet naar de behoeften van de cliënt.

Ook in de GGZ bleek deze werkwijze veelvuldig voor te komen. In oktober 2002 is een onderzoek uitgebracht over het jaar 2001, waarin de indicatiestelling in de GGZ voor volwassenen centraal stond¹⁵.

¹⁵ Verbeek, A.H., Van Diggelen, J.M., *Onderzoek naar de indicatiestelling in de GGZ*, i.o.v. College voor Zorgverzekeringen, 24 oktober 2002

In het onderzoek werd onderzocht of de indicatiestellingen voldoen aan de landelijke beleidsuitgangspunten: objectief, onafhankelijk, integraal en cliëntgericht.

Uit dit onderzoek blijkt dat de indicatiestelling in de GGZ voor langdurige zorg nog de nodige knelpunten laat zien op het gebied van deze beleidsuitgangspunten. Er is veelal geen sprake van objectieve, onafhankelijke en integrale indicatiestelling. Dat betekent concreet dat vaak nauwelijks gebruik wordt gemaakt van het IOG-protocol (Indicatie Overleg Geestelijke Gezondheidszorg) tijdens de indicatiestelling.

Er wordt dus vaak geïndiceerd door een medewerker van de zorgaanbieder zelf en hierbij wordt regelmatig gebruik gemaakt van eigen indicatieformulieren. Bovendien wordt er nauwelijks geïndiceerd voor het gehele GGz-aanbod, maar eerder alleen voor de eigen instelling. Hierbij worden de doelstellingen om zowel objectief als wel onafhankelijk en integraal te indiceren niet gehaald.

Tevens laat de cliëntgerichtheid bij de indicatiestellingen te wensen over. De cliënt staat niet altijd centraal en het aanbod van de zorginstellingen sluit vaak niet aan bij de zorgvraag. Daarnaast bleek uit het onderzoek, dat zorginstellingen vaak geen duidelijkheid hebben over de komende¹⁶ veranderingen binnen de indicatiestellingen.

Voorheen werden cliënten dus voornamelijk geïndiceerd op basis van het aanbod van de zorgaanbieder. De producten van de zorgaanbieder staan hierbij centraal en niet de hulpvraag van de cliënt. Maar waar blijft dan de hulpvraag van de cliënt? Hoort deze niet centraal te staan in dit geheel?

3.1.2. Redenen voor de modernisering

De hulpvraag van de cliënt lijkt dus lang niet altijd bepalend te zijn voor de geboden zorg. Zoals werd aangetoond, stond veeleer het zorgaanbod centraal. Men vraagt zich af of dit nog langer een uitgangspunt kan zijn binnen de zorg.

Ook zijn er andere ontwikkelingen in de samenleving, die een keerpunt in de zorg in gang lijken te zetten en zelfs noodzakelijk maken.

Hieronder staan enkele redenen voor de modernisering van de AWBZ genoemd.

De mondige burger

Allereerst is de burger in de huidige maatschappij steeds zelfstandig(er) en mondig(er) geworden. Hij komt regelmatig op voor zijn rechten en spreekt zich uit. De burger weet vaak bewuster wat hij wel en niet wil. Hij is langzamerhand gewend geraakt aan een maakbare maatschappij. Hierin kun je zaken naar je hand zetten en je eigen leven bepalen.

Ook mensen met beperkingen willen naar eigen inzicht hun leven inrichten en vormgeven. Zij bepalen steeds vaker zelf hun grenzen. Dat betekent dat het ook binnen de gezondheidszorg belangrijker wordt, dat de burger zelf kan beslissen. Dit gegeven wordt beleidsmatig ondersteund door termen als 'extramuralisering', 'scheiden van wonen en zorg' of 'vermaatschappelijking van de zorg'. De overheid dient dan ook te zorgen dat de cliënt, die (langdurige) zorg nodig heeft, zelf kan bepalen waar hij zijn zorg inkoopt.

Aan de andere kant zijn er ook mensen, die niet mee kunnen komen in deze maakbare maatschappij vol keuzes. Zij profiteren niet van de kansen, maar worden hierdoor beangstigd. Deze mensen zullen veelal van intensieve zorg afhankelijk blijven¹⁷.

¹⁶ onderzoek over het jaar 2001

¹⁷ Bommel, Marijke van (red), *Hulp in eigen omgeving; ambulantisering in de hulpverlening*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Antwerpen, 2003; **en**

Kortom, door de vermaatschappelijking van de zorg, blijven cliënten steeds vaker gewoon functioneren in de maatschappij. Zij krijgen zoveel mogelijk passende zorg aan huis en hebben hier zelf zoveel mogelijk zeggenschap over. De zorg, zoals deze bestond, dient dan ook te worden aangepast.

Kwaliteit van leven

Daarnaast is in de consumptiemaatschappij bijna alles te koop en overheerst de marktwerking. Je kunt als burger/klant zelf bepalen waar je een product koopt en tegen welke prijs je dit doet. Bovendien is de burger, door de ontwikkeling van de consumptiemaatschappij en een groeiende economie, zowel gewend geraakt aan kwaliteit van producten als wel aan 'kwaliteit van leven'. En deze kwaliteit wil de burger terugzien in de zorg. Kwaliteit kan worden verkregen door een gezonde concurrentie binnen de sector. Hierdoor stijgt de kwaliteit van het product en daalt de prijs. De overheid ziet hierin kansen voor de ontwikkeling van de zorgsector.

Vergrijzing

Er is steeds meer zorg nodig. De vergrijzing van de maatschappij staat nog maar aan het begin. In 2020 zullen er ruim drie miljoen vijfenzestigplussers zijn en in 2030 naar verwachting bijna vier miljoen.

Men spreekt ook wel van een dubbele vergrijzing: er komen niet alleen meer ouderen, maar de levensverwachting van deze ouderen stijgt ook. De levensverwachting voor vrouwen en mannen is respectievelijk 84 en 80 jaar. De uitgaven van de AWBZ-zorg stijgen hierdoor dus drastisch. Immers, hoe meer ouderen er zijn, hoe groter de vraag om zorg is. En hoe ouder de mensen worden, hoe langer deze zorg gewenst is.

Kostenbeheersing

Door de dubbele vergrijzing komen de kosten van de langdurige zorg bij een steeds kleinere groep burgers te liggen. Dus enerzijds stijgen de kosten van de gezondheidszorg en anderzijds moeten deze kosten door minder mensen betaald worden.

Er zijn reeds geluiden hoorbaar in de samenleving¹⁸, dat men hier niet langer aan wil voldoen. Men wil niet langer betalen voor mensen die men niet kent en voor een regeling, waarvan het onzeker is of die in de toekomst nog bestaat.

Om de kosten betaalbaar te houden voor deze (betalende) groep mensen, is kostenbeheersing in de zorg dan ook van belang. Hier lijkt de modernisering van de AWBZ aan tegemoet te willen komen. Of dit doel op lange termijn ook haalbaar is, moet nog blijken....

De burger betaalt vaak al jaren premie voor de zorg die de AWBZ levert, waardoor men het recht verwerft aanspraak te maken op deze zorg. Het is dan ook zaak dat de overheid het recht om aanspraak te maken op deze zorg, mogelijk blijft maken. In een brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer schrijft de minister en de staatssecretaris van het ministerie van VWS¹⁹ '(...) Het doel blijft immers om het verzekerde recht op zorg als bouwsteen in ons stelsel van sociale wetgeving te behouden.'. Ook hiertoe ontwikkelt zij nieuw beleid; modernisering AWBZ.

en: www.ggzbeleid.nl, VWS, Persbericht: *Rapport Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, Beleidsontwikkelingen in de GGZ: inleiding*

¹⁸ denk hierbij aan: politieke debatten, discussieprogramma's in verschillende media

¹⁹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, brief aangaande: *stappen naar een toegankelijke, betaalbare, solidaire en doelmatige AWBZ; kenmerk: DBO-U-2412236*

Onder meer om bovenstaande redenen, heeft de overheid zich gebogen over de modernisering van de AWBZ. Op deze manier wordt niet alleen de cliënt centraal gesteld, maar wordt tevens gewerkt aan de noodzakelijke kostenbeheersing binnen de gezondheidszorg.

3.2. Modernisering van de AWBZ

De AWBZ blijft een verzekering voor specifieke zorg, die grenst aan de verzekerde zorg in het tweede compartiment van de gezondheidszorgverzekeringen (ZFW). Daarnaast wordt de wet zo veranderd²⁰, dat zij grenst aan voorzieningen van maatschappelijke zorg op gebied van welzijn, onderwijs, arbeid, etc..

Per 1 april 2003 is het Besluit Zorgaanspraken gewijzigd. Bij de vernieuwing van de AWBZ wordt de zorg niet langer bekeken vanuit het oogpunt van de aanbieder, maar veeleer vanuit het oogpunt van de zorgvrager.

In het kader van deze vraaggerichte zorg wordt er functiegericht geïndiceerd, waarna de (zorg)aanspraken functiegericht verwoord worden. Vraaggericht werken is het uitgangspunt en ook het Persoonsgebonden Budget *nieuwe stijl* doet zijn intrede.

Eén van de doelen is, is zorg op maat mogelijk maken. Men krijgt die zorg, die men nodig heeft: niet meer en niet minder. De hulpvraag van de cliënt is bepalend voor de vorm en de hoeveelheid zorg, die hij geleverd krijgt. Er wordt dus veel meer vraaggericht gewerkt.

Bovendien wil de overheid de cliënt in de nabije toekomst laten betalen voor bepaalde vormen van zorg die men geleverd krijgt. In de thuiszorg is dit al gerealiseerd (januari 2004). Eind april 2004 is duidelijk geworden dat de cliënt, die zelfstandig woont en begeleiding krijgt van een GGz-instelling, geen eigen bijdrage hoeft te betalen voor de geboden zorg. Wel blijft de eigen bijdrage voor cliënten, die verblijven in AWBZ-instellingen, van kracht. Op deze manier werkt de overheid actief aan kostenbeheersing in de zorg.

Maar om de modernisering van de AWBZ te realiseren, is men niet over één nacht ijs gegaan. Jarenlange voorbereidingen gingen hieraan vooraf. Enkele van deze voorbereidingen worden hieronder kort weergegeven.

3.2.1. Voorbereiding modernisering AWBZ

Reeds in de jaren '90 is een begin gemaakt met de modernisering van de AWBZ. Men wil meer vraagsturing binnen de zorg en het verzekeringskarakter van de AWBZ versterken. Vanuit de overheid worden er plannen gemaakt om de AWBZ te vernieuwen.

Realisatie modernisering AWBZ

In 1999 is er een uitgebreide discussieronde met het werkveld zorg. Zorginstellingen (zorgaanbieders), verzekeraars en cliëntenorganisaties gaan in gesprek met het kabinet. Samen kijken zij naar hoe langdurige zorg verbeterd kan worden.

In 1999 staat in het rapport 'Zicht op Zorg' hoe de modernisering van de AWBZ gerealiseerd zou kunnen worden²¹.

²⁰ Een nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) zal vanaf 2006 in werking treden, waarin de taak van de gemeente wordt verduidelijkt

²¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nieuwsbrief Modernisering AWBZ, *Vernieuwing van de AWBZ zorg; meer keuzevrijheid voor cliënten*, nummer 1, 3 mei 2001

Er wordt in deze nota beschreven hoe de omslag van aanbodgestuurd naar vraaggestuurd werken, waarin de vraag van de cliënt centraal staat, kan worden gemaakt. Verder wordt er gesproken over veranderingen in wet- en regelgeving en het versterken van de verzekeraarfunctie en de uitvoeringsstructuur.

Ook wordt in het rapport 'Zicht op Zorg' aangegeven dat de persoonsgebonden bekostiging nader moet worden uitgewerkt. Walter Etty²² doet dit in zijn rapport 'de ontvoogding van de AWBZ'. In dit rapport staat onder meer, dat er meer vraagsturing moet komen in de zorg. Een voorwaarde die Etty noemt, is persoonsgebonden financiering. Hij geeft aan dat het van groot belang is de cliënt zeggenschap te geven over zijn budget. Dit vergroot het verantwoordelijkheidsgevoel van de cliënt en dit zal hem sterken in zijn positie om te onderhandelen over de zorg. De cliënt wil immers een goede kwaliteit-prijsverhouding. Bij deze persoonsgebonden financiering onderscheidt Etty twee vormen. Allereerst noemt hij het Persoonsgebonden budget. De cliënt, die een indicatiebesluit op zak heeft, koopt zelf via een eigen budget zorg in (later heet dit: Persoonsgebonden Budget). De tweede vorm is een persoonsvolgend budget. De cliënt krijgt een zorgindicatie en hij laat vervolgens zorg inkopen door een zorgbemiddelaar, te weten het Zorgkantoor. Deze beheert het budget van de cliënt en verzorgt de inkoop van zijn zorg (later heet deze vorm: Zorg in Natura).

In februari 2001 besluit de Tweede Kamer, dat de omslag binnen de AWBZ doorgang moet vinden. Het kabinet vindt dat er in dubbel tempo moet worden doorgegaan met de vernieuwingen binnen de AWBZ. Dat houdt onder meer in dat de persoonsgebonden financiering doorgang moet krijgen. Daarnaast moet er gewerkt worden aan verruiming van het zorgaanbod. Een keuze tussen verschillende zorgaanbieders houdt immers pas echt keuzevrijheid in voor de cliënt. Maar ook op andere fronten wordt er actie ondernomen, zoals de professionalisering van de indicatiestelling en het opzetten van een structurele, AWBZ-brede registratie. Deze verschillende trajecten zijn van groot belang om de modernisering van de AWBZ te doen slagen.

Dynamisch proces

In de jaren die volgen, blijven er ontwikkelingen op het gebied van de modernisering van de AWBZ. De modernisering staat niet stil en is een dynamisch proces. De minister en staatssecretaris van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gaan steeds de discussie aan met werkgroepen, zorgaanbieders, cliëntenorganisaties, etc.²³. Hierdoor werkt zij zoveel mogelijk toe naar een breed gedragen modernisering van de AWBZ.

3.2.2. Hoe ziet de AWBZ er nu uit?

Wanneer de cliënt een hulpvraag heeft, komt hij terecht bij het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO). De hulpvraag van de cliënt wordt vervolgens onderzocht en de indicatiesteller vertaalt deze in 'functies'. Hierbij worden de verschillende zorgsectoren (GGZ, gehandicaptenzorg, verpleging en verzorging, e.d.) vervangen door doelgroepen.

Men neemt nu dus de beperking en de aandoening van de cliënt als uitgangspunt in plaats van de sector, die ondersteuning of zorg biedt.

²² Sinds 1997 mede-eigenaar van Andersson Elffers Felix (Utrecht); een adviesbureau, die o.a. overheidsinstellingen en het bedrijfsleven adviseert

²³ Zie onder meer: nieuwsbrieven Modernisering AWBZ, internetsites, zoals www.opkopzorg.nl, etc.

Aandoeningen of beperkingen, die onderscheiden worden, zijn:

1. somatische aandoeningen of beperkingen;
2. psychogeriatrische aandoening of beperking;
3. psychiatrische aandoening;
4. verstandelijke handicap;
5. lichamelijke handicap;
6. zintuiglijke handicap;
7. psychosociaal probleem.

De verschillende typen instellingen (zoals APZ, RIAGG, RIBW, etc.) worden vervangen door functies. Er wordt bekeken aan welk type begeleiding, ondersteuning of zorg de cliënt behoefte heeft. Er wordt uitgegaan van de cliënt met zijn hulpvraag en niet langer van de instelling, die zorg biedt.

Kortom, de cliënt staat centraal in deze vernieuwde AWBZ. Zijn zorgbehoefte (aandoening/beperking) wordt geïndiceerd in functies, die gezien kunnen worden als bouwstenen van een persoonlijk zorgarrangement.

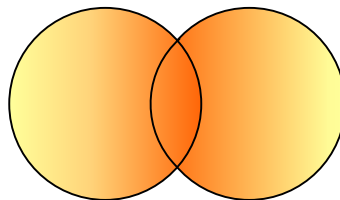
Het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO), waarvan er 78 (september 2003)²⁴ zijn in Nederland (inventarisatierapport HHM, juni 2002), onderzoekt en bepaalt of de verzekerde/de hulpvrager recht heeft op de genoemde functies. De zeven functies die van elkaar worden onderscheiden, zijn:

- 1) Behandeling;
- 2) Activerende begeleiding;
- 3) Ondersteunende begeleiding;
- 4) Verpleging;
- 5) Persoonlijke verzorging;
- 6) Huishoudelijke verzorging;
- 7) Verblijf.

Het RIO indiceert kortom de hulpvraag en zet deze om in functies. Tevens geeft zij aan hoeveel uur de cliënt recht heeft op hulpverlening; de zorgzwaarte.

In de praktijk is het onderscheid tussen de functies is niet altijd even eenvoudig. Het RIO zal in de indicatie vooral het *doel* van de zorgactiviteit bepalend vinden voor de toewijzing van de functie(s). Dat betekent echter dat sommige functies elkaar overlappen of in elkaar overgaan.

Bij de toekenning, wordt gekeken naar de dominantie van de zorgbehoefte. Het gaat er dan om wat de zorgbehoefte van de cliënt is en vervolgens welke functie dominant is, gezien de te realiseren zorgdoelen.



*Fig. 3. Links: ondersteunende begeleiding, rechts: huishoudelijke verzorging.
Mogelijke overlap tussen verschillende functies.*

²⁴ Taskforce RIO's; *Rapportage achterstanden RIO's en LCIG*

Een praktijkvoorbeeld kan zijn: de functie ondersteunende begeleiding is geïndiceerd en de begeleider ondersteunt een cliënt met psychiatrische problematiek bij het structureren van zijn dag. Wanneer door bijv. de griep de huishouding van de cliënt wat rommelig wordt, kan de begeleider dit (samen) met de cliënt oppakken of dit zelfs voor hem doen (functie: huishoudelijke verzorging). De functie huishoudelijke verzorging wordt dan niet apart geïndiceerd, maar er wordt aangenomen dat deze zo nu en dan (niet structureel) door de hulpverlener van de andere functie kan worden opgepakt.

3.2.3. Van hulpvraag naar zorg

Centraal in de modernisering van de AWBZ staat het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO). De indicatiestellers van het RIO voeren een indicatieonderzoek naar de hulpvraag uit, waarbij ze het protocol en een landelijk vastgestelde formulierenset tot hun beschikking hebben²⁵. Op deze wijze draagt het RIO zorg voor een objectieve, onafhankelijke en integrale indicatiestelling.

De cliënt meldt zich aan bij het RIO. Dit kan zelfstandig of via een verwijzende instantie. Er volgt een indicatieonderzoek door één van de indicatiestellers naar de hulpvraag van de cliënt en binnen zes weken na aanmelding neemt het RIO een indicatiebesluit.

Bij spoedeisende hulp kan het echter ook gebeuren dat het zorgkantoor besluit direct toestemming af te geven voor het verlenen van zorg. Achteraf wordt dan een indicatie afgegeven.

Het indicatiebesluit van het RIO bevat een aantal belangrijke punten, die worden uitgesplitst. In het besluit staat aangegeven voor welke functies de cliënt is geïndiceerd. Daarnaast staat het aantal uren zorg per week vermeld, dat de zorgvrager nodig heeft. Deze zorgzwaarte wordt ingedeeld in klassen, die een aantal uren of dagdelen bestrijken. Bij dagbesteding (mogelijk onderdeel van ondersteunende en activerende begeleiding) wordt de zwaarte uitgedrukt in dagdelen. Bij verblijf is sprake van het aantal etmalen per week en bij behandeling wordt geen zorgzwaarte aangegeven. Uiteraard hangen aan de zeven functies een verschillend prijskaartje. Ten slotte staan de ingangsdatum van de zorg en de geldigheidsduur van het indicatiebesluit vermeld. Deze duur kan variëren en is maximaal voor 'onbepaalde tijd'.

Met het indicatiebesluit heeft de cliënt recht op zorg. Het Zorgkantoor dient er vervolgens voor zorg te dragen dat de geïndiceerde zorg ook daadwerkelijk verleend wordt.

Omslagpunt

In beginsel was de overheid van plan om de functies ondersteunende en activerende begeleiding voor eigen rekening te laten komen van zelfstandig wonende GGZ-cliënten. In april 2004 is echter duidelijk geworden, dat deze plannen niet doorgaan.

Om kostenbeheersing in de extramurale zorg te waarborgen, is er een omslagpunt geregeld voor de Zorg in Natura (ZiN). Er dient immers steeds gekeken te worden naar de doelmatigheid van de verleende zorg. Wanneer bijv. het verlenen van ambulante zorg duurder wordt dan een opname in een instelling, zal toch voor deze laatste zorgvariant gekozen worden. Op deze manier lijkt de overheid een garantie te hebben ingebouwd om de kosten van de gezondheidszorg (verder) te beheersen.

²⁵ Handleiding formulierenset voor indicatiestelling AWBZ en Wvg, publicatieversie, 10 januari 2003

Er dient steeds te worden gekeken naar de verleende extramurale zorg en het kosten hiervan.

Vraaggerichte (extramurale) gezondheidszorg kent kortom financiële grenzen. Het lijkt er sterk op dat de eigen zeggenschap van mensen wordt gebonden aan de financiële grenzen, die de overheid stelt. Daar is niets mis mee; de overheid heeft immers de verplichting om zorg te regelen voor alle burgers van haar land en niet slechts oog te hebben voor het individu. De vraag is echter, hoe scherp de financiële grenzen gesteld worden en wat de daar uit voortvloeiende consequenties voor de cliënt zijn.

3.2.4. Zorg in Natura of PGB

Wanneer de cliënt zijn indicatiebesluit heeft ontvangen, kan hij zelf bepalen van welke instelling hij zorg wil ontvangen. De cliënt kan kiezen tussen Zorg in Natura (ZiN) en het Persoonsgebonden Budget (PGB).

Voor de functies 'verblijf' en 'behandeling' bestaat deze keuzemogelijkheid (nog) niet. Deze functies zijn namelijk sterk gebonden aan instellingen met grote kapitaal-lasten en door het karakter van zorg en beperkte inkoopmogelijkheden hiervan.

a. Persoonsgebonden Budget (PGB)

Wanneer de cliënt kiest voor een Persoonsgebonden Budget, kent het Zorgkantoor de cliënt een budget toe. Zij beslist tevens over de grootte van het budget.

Wanneer de cliënt beschikt over deze som geld, kan hij zelf een zorginstelling of particuliere hulpverlener inkopen om aan zijn zorgbehoefte te voldoen. De cliënt heeft dan rechtstreeks te maken met de zorgverlener. Samen onderhandelen zij over de verleende zorg en de prijs hiervan.

Per 1 april 2003 is het PGB vereenvoudigd. Door de aanspraken op zorg te omschrijven in functies is één AWBZ-brede PGB-regeling ontstaan. Dit was een belangrijke voorwaarde om tot werkelijke ontschotting van de zorg te komen. De cliënt kan nu kijken welke zorg hij nodig heeft en hierbij zorg uit verschillende sectoren gebruiken.

Middels een PGB kan de cliënt niet alleen deskundige en professionele hulp inhuren, maar tevens kan hij hiermee de buurman of buurvrouw betalen voor de zorg die zij bieden.

PGB kritisch bezien

Voor de zorgverlener, die betaald krijgt via het PGB, geldt dus geen deskundigheidsvoorwaarde. Dit staat tevens vermeld in de Nieuwsbrief Modernisering AWBZ²⁶ waarin de vernieuwing van het PGB wordt toegelicht. Er staat: 'de klant hoeft geen speciale bescherming via regelgeving over de kwaliteit die hij inkoopt. Wel moet hij goed worden geïnformeerd.' Uiteraard zijn er vele zorgvragers die met het PGB geholpen zijn en zo voldoende, al dan niet gekwalificeerde, zorg ontvangen.

Ik vraag me echter af of het voor de cliënt met een psychiatrische ziekte ook zo simpel is. Enkelen zullen goed overweg kunnen met het PGB en de voordelen hiervan benutten. Anderen zullen mijns inziens niet altijd kunnen inschatten wie hen kan voorzien van professionele en effectieve begeleiding. Met de huidige regelgeving is het mogelijk, dat een cliënt zorg inkoopt bij een begeleider, die niet

²⁶ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nieuwsbrief Modernisering AWBZ, *Vernieuwing van het persoonsgebonden budget, debat met cliëntenorganisaties*, nummer 1, 3 mei 2001

gekwalficeerd is en nauwelijks of geen kennis heeft van psychiatrische ziektebeelden. Ik vraag me af of de cliënt hier op lange termijn mee geholpen is? Want hoe gaat het wanneer de cliënt dreigt te terug te vallen en zijn begeleider niet is geschoold of nauwelijks ervaring heeft? In dat geval kan hij de signalen niet of nauwelijks herkennen en hierop geen actie ondernemen. Een dergelijke situatie kan leiden tot een (tijdelijke) opname, die anders wellicht te voorkomen was geweest. Ik wil dan ook pleiten voor een soort 'kwaliteitslabel' van de zorg die men inkoopt. Het Zorgkantoor kan deze verschaffen aan zorgaanbieders met een relevant deskundigheidsniveau. In mijn optiek loopt niet alleen de cliënt hierdoor minder risico, maar lijkt de overheid op lange duur ook goedkoper uit te zijn.

b. Zorg in Natura (ZiN)

Het kan echter ook dat de cliënt kiest voor Zorg in Natura. De cliënt kiest dan voor zorg, die wordt verleend door een instelling/zorgaanbieder. De cliënt beheert in dit geval niet zelf het geld dat met zijn zorg gemoeid is. Dit wordt verzorgd door het Zorgkantoor.

Het Zorgkantoor heeft contracten afgesloten met verscheidene zorgaanbieders en heeft helder voor ogen welke zorg de cliënt geboden kan worden. Doordat het Zorgkantoor op de hoogte is van het aanbod van de zorgaanbieder, kan de zorgaanbieder zich onderscheiden. Deze kan immers zorg bieden door verschillende functies aan te bieden, waardoor er per cliënt een individueel zorgarrangement kan worden geleverd. Of de zorgaanbieder kan zich specialiseren in één of meer functies. De cliënt kan deze mogelijkheden meenemen in zijn keuze.

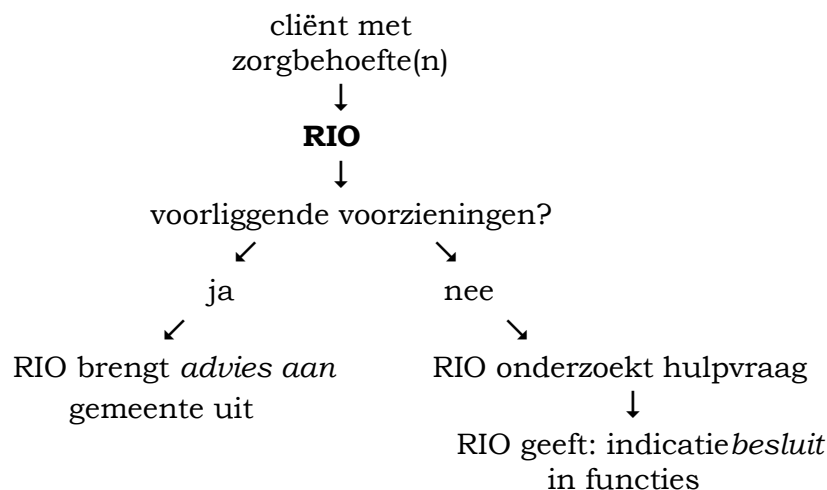
Uiteraard is nog niet alles gerealiseerd, maar dit scenario dient wel als doelstelling voor de toekomst. Het is dan ook van groot belang, dat de verschillende en reeds bestaande zorgaanbieders zich profileren.

Daarnaast zou het goed zijn wanneer nieuwe zorgaanbieders hun opgang maken. Hier kan de cliënt immers van profiteren: meer concurrentie zorgt idealiter voor een scherpere prijs-kwaliteit verhouding.

Hulpvraag in kaart gebracht

Door de modernisering van de AWBZ staat de hulpvraag van de cliënt centraal en kan de cliënt bovendien zelfstandig kiezen voor een zorgverlenende instelling of zorgverlener.

Wanneer we de volgorde van de indicatiestelling en de mogelijkheden om de aanspraak te maken op zorg, die tot uitdrukking is gebracht in functies, schematisch bezien, ziet het er als volgt uit:



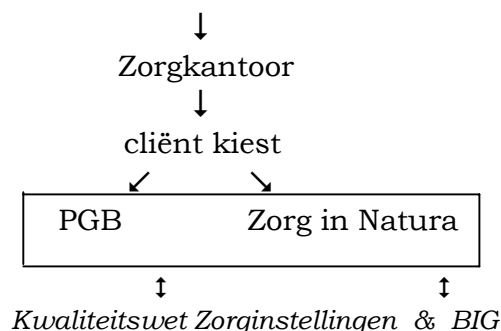


Fig.4 Mogelijkheden zorginkoop bij modernisering AWBZ; december 2003

In figuur 4 worden de huidige mogelijkheden van de cliënt in kaart gebracht. Het wordt zichtbaar dat het RIO een 'voorkeur'functie heeft. Zij bepaalt of de cliënt daadwerkelijk recht heeft op zorg. Hierin wordt zij gestuurd door het Besluit Zorgaanspraken (BZA).

Bovendien kijkt het RIO naar de 'voorliggende voorzieningen' die de gemeente beheert. Hierdoor vindt de eerste tweesplitsing (fig.4) plaats. Er is immers niet voor elke zorgbehoefte een AWBZ-verstrekking noodzakelijk. Soms kan een zorgbehoefte worden opgelost door gebruik te maken van voorzieningen van de gemeente. Wanneer de gemeentelijke voorzieningen de zorgbehoefte echter niet (voldoende) oplossen, vindt er een indicatieonderzoek plaats, waaruit het indicatiebesluit voortkomt. Met het indicatiebesluit in de hand kan de cliënt kiezen of hij *zelfstandig* zorg inkoopt via een zorginstelling of particuliere zorgaanbieder (PGB) of dat hij Zorg in Natura verkrijgt via gecontracteerde zorgaanbieders (ZiN).

3.3. Verdeling van verantwoordelijkheden en mogelijke gevolgen

Het kabinet wil in de toekomst de verantwoordelijkheden verdelen. Zij legt in de eerste plaats een grotere verantwoordelijkheid neer bij de burger zelf. De cliënt is in grote mate zelf verantwoordelijk voor het organiseren van zorg. Deze verantwoordelijkheid geldt zowel op praktisch als op financieel gebied.

Bovendien verschuift de verantwoordelijkheid voor zorg van landelijke overheid naar lokale overheid. De gemeenten zijn in de eerste plaats verantwoordelijk voor het verdelen van zorg en de kostenbeheersing hiervan. Zie fig. 5.

De minister en de staatssecretaris van VWS geven aan in een brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer²⁷, dat een dergelijke verantwoordelijkheidsverdeling gevolgen heeft voor het heroverwegen van een aantal aanspraken in de AWBZ en dat dit gevolgen heeft voor de maatschappelijke zorg op lokaal niveau. Deze dient immers helder en bereikbaar te zijn.

3.3.1. Zorg op lokaal niveau

De overheid wil het stelsel van zorg en maatschappelijke ondersteuning aanpassen. Een nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning²⁸ is in de maak. Het wetsvoorstel zal in het najaar van 2004 gereed zijn en in 2006 treedt de wet in werking. Hierin staat onder meer dat de gemeente in de nabije toekomst een zwaardere verantwoordelijkheid krijgt ten aanzien van de kwaliteit van leven van haar inwoners.

Zij dient aanvullende voorzieningen zo te verdelen dat burgers, die niet langer zelf regie kunnen voeren en/of dit financieel niet kunnen bolwerken, hierop aanspraak

²⁷ www.opkopzorg.nl, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, brief aan voorzitter van de Tweede Kamer, 15 september 2003

²⁸ Deze wet werd voorheen aangeduid met de term: Wet Maatschappelijke Zorg

kunnen maken. Zij is kortom verantwoordelijk voor een goede en evenwichtige verdeling van aanvullende voorzieningen. Aan de andere kant wordt zij door de landelijke overheid tevens verantwoordelijk gesteld voor het beheersen van de(z) kosten.

De wet geeft verder duidelijkheid over wat burgers van hun gemeente mogen verwachten aan publieke ondersteunende voorzieningen, wanneer zijzelf niet langer verantwoordelijk kunnen zijn voor hun leven en de invulling hiervan.

Daarnaast kijkt de minister naar de mogelijkheden om in deze wet de verschillende rollen van de gemeente vast te leggen, zoals regievoeder, indicatiesteller, aanbieder van ondersteunende diensten. Ook de rol van de verzekeraars van de AWBZ wordt hierin belicht.

Verder vindt het kabinet het van groot belang, dat de lokale overheden transparantie beogen in deze zaken. Zij dienen openheid van zaken te geven naar hun burgers. Het kabinet is namelijk van mening, dat de gemeente als gevolg van deze openheid zal streven naar een verbetering van diensten aan haar burgers. De overheid onderzoekt nader wat een dergelijke verantwoordelijkheidsverdeling voor gevolgen kan hebben.

Wanneer de lokale overheid meer verantwoordelijkheid krijgt op het gebied van het verstrekken van voorzieningen, geldt dit tevens voor voorzieningen aan de GGz-cliënt. De gemeente heeft hierin echter geen ervaring.

Vindicta kan hier wellicht een sturende rol in spelen. Wanneer zij in een vroeg stadium contacten legt met de gemeenten, kan zij wellicht haar visie en werkwijze kenbaar maken. Op deze manier kan Vindicta wellicht de toekomstige werkwijze van de gemeente richting geven, wat de cliënt ten goede komt.

3.3.2. Heroverwegen AWBZ-aanspraken

Daarnaast wordt de burger steeds meer zelf verantwoordelijk gesteld voor (het realiseren van) zorg op het gebied van wonen, vervoer en zorg. Ook delen van persoonlijke verzorging, ondersteuning en begeleiding van zelfstandig wonen kunnen hieronder vallen. In de brief aan de Tweede Kamer geven de minister en staatssecretaris aan, dat dit alles nader onderzocht dient te worden.

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning dient het mede mogelijk te maken dat cliënten zelfstandig blijven wonen en een verschuiving naar intramurale zorg uit blijft. De gemeente zou echter gebaat kunnen zijn met een dergelijke verschuiving. Op die manier bespaart zij immers behoorlijk op kosten vanuit de aanvullende voorzieningen.

Tevens worden de plannen steeds concreter om de op genezing gerichte zorg (cure) binnen de GGz en de extramurale GGz-zorg in zijn geheel (nu nog vallend onder het eerste compartiment AWBZ) over te hevelen naar het tweede compartiment (standaardverzekering curatieve zorg)²⁹. Langdurige, continue zorg GGz in de thuissituatie valt dan onder de standaardverzekering curatieve zorg.

Bovendien wil de minister het eerste jaar verblijf in een intramurale instelling door de standaardverzekering laten vergoeden. Daarna gaat de zorg over in de AWBZ. De voorlopig vastgestelde overhevelingsdatum hiervan is 1 januari 2006.

Dat betekent dat de AWBZ uitsluitend gebruikt zal worden door mensen met beperkingen, die langdurige (meer dan één jaar) continue zorg nodig hebben. Hierbij denkt de minister tevens aan de chronisch psychiatrische patiënt, die in verblijf in

²⁹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Overheveling 'op genezing gerichte zorg'*, 28 november 2003

een intramurale setting. Deze zorg kan dan worden verleend in een beschermde omgeving, waarvoor het gehele pakket kan worden geïndiceerd (de AWBZ-verstrekking blijft van kracht). Regionale Instellingen voor Beschermende Woonvormen (RIBW's) vallen onder deze regeling.

3.3.3. Toekomstbeeld

Wanneer men de eigen verantwoordelijkheid van de burger en de groeiende verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de gemeente aan elkaar koppelt, komt men tot het volgende toekomstbeeld.

De burger bekijkt allereerst of hij zijn zorgbehoefte zelf kan organiseren door bijvoorbeeld gebruik te maken van mantelzorgers. De overheid wil familie, burens en vrienden weer meer 'inzetten' voor de zorg van hun naaste. Hierdoor wil de overheid de participatie van de cliënt in de samenleving doen toenemen. De vraag is echter, wat dit betekent voor de keuzevrijheid van familie. Want ook de familie van de cliënt is individualistischer geworden en wanneer er gesproken wordt over een groeiende mantelzorg, dient de overheid hiermee rekening te houden. Tevens werkt het vergroten van de mantelzorg natuurlijk positief op het budget van de zorgvraag. Hoe meer zorg wordt verleend door naasten, hoe minder de zorgvraag bij de overheid terecht komt. Kostenbeheersing is een belangrijk punt in deze.

Wanneer het de burger niet lukt of niet afdoende lukt om zijn zorg zelf te organiseren, stapt hij naar de gemeente toe. Deze kan hem verschillende vormen van maatschappelijke ondersteuning bieden, onder meer op het gebied van wonen, zorg en welzijn (zie ook fig. 4). Wanneer de zorgbehoefte hiermee echter niet afdoende is verholpen, staat de weg naar het RIO, en hiermee een indicatie voor AWBZ-aanspraken, open.

Daarnaast groeien ook de verantwoordelijkheid en de bevoegdheden van de gemeenten. Zij worden steeds vaker direct verantwoordelijk voor de kwaliteit van leven van hun inwoners, die een beperking hebben. Zij kunnen mensen met een beperking zoveel mogelijk tegemoetkomen door verschillende voorzieningen af te stemmen op het individu en hiermee zorg op maat te leveren. De overheid denkt hierdoor niet alleen kwaliteit van zorg te leveren aan de mondige cliënt, maar tevens de groeiende kosten van de AWBZ-zorg in te perken.



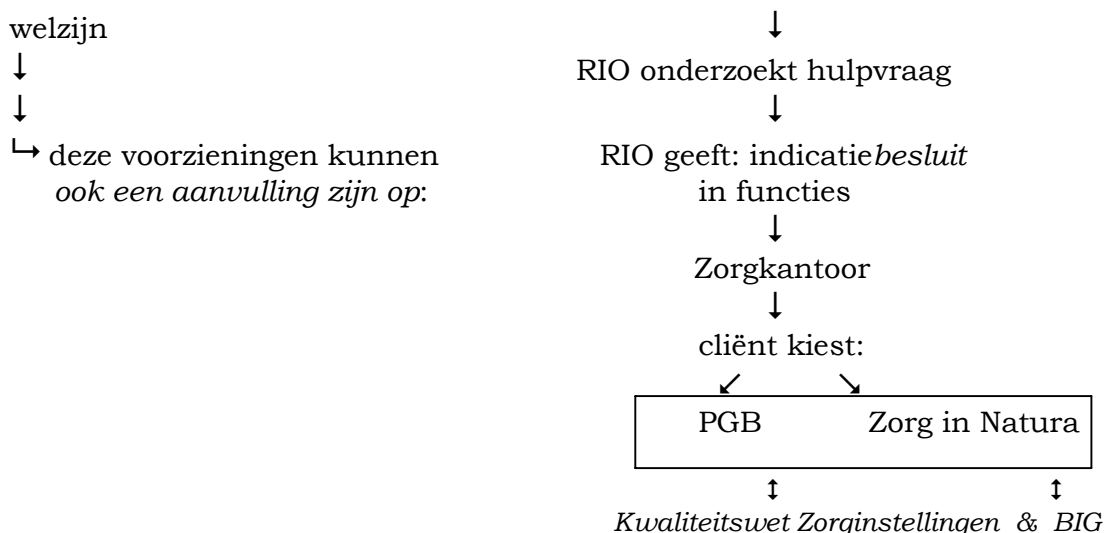


Fig.5 **Toekomstige** verantwoordelijkheidsverdeling, geformuleerd door staatssecretaris en minister VWS, september 2003.

Bovengenoemde maatschappelijke visie van de overheid, met het oog op de AWBZ-zorg, is nog niet definitief en eenduidig. Ook over dit onderwerp is nog volop discussie en wet- en regelgeving dient op verschillende gebieden te worden aangepast en ontworpen.

Toekomstbeeld kritisch bezien

Ik vraag me echter af wat er gebeurt wanneer de gemeente blijft bezuinigen op allerlei voorzieningen? Want enerzijds wordt de gemeente verantwoordelijk gesteld voor haar burgers die, ondanks hun handicap, kwaliteit van leven nastreven. Hieraan dient zij tegemoet te komen door middel van voorliggende en aanvullende voorzieningen op het gebied van wonen, vervoer, welzijn, etc.. En anderzijds dient de lokale overheid te bezuinigen. Hierdoor worden aanvullende voorzieningen niet altijd even gemakkelijk verstrekt. Er zijn nu al berichten bekend, waaruit blijkt dat gemeenten bijvoorbeeld besparen op de Wet Voorzieningen Gehandicapten (Wvg)³⁰. De burger krijgt niet waar hij recht op heeft en krijgt hierdoor te maken met rechtsongelijkheid en een mogelijk verminderde zelfredzaamheid.

Participatie in de samenleving en zelfstandig wonen worden hierdoor bemoeilijkt. Terwijl dit juist belangrijke nevendoelen zijn van de modernisering van de AWBZ. Ik vraag me dan ook af hoe ver de bezuinigingen op gemeentelijk niveau gaan? De cliënt met een handicap lijkt hier gemakkelijk de dupe van te kunnen worden en dit vind ik zeer zorgelijk.

En dan spreek ik nog niet eens over psychiatrische cliënt in het bijzonder. Het gaat hier immers maar al te vaak om een groep, die niet mondig is, niet op de hoogte is van haar rechten of beschikt over mogelijkheden om haar rechten te halen. Waar blijft deze niet-mondige psychiatrische patiënt in deze nieuwe regelgeving?

3.4. Wettelijke grenzen van de AWBZ

In 2002 zijn alle vernieuwingen van de AWBZ vastgelegd in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ (BZA AWBZ). De BZA met de bijbehorende toelichting geldt momenteel als gids in de vernieuwde regelgeving van de AWBZ. Deze nieuwe afspraken over de AWBZ-zorg zijn echter nog steeds aan verandering onderhevig.

³⁰ Algemeen Dagblad, *Gemeenten houden WVG-geld in zak*, 17 februari 2004.

Dit blijkt onder meer uit een uitgave op 27 november 2003 van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ)³¹, dat zich uitspreekt over functiegericht indiceren. Het CVZ heeft een toelichting uitgebracht, waarin de aanspraakregelingen geformuleerd in het BZA, worden verduidelijkt. Het College geeft verder aan, dat deze regelgeving niet definitief is en hier aanpassingen op kunnen komen vanuit de overheid.

3.4.1. Grens AWBZ en ZFW

Zoals gezegd, denkt de Tweede Kamer er over om de 'op genezing gerichte zorg' (cure) uit de AWBZ over te hevelen naar de zogenaamde standaardverzekering curatieve zorg, die wordt ingevoerd in 2006. Dit geldt zowel voor de curatieve GGZ als voor extramurale zorg GGZ.

Aan het begin van dit hoofdstuk (§ 3.1., 3.1.1.) kwam naar voren, dat de AWBZ en het tweede compartiment (ZFW; huisarts, ziekenhuiszorg, etc.) complementair zijn en nauw grenzen aan elkaar. Bovendien is er dus vooralsnog nog geen eenduidige scheiding tussen cure en care aangebracht door de overheid. Hierdoor is het soms lastig te bepalen welke zorg vanuit welk verzekeringspakket vergoed wordt.

Het CVZ (2003, p.4) geeft aan dat vooral in de sfeer van de functies behandeling en activerende begeleiding er een overlappend gebied tussen eerste en tweede compartiment bestaat.

De toekenning van aanspraken is dan ook primair de taak van het CVZ. Dit college zorgt voor de afbakening tussen de AWBZ en de ZFW. Hierbij gebruikt zij als criterium ondermeer wat in de beroepsgroep gebruikelijk is en wat de daarmee overeenstemmende beroepsprofielen zijn. Ook geldt jurisprudentie als criterium. Over het algemeen is het echter zo, dat de zorg die normaliter geleverd wordt in het tweede compartiment niet onder de AWBZ-aanspraken valt.

ZFW kritisch bezien

Wat nauw samenhangt met deze kwestie is de vraag hoeveel de overheid nog wil gaan bezuinigen op de Ziekenfondswet. Dit is immers in volle gang (v.a. januari 2004) en ik vraag me af of daarmee de kwaliteit van zorg nog wel gegarandeerd is en blijft.

Hoe kan de chronisch psychiatrische cliënt hier niet de dupe van worden, vraag ik me af. De psychiatrische cliënt kampt immers maar al te vaak met verschillende problematiek, zowel op psychisch als wel op somatisch vlak. Hierdoor zullen zij vaker een beroep doen op de ZFW en een hoge kostenpost zijn voor de verzekeraar. Verzekeraars zullen, zo lijkt mij, dan ook niet staan te springen om veel mensen met zware, chronische psychiatrische problematiek in hun bestand op te nemen. Daarnaast wordt er op veel vlakken binnen de ZFW bezuinigd. De mens met een psychiatrische handicap zal dan ook worden geconfronteerd met hoge kosten, die voor eigen rekening komen. Denk alleen maar eens aan medicatiekosten. Door dergelijke hoge kosten, groeit de kans dat de cliënt met psychiatrische problematiek terecht komt in een marginale positie. Hierdoor neemt mijns inziens de kans op spanning toe, waardoor een terugval op de loer ligt. Hierbij ga ik uit van het kwetsbaarheid-stress model³².

³¹ College voor Zorgverzekeringen (CVZ), *Functiegerichte aanspraken; een gids voor uitleg in de praktijk*, 27 november 2003

³² *Handboek Psychopathologie, deel 1 Basisbegrippen*, onder red. van: Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G., Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem, 2000

Ik vraag me dan ook af hoe de psychiatrische cliënt zich hierin staande kan houden? Ook binnen de woonvorm merken mijn collega's en ik dat mensen steeds moeilijker rond kunnen komen van hun minimale inkomen. En ook psychiatrische cliënten die zelfstandig wonen, worden hier ongetwijfeld mee geconfronteerd. Zorg om het dagelijkse bestaan en financiën kunnen een bron van stress zijn, waardoor symptomen van de psychiatrische ziekte zich (opnieuw) kunnen manifesteren. En hiermee riskeert de overheid mijns inziens een toename van overlast, ongewenste en onnodige (!) opnames, etc.. Om nog maar niet te spreken over het individuele leed dat hiermee gepaard gaat. Want dat laatste is zeer zeker het geval!

3.4.2. Grens AWBZ en welzijn

De AWBZ grenst niet alleen aan de ZFW, maar ook aan voorzieningen van maatschappelijke zorg op terreinen van welzijn, arbeid, onderwijs, maatschappelijke opvang, etc., waarvoor dus de gemeente verantwoordelijk wordt gesteld. Zo staat in het tweede artikel van het BZA (CVZ, 2003, p. 3), dat de verzekerde recht heeft op de in het eerste lid benoemde zorgvormen (functies), voorzover die zorg niet kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling.

Door deze voorwaarde te benoemen, wordt de AWBZ-aanspraak enigszins beperkt. Immers, wanneer de behoefte van de cliënt kan worden vervuld en bekostigd vanuit een andere, voorliggende voorziening, gaat de voorkeur hiernaar uit (fig. 5).

In het verleden is het zo gegroeid, dat sommige welzijnachtige voorzieningen deel zijn gaan uitmaken van het verzekerde (AWBZ) pakket. In intramurale zorg, zoals het verzorgingstehuis, kunnen immers allerlei voorzieningen automatisch onder het AWBZ-aanbod vallen. Denk hierbij aan zorg, ontspanning, maaltijdsdienst, advisering, etc..

Maar wanneer mensen zelfstandig wonen, moeten zij, om in aanmerking te komen voor dergelijke voorzieningen, een beroep doen op voorzieningen van maatschappelijke zorg, welke verzorgd wordt door de gemeente. Alle andere zaken, zoals activerende en ondersteunende begeleiding vallen vooralsnog onder de AWBZ-vergoeding.

De AWBZ en de Welzijnswet hebben kortom een aantal raakvlakken, waarmee men nu geconfronteerd wordt. Het mag duidelijk zijn dat ook de afbakening tussen AWBZ-zorg en welzijn een discussiepunt is binnen de overheid. Met de voorgenomen Wet op Maatschappelijke Ondersteuning zal hierover meer duidelijkheid komen.

Andere wettelijke regelingen

Uiteraard zijn er meer sectoren en/of regelingen, waarbij de grens van AWBZ-aanspraken wordt opgezocht. Het voert echter te ver om al deze zaken hier te melden. Wel is het helder, dat de AWBZ zich steeds verder blijft ontwikkelen. Toetsing en bijstelling van de mogelijkheden en aanspraken zijn dan ook te verwachten. Bovendien zal het hierdoor nodig zijn bestaande wetgeving aan te passen en nieuwe wetten te ontwikkelen.

Een groot nadeel van de steeds veranderende wet- en regelgeving, is dat het begrip van de cliënt op het gebied van vergoedingen hierdoor sterk kan afnemen. Het blijft dan ook van groot belang dat de overheid de cliënt blijft informeren en de nodige maatregelen treft om de drempel naar voorzieningen zo laag mogelijk te houden.

3.5. Regionaal Indicatie Orgaan: indiceren

Om de vernieuwing van de AWBZ te realiseren, werd al vroeg in het proces gepraat over het terugleiden van de hulpvraag naar 'functies'. Aanspraken op de zorg

moesten verwoord worden in functies in plaats van in producten, die zorgaanbieders hebben. Hiermee wordt functiegericht indiceren van groot belang. Immers; de cliënt met zijn individuele zorgvraag wordt centraal gesteld en dit is een belangrijke voorwaarde om de omslag van aanbodgestuurd naar vraaggestuurd werken te garanderen.

Daarnaast was het van belang dat de indicatiestelling objectief, onafhankelijk en integraal gebeurde. Een apart indicatieorgaan was kortom noodzakelijk om de omslag binnen de AWBZ te garanderen.

Hieronder komt de indicatieprocedure van het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) aan bod. Verschillende gesprekken met medewerkers van het RIO Midden-Holland hebben tot extra verdieping van de gegevens geleid. Waar mogelijk wordt er gewezen op deze gesprekken.

3.5.1. Regionaal Indicatie Orgaan (RIO)

Het Regionaal Indicatie Orgaan is onder meer ontwikkeld om de objectiviteit, de onafhankelijkheid van de indicaties en integrale (dat wil zeggen: AWBZ-brede) indicaties te garanderen.

Goed functionerende indicatieorganen zijn een voorwaarde om de AWBZ-brede zorg beter in kaart te brengen en om de zorgvraag van de cliënt centraal te stellen. Het RIO geeft aan binnen welke (financiële) kaders een zorgplan, door zorgaanbieder en cliënt samen, dient te worden opgesteld.

De RIO's zijn volop in ontwikkeling. Steeds zijn haar medewerkers actief om de indicatieprotocollen zo goed mogelijk uit te voeren en deze te toetsen aan de praktijk. Dat betekent dat indicaties soms langer duren dan noodzakelijk is. Daarnaast is de zorgvraag enorm en deze lijkt nog steeds toe te nemen, waardoor indicaties op zich kunnen laten wachten.

Indicatieprocedures

In het indicatieonderzoek dat indicatiestellers uitvoeren, wordt de zorgbehoefte van het individu verkend in relatie tot de (hulp)vraag, de ziekte, aandoening, stoornis en beperking, de persoonlijke situatie en mogelijke remedies.

Het RIO heeft verschillende indicatieprocedures om tegemoet te komen aan de verschillende zorgvragen en om de indicaties doelmatig te kunnen afhandelen. Allereerst is er de directe afhandeling, waarbij direct een indicatie wordt afgegeven zonder verdere informatievergaring of een huisbezoek.

Daarnaast bestaat de verkorte procedure. In dit geval vindt de indicatiestelling telefonisch of schriftelijk plaats. Veel problemen worden op deze wijze geïndiceerd, denk aan: de overgang van ziekenhuis naar verpleging thuis.

Vervolgens bestaat er de standaard indicatieprocedure, waarbij de indicatiesteller een huisbezoek aflegt.

En ten slotte indiceert het RIO sommige zorgvragen met een uitgebreide procedure. Hierbij gaat de indicatiesteller niet alleen op huisbezoek, maar vindt er tevens een multidisciplinair overleg plaats over het te nemen indicatiebesluit of wordt er een (externe) deskundige geraadpleegd. Deze procedure vindt plaats bij ingewikkelde situaties, waarbij eventueel meerdere hulpverleners betrokken zijn.

Centralisatie RIO's

Het RIO hanteert bij haar indicatieonderzoeken de 'Formulierenset indicatiestelling AWBZ en Wvg'. Deze formulierenset bestaat uit meerdere onderdelen en wordt vanaf april 2003 landelijk gebruikt. De formulierenset is gebaseerd op de ICF;

International Classification of Functions³³. Op deze wijze hanteren de RIO's in Nederland zoveel mogelijk eenzelfde protocol, wat hun werkwijze zo transparant en toetsbaar mogelijk maakt.

Het College voor Zorgverzekeringen³⁴ uit echter in een brief aan de staatssecretaris van VWS haar zorg over verschillen ten aanzien van de indicatiestellingen en hieruit voortvloeiende rechtsongelijkheid. Om de uniformiteit, kwaliteit en doelmatigheid in de indicatiestelling te vergroten, wordt de indicatiestelling voor AWBZ-aanspraken per 1 januari 2005 gecentraliseerd. De RIO's gaan op in het Landelijk Centrum Indicatiestelling zorg³⁵.

Taskforce RIO

Om problemen binnen de RIO's niet verder te laten oplopen, is 'Taskforce RIO' sinds 15 september 2003 actief. Het is een initiatief van het Platform Modernisering AWBZ³⁶. Het ministerie VWS draagt hiervoor de eindverantwoordelijkheid.

Taskforce RIO heeft als doel korte termijn problemen bij de RIO's op te lossen en tevens structurele oplossingen aan te bieden. Zij is van mening dat het van groot belang is een aanpak te ontwikkelen, die werkdruk bij de RIO's verder voorkomt. Het RIO heeft een dynamisch karakter, want binnen het kabinet wordt nog steeds gesproken over noodzakelijke ontwikkelingen binnen de indicatie organen.

Er is een toename in de vraag om indicatieonderzoeken geconstateerd³⁷ en dit lijkt een gevolg te zijn van herindicatieverzoeken van reeds in zorg zijnde cliënten. Als reden voor deze groeiende instroom binnen de GGZ, geeft de Nieuwsbrief Invoering Functiegericht Indiceren³⁸ aan, dat (rondom oktober 2003!) bij het RIO en bij zorgaanbieders onduidelijkheden bestaan over welke GGZ-aanvragen en cliënten door het RIO geïndiceerd dienen te worden.

Staatssecretaris van VWS (13 november 2003) geeft in haar brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer aan, dat er onderzoek dient te worden verricht naar de groeiende instroom.

3.5.2. Midden-Holland en GGZ-indicaties

In de regio Midden-Holland is er sinds juli 2002 toegewerkt naar indicatiestellingen binnen de Geestelijke Gezondheidszorg. Op verschillende manieren heeft het RIO Midden-Holland zich voorbereid op indicatiestellingen binnen de GGZ, zo blijkt uit gesprekken gevoerd met medewerkers van het RIO Midden-Holland en met de aanmeldcoördinator Vindicta RIBW regio Midden-Holland, mevr. Van Leeuwen.

Voorbereiding indicaties GGZ

Allereerst heeft het RIO een indicatiesteller kennis laten maken met de verschillende GGZ-aanbieders in de regio. Deze medewerker liep een dag mee bij verschillende instellingen, zoals het psychiatrisch ziekenhuis de Robert-Fleury Stichting (te Gouda), de RIAGG en Vindicta RIBW. Deze bezoeken en contacten

³³ Tijdschrift voor Verpleegkundigen, Hoogerduin, J., Schrijvers, G.; *Regionale indicatiestelling en vernieuwing AWBZ; RIO, toegangspoort tot de zorg*, Dossier Actueel, deel 2, jaargang 113, nr. 3, 2003

³⁴ College voor Zorgverzekeringen, *Rapportage indicatiestelling AWBZ-aanspraken*, augustus 2003

³⁵ VWS, *Plan van aanpak Centraliseren Indicatiestelling AWBZ*, februari 2004

³⁶ In het Platform Modernisering AWBZ zijn vertegenwoordigd: CvZ, LCIG, LVIO, LZA, ZN en VWS. Het ministerie van VWS is opdrachtgever.

³⁷ Staatssecretaris VWS, Ross-van Dorp, C., *antwoorden naar aanleiding van AO 13 november 2003*, 13 november 2003, Den Haag

³⁸ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nieuwsbrief Invoering Functiegericht Indiceren, LVIO, Jaargang 1, nummer 6, oktober 2003

vergroten het inzicht voor de medewerkers van het RIO, maar betekenden tegelijkertijd winst voor de zorgaanbieder. Deze is immers vanaf het begin op de hoogte van de veranderingen op het gebied van indicatiestellingen binnen de GGZ en heeft mede hierdoor een aanspreekpunt voor vragen en/of opmerkingen over de indicatiestellingen.

Daarnaast was dezelfde medewerker actief in de Langdurig Zorg Afhankelijke Commissie (indicatiecommissie voor langdurige zorg – LZA). Hierin deed zij ervaring op met het indiceren van mensen met een zorgvraag binnen de GGZ.

Een derde manier om het RIO Midden-Holland voor te bereiden op indicaties binnen de GGZ, is het 'binnenhalen' van GGZ-deskundigheid. Drie medewerkers zijn aangetrokken vanuit het werkveld. Eén van hen is B-verpleegkundige, de ander heeft binnen een beschermende woonvorm gewerkt en de derde is tijdelijk gedetacheerd vanuit Vindicta RIBW.

Bovendien heeft het RIO Midden-Holland, in de beginfase, gebruik kunnen maken van een multidisciplinair team. Hier werkte de heer Treur (regiomanager Vindicta RIBW) en een psychiater vanuit de RFS aan mee. Zij waren op deze manier beschikbaar voor aanvullende informatie. Ook nu nog kunnen de indicatiestellers bij twijfel een psychiater consulteren. Bovendien vindt er regelmatig overleg plaats, waarin een RIO-arts deelneemt die beschikt over psychiatrische kennis.

Het RIO Midden-Holland lijkt kortom voldoende GGZ-deskundigheid in huis te hebben of kan, indien wenselijk, kennis op GGZ-gebied inschakelen. Hiermee lijkt zij in voldoende mate te voldoen aan de voorwaarden, die vanuit het werkveld zijn genoemd³⁹. De medewerkers maken zich dan ook hard voor een eigen vakgebied en voor realistische GGZ-indicaties lijkt dit zeer relevant.

Er is echter pas besloten, dat het RIO Midden-Holland voor indicaties binnen de GGZ niet meer alleen indicatiestellers met GGZ-kennis inzet⁴⁰. Indicatiestellers dienen op alle terreinen onderzoek te kunnen plegen en besluiten te kunnen afgeven.

Knelpunten

Knelpunten die spelen bij het RIO Midden-Holland, maar ook landelijk bekend zijn, kwamen onder meer in het interview naar voren⁴¹.

Ten eerste moeten de functies nog steeds worden geconverteerd naar zorgproducten en omvang. De cliënt vraagt nog naar producten en naar wie deze zorg kan bieden⁴².

Ten tweede lijkt het computerprogramma, waarin de besluiten worden verwerkt, niet bijzonder geschikt voor de GGZ. Het blijkt lastig om zorgvragen in te vullen en een goede plek te geven. Om hierin eenduidigheid te waarborgen, is veel onderling overleg nodig tussen de medewerkers van het RIO, afdeling GGZ. Bovendien moeten bij nieuwe indicaties ook oude indicaties worden nagelopen en worden omgezet in functies. Dit is een zeer tijdrovend en duur karwei.

Ten vierde ontstaan er soms problemen met de wettelijke indicatietijd. Binnen zes weken dient het RIO de indicatie af te geven. Maar doordat het RIO vaak afhankelijk is van andere instellingen voor benodigde informatie, is dit soms lastig te realiseren.

³⁹ CVZ, Verbeek, A.H., Van Diggelen, J.M., *Onderzoek naar de indicatiestelling in de GGZ*, i.o.v. College voor Zorgverzekeringen, 24 oktober 2002

⁴⁰ Vindicta, Regio Management Team Midden-Holland, 8 april 2004

⁴¹ Let op: interview is gehouden in februari 2004

⁴² Nieuwsbrief Modernisering AWBZ, *Geluiden vanuit een RIO*, nummer 8, 30 oktober 2003

4. **Funcities uitgelicht**

Vindicta RIBW biedt haar cliënten begeleiding in verschillende functies. Zij doet dit zowel in de Beschermende Woonvormen als in de extramurale zorg. Voor de relevantie van het onderzoek worden hieronder alleen de functies activerende begeleiding en de nauw hieraan grenzende functie ondersteunende begeleiding uitgelicht⁴³.

In het eerste deel van dit hoofdstuk komen de functies aan bod, zoals het RIO deze hanteert in haar indicatieonderzoeken. In het tweede deel van dit hoofdstuk worden de functies activerende en ondersteunende begeleiding, zoals Vindicta deze benoemt, nader bekeken.

Hierna komen kort de verschillen en de mogelijke oorzaken hiervan aan bod. Ten slotte komen diverse ondernomen acties van Vindicta regio Midden-Holland aan bod.

4.1 **Funcities volgens het RIO**

De functies staan geformuleerd in de Formulieren-set (gebaseerd op Besluit Zorgaanspraken AWBZ) en in de gids van het CvZ⁴⁴.

4.1.1. **Activerende begeleiding (AB)**

Binnen de functie Activerende Begeleiding wordt onderscheid gemaakt tussen (ernstige) psychische stoornissen en gedragsproblematiek en tussen lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap of een somatische aandoening. In het kader van dit onderzoek wordt alleen de eerste vorm hier nader bekeken.

In de handleiding staat onder meer het volgende geschreven over deze functie:

‘De AWBZ-functie ‘Activerende Begeleiding’ is gericht op:

* herkennen en analyseren van ernstige psychische problemen of gedragsproblemen en uitvoeren van hierop afgestemde interventies bij mensen met een psychische stoornis, ter verbetering van iemands functioneren of tegengaan van achteruitgang in functioneren; (...).

Bij deze functie ligt het accent op ‘de mogelijkheid om via, in principe, kortdurende begeleidingsvormen iemands zelfstandig functioneren te herstellen of substantieel te verbeteren.’.

Verder wordt bij de functie Activerende begeleiding onderscheid gemaakt tussen Activerende Begeleiding – Algemeen en Activerende Begeleiding – Dagprogramma.

1) Activerende Begeleiding – Algemeen: er wordt beoogd, dat in een begrensde periode concrete verbeterdoelen worden gerealiseerd. Dit gebeurt door middel van specifieke interventiemethoden en technieken (begeleidingsvormen), waarbij specifieke deskundigheid (hbo-niveau) is vereist. Er is kortom sprake van ontwikkelingsgericht werken.

2) Activerende Begeleiding – Dag: deskundigheid is vereist. De begeleidingsvormen hebben een bewezen effectiviteit. Dergelijke begeleiding bij een gestructureerde dagactiviteit buitenshuis dient (aldus) te (kunnen) leiden tot haalbaar herstel van ernstige psychische stoornissen en gedragsproblematiek.

⁴³ De overige functies staan uitgebreid beschreven in bijlage 5.

⁴⁴ College voor Zorgverzekeringen (CvZ), *Funcatiegerichte aanspraken; een gids voor uitleg in de praktijk*, 27 november 2003

4.1.2. Ondersteunende begeleiding (OB)

'De functie betreft het bevorderen of het behouden van een – door aandoening of handicap verstoorde – zelfredzaamheid en/of integratie van de verzekerde in de samenleving.'

De begeleiding houdt onder meer verband met een psychische/psychiatrische stoornis of psychosociale problematiek.

Er worden twee verschillende vormen onderscheiden:

1A: Ondersteunende Begeleiding – Algemeen (OB-Alg)

Dit houdt begeleiding in bij het dagelijkse leven, ongeacht waar men woont, in verband met problematische regie over het leven, toezicht, praktische hulp, oefenen van vaardigheden en/of participatie. Er wordt aangegeven dat de noodzaak van deze begeleiding aanwezig is bij mensen met een sterk beperkte sociale redzaamheid, die verband houdt met een 'bijzondere ziekte of stoornis'. Psychische stoornissen worden hieronder ook verstaan.

1B: Ondersteunende Begeleiding – Dagprogramma (OB-Dag)

Dit is begeleiding in de vorm van een gestructureerde dagactiviteit buitenshuis.

Ook hier is de noodzaak gekoppeld aan een 'bijzondere ziekte of stoornis' met daaruit volgende beperkingen, waardoor de integratie in de samenleving problematisch is. Het accent ligt hier op 'handhavingsdoelen'.

Voor één individu is het mogelijk dat beide vormen geïndiceerd worden. Ze kunnen echter ook onafhankelijk van elkaar worden geïndiceerd.

In de Handleiding (2003) staat verder, dat ondersteunende begeleiding altijd enige aandacht zal bevatten voor activering. Denk hierbij aan het versterken van vaardigheden, het bevorderen van het sociaal netwerk of vanuit een dagprogramma zoeken naar een reguliere werkplek. Deze aandacht behoort echter tot ondersteunende begeleiding en is niet te verwarren met de functie activerende begeleiding.

4.2. Functies volgens Vindicta

Vindicta omschrijft in haar 'Catalogus; activiteiten en voorzieningen'⁴⁵ de functies als volgt.

4.2.1. Activerende begeleiding

Activerende begeleiding omvat door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op:

- a. herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek; of
- b. het omgaan met de gevolgen van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Activerende begeleiding onderscheidt zich van ondersteunende begeleiding doordat activerende begeleiding de aandoening/beperking niet voor gegeven aanneemt, maar juist daarop ingrijpt. Met activerende begeleiding wordt de cliënt geleerd om te gaan met de (gevolgen van de) aandoening/beperking. Bij deze zorg valt te denken aan het interveniëren in het gedrag van de verzekerde (gedragscorrectie), het houden van inzichtgevende gesprekken en non-verbale communicatie, het oefenen van sociale vaardigheden, onderzoek naar de aanwezigheid van problematiek

⁴⁵ Vindicta, *Catalogus; activiteiten en voorzieningen*, ZKP/MG, Zeist, april 2003

alsmede advies, instructie of voorlichting over de aanpak van de problematiek. Tevens valt te denken aan het casemanagement op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg.

4.2.2. Ondersteunende begeleiding

Ondersteunende begeleiding omvat ondersteunende activiteiten, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de cliënt in de samenleving, te verlenen door een instelling. Aandoening of beperking is een gegeven en begeleiding bouwt daarop verder, uitgaande van de restmogelijkheden van de cliënt.

Bij ondersteunende begeleiding gaat het om activiteiten die de verzekerde ondersteunen bij zijn dagindeling en zijn participatie in de maatschappij bevorderen. Daarbij kan gedacht worden aan het structureren van de dag, het geven van praktische hulp, het in het kader van de doelstelling van de zorg vergezellen van de verzekerde, het bieden van ondersteuning bij het voeren van de regie over het leven.

4.3. Verschillen in functies tussen RIO en Vindicta

Er lijken verschillen te bestaan tussen de functies activerende en ondersteunende begeleiding, zoals het RIO deze hanteert en zoals Vindicta deze benoemt.

De verschillen worden in het schema hieronder in kaart gebracht. Hierin is ook extra informatie verwerkt, die uit de interviews met medewerkers van het RIO en Vindicta naar voren kwam.

RIO	VINDICTA
Algemeen - onderzoekt niet met kennis van methodieken uit het 'werkveld' - hanteert formulierenset bij indicatieonderzoek - benoemt functie en hierbij benodigde deskundigheid; Activerende begeleiding: - <i>kortdurende</i> begeleidingsvormen; - doet bij indicatie niet altijd recht aan (zware) psychiatrische problematiek - chroniciteit: <i>niet</i> jarenlang blijven rehabiliteren; - hbo-scholing noodzakelijk als gevolg van functie act.beg. - zorg bekeken vanuit hulpvraag, wat leidt tot geïndiceerde functie;	Algemeen - hanteert methodiek: Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen; - Catalogus benoemt bij product 'benodigde deskundigheid'; Activerende begeleiding: Gezien vanuit de visie: - <i>langdurige</i> begeleiding i.v.m.: * vertrouwensband * begeleidingsproces * tempo cliënt met psychiatrische handicap; - medewerkers zijn geschoold in omgang met en begeleiding van mensen met ernstige psychiatrische problematiek; - chroniciteit: <i>wel</i> jarenlang blijven rehabiliteren; - persoonlijk begeleider is hbo-geschoold. Deskundigheid is noodzaak i.v.m. psychiatrische problematiek (= visie); van waaruit: - persoonlijk begeleider <i>altijd</i> gekoppeld is aan een cliënt;

Ondersteunende begeleiding: In deze functie heb ik niet of nauwelijks verschillen geconstateerd.	gekoppeld is aan een cliënt; - persoonlijk begeleider stelt begeleidingsplannen op (ook ontwikkelingsgericht); - persoonlijk begeleider heeft tevens coördinerende taak; - werkzaamheden voortvloeiend uit begeleidingsplannen kunnen worden opgepakt door persoonlijk begeleider als door woonzorgmedewerker; - persoonlijk begeleider werkt vanuit zorgarrangementen m.b.v. de Catalogus. Ondersteunende begeleiding: In deze functie heb ik niet of nauwelijks verschillen geconstateerd.
--	---

Fig.6 Verschillen tussen het RIO en Vindicta

4.3.1. Toelichting

Visie en langere duur indicatie

Als eerste valt op dat Vindicta RIBW werkt met de visie integrale rehabilitatie en de methodiek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH). Dit bepaalt in grote mate de werkwijze binnen Vindicta.

Vindicta werkt vanuit de lange termijn visie met de cliënt samen. Hierdoor is het mogelijk een noodzakelijke vertrouwensband op te bouwen, doelen op te stellen en deze in het tempo van de cliënt te realiseren. Dit maakt het noodzakelijk dat de functie activerende begeleiding voor een langere duur geïndiceerd wordt.

Bovendien wordt vanuit de methodiek tevens ontwikkelingsgericht gewerkt. Er wordt in de begeleidingsplannen een voor de cliënt geschikte combinatie tussen probleemgericht, omgevingsgericht en ontwikkelingsgericht gemaakt. Bij de ontwikkelingsgerichte hulpverlening past volgens de Handleiding de functie activerende begeleiding.

Het RIO daarentegen wil deze functie slechts indiceren voor een korte(re) termijn. Zij volgt volgt hiermee de Handleiding Formulierenset.

Kwaliteit van dienstverlening

Het RIO onderzoekt de zorgvraag en indiceert in functies. Bij een toegewezen functie hoort een bepaalde deskundigheid. Zo hoort bijv. bij activerende begeleiding een hbo-geschoolde hulpverlener.

De heer Treur zegt echter dat Vindicta de kwaliteit van dienstverlening wil waarborgen door een cliënt *altijd* te koppelen aan een persoonlijk begeleider. Dit doet volgens Vindicta recht aan de (zware) psychiatrische problematiek van de cliënt en geeft de woonzorgmedewerker de mogelijkheid terug te vallen op de kennis van de persoonlijk begeleider. De heer Treur geeft aan, dat dit de reden is dat in de Catalogus reeds een bepaalde deskundigheid wordt genoemd bij de activiteit. Vindicta wacht dus niet op dat wat het RIO indiceert. 'Nee', zegt de heer Treur 'wij zijn verantwoordelijk voor de (kwaliteit van de) producten die wij leveren. Dus wij kijken zelf naar het benodigde deskundigheidsniveau.'

Aan de andere kant is dit niet altijd zodanig terug te vinden in de Catalogus. Hier staat soms 'alleen' de woonzorgmedewerker genoemd bij benodigde deskundigheid. Dit lijkt echter niet geheel overeen te komen met de visie van Vindicta. In mijn optiek dient de Catalogus hierin aangepast te worden.

Benodigde deskundigheid

Wanneer het RIO alleen ondersteunende begeleiding indiceert, doet zij volgens de heer Treur geen recht aan de ernst van de problematiek waarmee de hulpverlener geconfronteerd wordt en dient te kunnen omgaan en te begeleiden.

De mening van Vindicta is, dat chronische psychiatrische problematiek een bepaald deskundigheidsniveau van de hulpverlener vereist. Daartoe dient de persoonlijk begeleider altijd hbo-geschoold te zijn. Dit kennisniveau en het begeleiden van mensen met een psychiatrische handicap, dient naar mijn mening en die van Vindicta overeen te komen met 'activerende begeleiding'.

Chronische problematiek

In het gesprek met mevr. Van Leeuwen kwam naar voren, dat bij de chroniciteit van de psychiatrische handicap veelal vraagtekens worden gezet bij het lerend vermogen van de cliënt. Het RIO gaat ervan uit, dat bij chronische problematiek niet jarenlang geactiveerd kan worden. Hierdoor zou het RIO sneller de functie 'ondersteunende begeleiding' voorschrijven. Hiermee doet zij echter weer geen recht aan de psychiatrische problematiek, dat het deskundigheidsniveau van de persoonlijk begeleider vereist.

Daarnaast blijkt uit ervaring⁴⁶, dat vele cliënten leren hun functioneren te verbeteren en achteruitgang tegen te gaan. Maar dit kost tijd. En dus dient er ook voor een langere termijn activerende begeleiding geïndiceerd te worden. Anders ontnem je mijns inziens het individu de kans om te groeien en daadwerkelijk te participeren in de samenleving!

Het RIO onderzoekt de hulpvraag wat leidt tot een indicatie van bijv. activerende begeleiding. Bij Vindicta zegt men echter dat, vanuit de visie, er *altijd* een persoonlijk begeleider gekoppeld wordt aan een cliënt. Hiermee doet Vindicta recht aan haar visie en zorgt zij tevens voor behoud van kwaliteit van zorg. Vindicta kan zich op dit vlak onderscheiden van andere zorgaanbieders.

4.4. Verklaring verschil in visie aangaande functies RIO en Vindicta

Er lijken verschillen te bestaan tussen de functies, zoals deze worden gehanteerd door het RIO en door Vindicta. Wat lijkt nu de oorzaak van dit verschil?

4.4.1. Formulierenet

Allereerst baseert het RIO haar indicatiebesluit op de zorgvraag, zoals de zorgvrager deze benoemt. Hierbij maakt de indicatiesteller gebruik van de Handleiding Formulierenet. De formulierenet vormt een onderdeel van het Landelijke protocol indicatiestelling, dat vanaf 1 april 2003 door alle indicatieorganen wordt gehanteerd. De toepassing van de formulierenet is uitgangspunt en leidend voor het indicatieonderzoek en het indicatiebesluit. De indicatiesteller werkt dus met een *invulinstructie*. Dit geldt voor het formulier, maar ook voor het

⁴⁶ Binnen Vindicta wordt er gewerkt vanuit de mogelijkheden van de cliënt. Er wordt door middel van begeleidingsplannen binnen een haalbare termijn toegewerkt naar doelen van de cliënt

computerprogramma⁴⁷, waarin geregistreerd moet worden. De invulinstructie is uitgangspunt voor al haar handelen.

4.4.2. Methodieken uit het veld

Een andere oorzaak voor de verschillen, lijkt te zijn dat het RIO indiceert zonder rekening te houden met methodieken die in het veld gehanteerd worden. Binnen de GGZ wordt de rehabilitatievisie breed gevolgd (Wilken & Den Hollander, 1999, 2000, p. 106 – 107). Zij gaat daarbij uit van het aanspreken van de gezonde, lerende kant van de mens met een psychiatrische handicap. Het kost echter vaak tijd om de psychiatrische cliënt te leren hoe hij zijn functioneren kan verbeteren en hoe hij achteruitgang kan tegengaan. Denk hierbij aan de vertrouwensfase, de fase waarin de cliënt stabiel wordt en blijft (deze twee kunnen grotendeels samengaan), het lerend vermogen van de cliënt aanspreken en hiermee actief aan de slag gaan in het individuele begeleidingsproces. Het RIO kijkt echter sec naar de hulpvraag van de cliënt, zonder zich bij het indiceren te verwittigen van de erkende methodieken die op korte en/of op lange termijn het beste resultaat opleveren. Hierdoor kan het voorkomen, dat het RIO ondersteunende begeleiding indiceert, terwijl met activerende begeleiding meer kan worden bereikt.



Fig.7 Gevolg van indiceren zonder rekening te houden met gebruikte methodieken in het 'werkveld'

4.4.3. Psychiatrische problematiek

Binnen haar visie, doet Vindicta recht aan de zware psychiatrische problematiek, waarmee cliënten kampen. Zo geeft de heer Treur aan, dat wanneer Vindicta kwaliteit van dienstverlening wil waarborgen, zij de psychiatrische problematiek op waarde moet schatten. Om hiermee actief aan de slag te gaan, is deskundigheid van de hulpverlener nodig. Deze deskundigheid uit zich in kennis, ervaring en opleidingsniveau van de persoonlijk begeleider. Dit opleidingsniveau komt overeen met de functie activerende begeleiding. Kwaliteit van zorg wordt op deze manier gewaarborgd.

Het RIO signaleert wel de zware psychiatrische problematiek en lijkt hier ook een deskundige werker aan te willen koppelen, maar dan slechts voor korte termijn. Hiermee doet zij echter geen recht aan de complexe en vaak meervoudige problematiek, dat de nodige deskundigheid van de werker vereist.

4.4.4. Korte versus lange termijn oriëntatie

Een derde oorzaak voor het verschil lijkt een direct gevolg te zijn van de visie 'integrale rehabilitatie' en de methodiek SRH, die binnen Vindicta gehanteerd worden.

Binnen de visie volgt de persoonlijk begeleider altijd het tempo van de cliënt. Dat betekent dat de persoonlijk begeleider geen haast mag kennen in het begeleiden van

⁴⁷ Nieuwsbrief Modernisering AWBZ, *Geluiden vanuit een RIO*, nummer 8, 30 oktober 2003; en: interview met medewerkers RIO Midden-Holland

de cliënt bij het verbeteren van het functioneren en in het tegengaan van achteruitgang.

Het RIO wil echter een haalbaar doel en een tijdspad genoemd zien voor de functie activerende begeleiding. Zij kijkt kortom alleen op korte termijn naar haalbare doelstellingen. Hierdoor ontstaat een spanningsveld.

De vraag is echter of men doelstellingen op korte termijn wel kan en mag verwachten binnen de GGz. Binnen de psychiatrie zijn volgens mij⁴⁸ velen in staat om te leren en aan de hand van concrete begeleidings- en signaleringsplannen hun functioneren te verbeteren en achteruitgang te voorkomen⁴⁹. Maar hierin dient altijd het tempo van de cliënt te worden gevolgd: men werkt immers vraaggericht! Binnen de GGz werken de cliënt en de begeleider dus met een lange termijn doelstelling.

4.4.5. Financiën

De kosten die verbonden zijn aan ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding verschillen nogal van elkaar. Voor de functie ondersteunende begeleiding wordt ong. 45 euro gerekend en voor activerende begeleiding is dat al snel meer dan 100 euro per uur⁵⁰.

De modernisering van de AWBZ is natuurlijk (mede) tot stand gekomen om de stijgende kosten in de gezondheidszorg te beheersen. Hierbij is het onder andere noodzakelijk dat de kosten op korte termijn drastisch verminderen. De mogelijkheid om dit te realiseren is om dure begeleiding niet de overhand te laten nemen. Dit lijkt immers niet te passen binnen het bezuinigingsbeleid van het kabinet.

De formulering van 'ondersteunende begeleiding' lijkt aan deze voorwaarde tegemoet te komen. Hierin staat immers, dat ondersteunende begeleiding vooral gericht is op het 'bevorderen of het behouden van een – door aandoening of handicap verstoorde – zelfredzaamheid en/of integratie van de verzekerde in de samenleving.'. Binnen dit kader lijkt de begeleider vooral aan de slag te gaan met de symptomen van de psychiatrische ziekte, het vergroten van de zelfredzaamheid en te werken aan de kwaliteit van leven. Hier is niets mis mee, integendeel: voor de cliënt is dit van het grootste belang.

Aan de andere kant kun je afvragen je wat op lange termijn een werkelijke kostenbesparing oplevert. Bij de functie activerende begeleiding ligt het accent op 'begeleidingsvormen, die iemands zelfstandig functioneren herstellen of substantieel te verbeteren.' De begeleiding gaat niet aan de slag met symptomen, maar heel concreet met 'het verbeteren van iemands functioneren of tegengaan van achteruitgang in functioneren'. Gedragsinterventies en inzichtgevend gesprekken laten de cliënt groeien op allerlei levensgebieden, waardoor zijn autonomie in het geheel toeneemt.

De overheid spreekt de voorkeur voor kortdurende begeleiding uit. Maar wanneer je mensen weer controle teruggeeft over hun eigen leven en de invulling hiervan, wanneer je hen leert om te gaan met verschillende problemen en hun lerend vermogen aanspreekt, kun je verwachten dat de hulpvraag van deze mens in de toekomst vermindert. Lange termijn visies en doelstellingen binnen de GGz beperken mijns inziens op termijn de zorgvraag. Er is dan kortom minder zorgafhankelijkheid en dit werkt pas echt kostenbesparend!

⁴⁸ Ik baseer dit op gegevens van de enquête en interviews. Daarnaast is dit mijn persoonlijke ervaring als persoonlijk begeleider in een Beschermende Woonvorm.

⁴⁹ Er wordt momenteel een gerandomiseerde gecontroleerde trial uitgevoerd naar de effectiviteit van de Individuele Rehabilitatiebenadering: www.Niwi.kn.nlaw. Dit onderzoek loopt af in 2004.

⁵⁰ Beide prijzen zijn op basis van Zorg in Natura.

4.5. Acties Vindicta

Vindicta blijft dus trouw aan haar visie en heeft tegelijkertijd de kwaliteit van dienstverlening hoog in het vaandel. Zij stelt de cliënt centraal en werkt dus niet alleen vraaggericht, maar ook cliëntgericht⁵¹.

Vanuit de overheid wordt bepaald, dat in het kader van de modernisering van de AWBZ, functiegericht geïndiceerd wordt. En dat vanuit deze indicaties de zorgaanbieder betaald wordt door het Zorgkantoor of door de cliënt zelf (PGB).

Voor Vindicta is het dus noodzakelijk adequaat in te springen op deze ontwikkelingen. De heer Treur geeft aan, dat hij hier reeds enige tijd mee bezig is. Vooral in de ambulante woonbegeleiding gaan de ontwikkelingen snel en de noodzaak voor actief beleid is hier het grootst. Dat Vindicta regio Midden-Holland zich bewust is van de ontwikkelingen en mogelijke consequenties blijkt uit de gemaakte afspraken, die hieronder worden beschreven.

4.5.1. Contacten RIO

Vindicta regio Midden-Holland onderhoudt nauw contact met het RIO. Zij heeft in gesprekken met het RIO steeds benadrukt dat de psychiatrische problematiek vraagt om een hbo-deskundigheid. Hierdoor is de functie activerende begeleiding vrijwel altijd noodzakelijk. Het RIO Midden-Holland erkent de noodzaak van deskundige begeleiding bij psychiatrische problematiek en koppelt daarom onderwerpen als 'wonen' aan deze problematiek en indiceert dan activerende begeleiding.

Daarnaast blijft mevr. Van Leeuwen contactpersoon met het RIO, waardoor de communicatie tussen Vindicta en het RIO gewaarborgd blijft. Hierdoor blijven de (communicatie)lijnen zo kort mogelijk. Dit komt de cliënt ten goede. Beide organisaties kijken samen naar het belang van de cliënt.

4.5.2. Productieafspraken

Allereerst maakt Vindicta regio Midden-Holland in voor- en najaarsoverleggen afspraken met het Zorgkantoor aangaande de productie. Dit betekent dat er afgesproken wordt wat Vindicta kan waarmaken in de gevraagde hoeveelheid zorg. In de regio Midden-Holland gaat dat om 70 plaatsen in de Beschermende Woonvormen en 150 face-to-face contacten per week in de ambulante begeleiding. Dit komt neer op 17 uur face-to-face contacten per week voor de persoonlijk begeleider die fulltime werkt. Naar aanleiding van deze afspraak, kan Vindicta betaling van de zorg tegemoet zien.

Vindicta spreekt dit niet alleen af, maar ontwikkelt hier op korte termijn ook beleid op. De heer Treur refereert hier onder meer aan, wanneer hij het 'registratiemodel' noemt. In het registratiemodel houden persoonlijk begeleiders in de ambulante zorg hun face-to-face contacturen bij. Zij noteren deze en de cijfers worden maandelijks teruggekoppeld aan het Zorgkantoor. Daarnaast gaat dit registratiemodel verwerkt worden in het Elektronisch Cliëntendossier, dat Vindicta hanteert.

4.5.3. Betaling indicaties

Daarnaast heeft Vindicta regio Midden-Holland een afspraak gemaakt met het Zorgkantoor omtrent de uitbetaling van de indicaties. Ongeacht de uitkomst van de indicatie (!) krijgt Vindicta regio Midden-Holland betaald voor de functie ondersteunende begeleiding 2 (82 euro/uur).

⁵¹ Beek, H. van de, Zuthem, JW, van (red.), *Thuis in de samenleving, samenwerken aan maatschappelijke ondersteuning vanuit beschermd en begeleid wonen in de geestelijke gezondheidszorg*, Lemma, Utrecht, 2003

Met deze uitkeringsafspraken kan Vindicta kwaliteit van zorg aan de cliënt (blijven) garanderen. Dit doet zij door altijd een persoonlijk begeleider (hbo-niveau) te koppelen aan de cliënt. De persoonlijk begeleider stuurt het begeleidingsproces aan en begeleidt de cliënt bij zijn individuele hulpvragen, hij coördineert de zorg rondom de cliënt en doet, gezien zijn ervaring en opleidingsniveau, recht aan de psychiatrische problematiek van de cliënt. Op deze manier neemt Vindicta haar verantwoordelijkheden voor de zorg en diensten die zij verleent.

Om deze betalingsafspraken te kunnen blijven garanderen, lijkt het mij van groot belang, dat Vindicta aan het Zorgkantoor kan aantonen, middels individuele zorgarrangementen en toegespitste begeleidingsplannen, dat zij de cliënt biedt, waarvoor ze betaald krijgt.

Vindicta dient naar mijn mening dan ook op korte termijn aandacht te besteden aan hoe het functiegericht indiceren kan leiden tot een individueel zorgarrangement. De persoonlijk begeleider verwoordt het zorgarrangement vervolgens samen met de cliënt in één of meer begeleidingsplannen.

Het begeleidingsplan dient mijns inziens ook overeen te stemmen met in de Catalogus genoemde producten en terminologie. De kwaliteit van dienstverlening groeit hiermee en is zicht- en toetsbaar voor instanties als het RIO en het Zorgkantoor.

Het geheel ziet er in mijn ogen als volgt uit:

Functies van het RIO in klassen → pb'er⁵² + cliënt kijken in de Catalogus; activiteiten en voorzieningen (visie) → vormen samen individueel zorgarrangement → verwoord in begeleidingsplan → overeenstemmend met functies van het RIO en Catalogus.

Vindicta regio Midden-Holland is kortom bewust bezig het ingezette overheidsbeleid binnen de eigen organisatie vorm te geven. Zij doet dit enerzijds door contacten met het RIO te onderhouden en anderzijds prijs- en productieafspraken te maken met het Zorgkantoor.

Vindicta kan nog verder aansluiten bij de huidige ontwikkelingen, door daadwerkelijk de indicaties om te zetten in zorgarrangementen, die op hun beurt weer leiden tot concrete begeleidingsplannen.

⁵² pb'er = persoonlijk begeleider

5. Conclusies

5.1. Algemeen

De individualisering, de vergrijzing, het economische klimaat, etc. zijn redenen geweest voor de modernisering van de AWBZ.

Door deze nieuwe wetgeving wordt de vorm van de zorg in bredere zin bepaald. De zorg dient integraal te zijn en er is sprake van ontschotting van de verschillende zorgsectoren in Nederland. Daarbij wordt de hulpverlening vraaggericht en staat hulpvraag van de cliënt centraal.

Tegelijkertijd wordt door deze nieuwe wetgeving de vorm van de zorgverlening van zorginstellingen bepaald. Instellingen dienen immers hun organisatievorm te herzien en zich het vraaggericht werken eigen te maken. De hulpverleningsvorm en dienstverlening van de instelling bepaalt op haar beurt de keuze van de cliënt. En ten slotte wordt er ook in het directe zorgcontact met de cliënt middels methodieken vraaggericht gewerkt.

Maar ook andersom lijkt dit op te gaan. De wens van de cliënt staat centraal en bepaalt op haar beurt het instellingsaanbod. De instelling doet er immers goed aan adequaat op de wens van de cliënt in te springen. Instellingen dienen dus zichtbaar te krijgen wat de zorgvraag van cliënten is. Hierop kunnen zij hun dienstverlening afstemmen en dit bepaalt de producten die zij in huis hebben. Zorginstellingen spelen in op de markt. Er is kortom sprake van een wisselwerking.

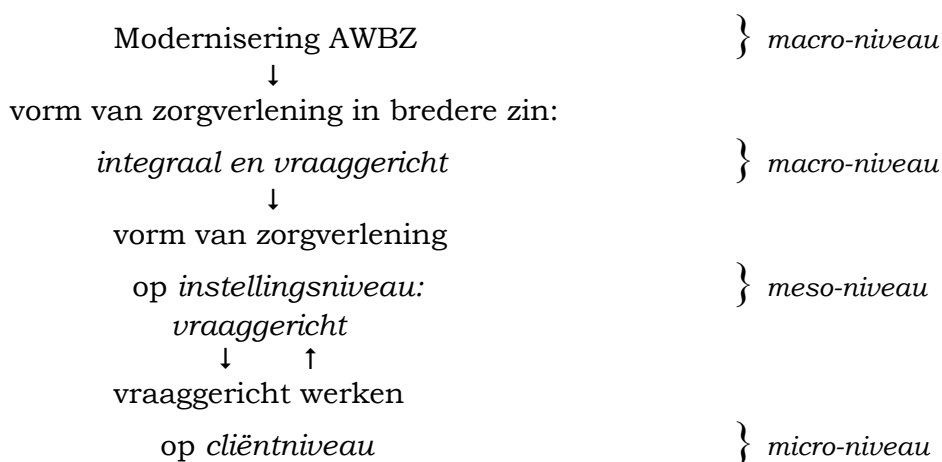


Fig.8 Verschillende niveaus binnen de zorg, die op elkaar ingrijpen

Door de modernisering van de AWBZ veranderen er nogal wat zaken op korte en langere termijn voor onder meer de Geestelijke Gezondheidszorg. Naar wat dit voor de GGz-cliënt betekent, kan men alleen nog maar gissen. Maar in mijn ogen zal deze cliënt zeker in enige vorm hinder ondervinden van de nu ingezette ontwikkelingen.

Door de Wet Maatschappelijke Ondersteuning wordt in de toekomst de gemeente verantwoordelijk voor de verstrekking van voorzieningen aan mensen met een beperking. Ook voor mensen met een psychiatrische handicap worden zij het eerste aanspreekpunt. Wat de gevolgen hiervan zijn, is zeer de vraag. Blijft de GGz-cliënt nog wel in zicht en krijgen zij wel die ondersteuning waar zij recht op hebben? Daarnaast komt de extramurale en kortdurende GGz-zorgverlening straks op rekening van de standaardverzekering curatieve zorg. Daar wordt echter al behoorlijk op bezuinigd, waardoor de GGz-cliënt veel kosten zelf moet betalen.

Bovendien zullen verzekeraars niet blij zijn met dergelijke 'dure' cliënten. Mijn angst is dat GGZ-clients hierdoor in een marginale positie terecht komen.

Binnen de GGZ wordt sinds april 2003 functiegericht geïndiceerd, waarbij de hulpvraag van de cliënt centraal staat. In de regio Midden-Holland heeft het RIO in beginsel rekening gehouden met de kennis die indicatiestellers dienen te hebben van de geestelijke gezondheidszorg. Dit beleid is echter veranderd en indicatiestellers in Midden-Holland dienen nu alle sectoren te kunnen indiceren. Dit wordt door Vindicta⁵³ als een gemis ervaren.

De modernisering brengt veranderingen en nieuwe regelgeving met zich mee. Zorgaanbieders dienen hiervan goed op de hoogte te zijn. Zij moeten kunnen inzien en voorspellen wat dit voor hen betekent op het gebied van financiering van de geboden zorg, op het gebied van indicatiestellingen, het aangaan en ontwikkelen van samenwerkingsverbanden met andere (welzijns)instellingen, hun concurrentiepositie, het hanteren van visies en methodieken in contact met de cliënt, etc.. Aansluitend dienen zorgaanbieders te kunnen inzien wat dit nieuwe beleid betekent voor de individuele cliënt op korte en op lange termijn. Zij dienen dit te kunnen vertalen naar mogelijkheden en kansen voor de cliënt. Hoe kunnen zij de cliënt beter bedienen in hun hulpvraag? En hoe houden zij de kwaliteit van dienstverlening op niveau?

5.2. Vindicta RIBW regio Midden-Holland

Vindicta regio Midden-Holland lijkt actief bezig te zijn met de modernisering van de AWBZ. Zij volgt de ontwikkelingen op de voet en maakt hier actief beleid op⁵⁴. Hierdoor kan zij de cliënt centraal blijven stellen en blijven inspelen op de wensen en mogelijkheden van de cliënt.

5.2.1. Vindicta Midden-Holland springt in op ontwikkelingen

Uit het onderzoek blijkt dat Vindicta regio Midden-Holland erg betrokken is bij de beslissingen, die op macroniveau worden genomen. Zij is voldoende op de hoogte van de ontwikkelingen en springt hier actief op in. Hiermee blijft zij de cliënt voorzien van kwalitatief goede zorg. Hoe doet zij dit?

Contacten met het RIO

Vindicta regio Midden-Holland is al een behoorlijke tijd bezig zich het functiegericht indiceren eigen te maken en hierop in te springen. Er in dit kader veelvuldig contact geweest tussen het RIO Midden-Holland en Vindicta. Er is tijdelijk een indicatiesteller gedetacheerd geweest vanuit Vindicta en de heer Treur heeft enige tijd deelgenomen in het Multidisciplinaire team van het RIO. Verder is er een contactpersoon en een 'coördinator aanmeldingen en intake' aangesteld, die de nieuwe hulpvragen begeleidt in de aanmelding, het contact met het RIO en de intake.

Catalogus

Bovendien heeft Vindicta een Catalogus gemaakt, waarin de activiteiten en voorzieningen staan vermeld, die Vindicta de cliënt kan bieden.

⁵³ Vindicta, Regio Management Team Midden-Holland, 8 april 2004

⁵⁴ Deze informatie is verkregen door de verschillende interviews en de enquête medewerkers Vindicta regio Midden-Holland (bijlage 7)

In de notulen van het RMT⁵⁵ wordt aangegeven dat de Catalogus goed wordt ontvangen door instanties. De Catalogus dient als hulpmiddel na het functiegericht indiceren en leidt tot een individueel opgesteld zorgarrangement. Dit zorgarrangement wordt vervolgens door de persoonlijk begeleider en de cliënt samen omgezet in een begeleidingsplan.

Zorgafspraken

Vindicta regio Midden-Holland zorgt, middels afspraken met het Zorgkantoor, voor een goede uitkering van de geïndiceerde functies. Zij heeft haar visie en standpunten naar voren gebracht en toegelicht, waardoor de noodzaak van een hoog deskundigheidsniveau in de begeleiding duidelijk is geworden. Om dit te kunnen blijven bieden, is er een prijsafpraak tot stand gekomen.

Bovendien heeft Vindicta regio Midden-Holland productieafspraken gemaakt met het Zorgkantoor, waarin de bezetting van de Beschermd Woonvormen en face-to-face contacten in de ambulante begeleiding vastliggen. Hierop is onmiddellijk beleid gemaakt, door meer BW-plekken te creëren en registratieformulieren te ontwerpen voor de ambulante begeleiding.

Contact gemeente?

Wat ik mis in de ontwikkelingen en het beleid van Vindicta regio Midden-Holland is het aangaan van samenwerkingsverbanden met verschillende welzijnsinstellingen. Wel zijn er in de regio contacten met woningbouwverenigingen, maar mijns inziens zou Vindicta Midden-Holland zich meer kunnen toeleggen op contacten met de gemeente(n). Deze moet immers gaan voorzien in allerlei voorliggende en aanvullende voorzieningen ten behoeve van de cliënt.

In mijn ogen zorgt Vindicta regio Midden-Holland er kortom voor, dat haar dienstverlening aan de cliënt mogelijk blijft. Hierbij stelt zij de cliënt centraal en werkt vraag- en cliëntgericht. Zij springt adequaat in op de ontwikkelingen en kan wellicht als voorbeeld dienen voor andere regio's binnen Vindicta.

5.2.2. Vindicta Midden-Holland: visie en ontwikkelingen

Visie

In haar visie is Vindicta, zo blijkt uit het onderzoek⁵⁶, helder en herkenbaar.

Medewerkers in de regio Midden-Holland hanteren de visie integrale rehabilitatie en zien dit veelal terug in hun dagelijkse werkzaamheden.

Met de visie heeft Vindicta zowel zorg voor de cliënt (individuele begeleiding) als voor de kwaliteit van dienstverlening. Aan de ene kant is de cliënt immers uitgangspunt en staan zijn hulpvraag, wensen en mogelijkheden centraal in het individuele begeleidingsproces.

Aan de andere kant staat het deskundigheidsniveau van de persoonlijk begeleider garant voor de dienstverlening. Vindicta kan deze kwaliteit blijven waarborgen wanneer de persoonlijk begeleider samen met de cliënt vanuit de indicatie een individueel zorgarrangement samenstelt, waaruit één of meer begeleidingsplannen vloeien.

Instanties zoals het RIO, het Zorgkantoor, etc. zijn op de hoogte van de visie en werkwijze van Vindicta. Zij doen recht aan de visie en de chronische psychiatrische problematiek door het indiceren van activerende begeleiding (RIO) en het maken van prijs- en productieafspraken (Zorgkantoor) met Vindicta regio Midden-Holland.

⁵⁵ Vindicta, Regio Management Team Midden-Holland, 4 januari 2004

⁵⁶ Enquête, interviews, Catalogus

Dus door de visie te blijven handhaven en te integreren in het begeleidingsproces, onderscheidt Vindicta zich van andere zorgaanbieders. Zij heeft immers een visie en een deskundigheidsniveau, dat in haar werkwijze en in de Catalogus terug te zien is. Hierdoor weten niet alleen de omliggende instanties, maar ook de cliënt welke zorg hij kan verwachten bij Vindicta.

Visie en functiegericht indiceren

Uit de enquête blijkt, dat medewerkers op de hoogte zijn van de modernisering van de AWBZ. Echter, niet alle medewerkers zijn van mening dat Vindicta hen hierin voldoende op de hoogte houdt of richtlijnen geeft voor de dagelijkse werkzaamheden. Met name in de Beschermende Woonvorm (Fluwelensingel) lijkt dit te spelen. Hier kan Vindicta zich ontwikkelen en zoeken naar een goede communicatiewijze, waarmee zij haar medewerkers op de hoogte houdt.

Verder blijkt dat medewerkers denken dat er met het functiegericht indiceren het nodige verandert in dienstverlening van Vindicta. De meeste medewerkers zijn echter wel van mening dat zij kunnen blijven werken met de visie van Vindicta. Hierin kan Vindicta hen sterken door middel van toegepaste cursussen, waarin de visie neergezet wordt in het bredere kader van de modernisering van de AWBZ.

Zoals gezegd, dient Vindicta in mijn ogen op korte termijn aandacht te besteden aan hoe het functiegericht indiceren kan leiden tot een individueel zorgarrangement. De persoonlijk begeleider stelt dit samen met de cliënt op en verwoordt dit vervolgens in een begeleidingsplan.

Het begeleidingsplan dient mijns inziens overeen te stemmen met in de Catalogus genoemde producten en terminologie. De kwaliteit van dienstverlening groeit hiermee en is zicht- en toetsbaar voor instanties als het RIO en het Zorgkantoor.

5.3. Terug naar de onderzoeksvraag

De vraagstelling van het onderzoek is:

Hoe kan Vindicta met haar dienstverlening aansluiten bij het functiegericht indiceren van het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) en daarbij trouw blijven aan haar visie?

Om duidelijkheid te verschaffen in de vraagstelling, is in dit onderzoek allereerst het bredere kader geschetst van de gezondheidszorg. Vervolgens kwam Vindicta met haar werkwijze, visie en methodiek aan bod.

Daarna is er een beeld geschetst van de huidige ontwikkelingen binnen de modernisering van de AWBZ. Hierbij kwamen verschillen tussen het functiegericht indiceren en de visie en werkwijze van Vindicta naar voren. Tevens zijn de acties van Vindicta RIBW regio Midden-Holland besproken.

Vindicta RIBW regio Midden-Holland laat zien met haar dienstverlening actief in te springen op de ontwikkelingen, die op macroniveau gaande zijn. Zij zorgt zoveel mogelijk voor aansluiting bij het functiegericht indiceren.

In het beantwoorden van de vraagstelling, wordt gedurende het onderzoek duidelijk dat Vindicta regio Midden-Holland geen concessies doet aan haar visie. Zij maakt juist omliggende instanties deelgenoot van haar visie en werkwijze. De cliënt lijkt hiermee gebaat te zijn. Deze weet immers wat hij kan verwachten van de dienstverlening van Vindicta en tegelijkertijd blijft de dienstverlening van Vindicta van een degelijke kwaliteit. Hierdoor kan Vindicta RIBW (regio Midden-Holland) zich juist onderscheiden op de markt van zorgaanbieders!

Bovendien wordt in het beantwoorden van de vraagstelling helder, dat Vindicta de ontwikkelingen binnen de modernisering van de AWBZ als uitgangspunt neemt voor de toekomst. Dat betekent dat zij deze ontwikkelingen op de voet volgt en hierop beleid maakt.

Vindicta regio Midden-Holland lijkt kortom een gezonde en constructieve combinatie te hebben gevonden, waarbij zij de ontwikkelingen op de voet volgt, haar dienstverlening op peil kan houden en tegelijkertijd haar visie trouw kan blijven.

6. Aanbevelingen

Doordat ik in dit onderzoek Vindicta RIBW regio Midden-Holland centraal heb gesteld, dienen de bevindingen gezien te worden in het licht hiervan. De aanbevelingen sluiten hier grotendeels bij aan. Zij zijn geformuleerd vanuit de kennis en ervaring van de regio Midden-Holland, maar kunnen bruikbaar zijn voor Vindicta RIBW in haar geheel.

Vindicta kan in mijn ogen in de nabije toekomst nog op een aantal punten inspelen. Echter, daar dit onderzoek ongeveer negen maanden in beslag heeft genomen, blijken een aantal aanbevelingen reeds door Vindicta te worden opgepakt. Toch zal ik deze hieronder wel benoemen.

6.1. Functiegerichte indicatie in de praktijk van Vindicta

Cliënten krijgen onherroepelijk te maken met het RIO, die de hulpvraag van de cliënt onderzoekt en in kaart brengt. Zij benoemt de hulpvraag in functies en in klassen.

Wanneer de cliënt kiest voor zorg van Vindicta, komt de persoonlijk begeleider in beeld. Hij dient de geïndiceerde zorg als uitgangspunt voor zijn handelen te zien. Hiertoe zal de persoonlijk begeleider samen met de cliënt de indicatie moeten kunnen omzetten in een individueel zorgarrangement, dat vervolgens uitmondt in één of meer concrete begeleidingsplannen. Dat ziet er in mijn ogen als volgt uit.

Functies van het RIO in klassen → pb'er + cliënt kijken in de Catalogus; activiteiten en voorzieningen (visie) → vormen samen individueel zorgarrangement → verwoord in begeleidingsplan → overeenstemmend met functies van het RIO en Catalogus.

De persoonlijk begeleider wordt dus in de praktijk reeds geconfronteerd met functiegerichte indicaties, maar heeft nog geen ervaring met het *opstellen van een individueel zorgarrangement*. Daarnaast dient het *individuele zorgarrangement te worden omgezet in bruikbare doelstellingen; het begeleidingsplan*.

De persoonlijk begeleider dient in mijn ogen hierin op korte termijn *geschoold* te worden.

Maar ook nu wordt er al gewerkt met begeleidingsplannen. Deze dienen dus ook te worden aangepast aan de normen van het individuele zorgarrangement. Mede hierin heeft de *persoonlijk begeleider sturing nodig*.

Verder dient mijns inziens zowel het zorgarrangement als het begeleidingsplan overeen te komen met de *terminologie van de Catalogus*. Ik zou ervoor willen pleiten om in elk geval de activiteit of voorziening en de termen 'begeleiding, bewaking, bemiddeling, bescherming' terug te laten komen in de begeleidingsplannen. Hierdoor wordt de dienstverlening inzichtelijk en toetsbaar gemaakt op kwaliteit.

6.2. Versteven van marktpositie

Vindicta laat zien waar zij voor staat. Ze geeft haar visie weer en handhaaft deze ook in tijden van modernisering. Zij geeft hiermee indirect aan kwaliteit van dienstverlening na te streven. Vindicta onderscheidt zich op dit gebied van zorgaanbieders, die niet aansluiten bij de huidige ontwikkelingen of die minder nauwgezet werken met een visie en methodiek.

Toch ben ik van mening, dat Vindicta haar marktpositie verder kan verstevigen. Dit kan zij doen haar zorgaanbod te verbreden en te verdiepen. Zij kan haar cliënten volgens mij nog meer bieden.

Psychiater

Zo ben ik van mening, dat Vindicta onderzoek kan doen naar het in dienst nemen van een *eigen psychiater*.

Hiermee kan Vindicta haar dienstverlening aan de cliënt in de woonvorm, maar ook aan de zelfstandig wonende cliënt, vergroten en hen de mogelijkheid bieden een 'eigen' psychiater te bezoeken (verbreding van de zorg). Deze zou in beginsel in deeltijdverband kunnen werken, waardoor de behoefte van de cliënt verder in kaart kan worden gebracht.

Vindicta kan haar zorg- en dienstverlening aan de cliënt hiermee tevens verdiepen. De kennis van geestelijke gezondheidszorg binnen de organisatie neemt immers toe en medewerkers van Vindicta worden op deze manier in staat gesteld op efficiënte wijze te communiceren met de behandelaar. De lijnen met de behandelaar zijn kort en helder, wat de cliënt ten goede komt.

Wel zie ik in, dat de cliënt binnen de woonvorm in geval van crisis gebruik moet kunnen blijven maken van het psychiatrisch ziekenhuis. Dat betekent dat de drempel naar het psychiatrisch ziekenhuis altijd laag moet blijven.

Regionaal logeerbed

Vindicta regio Midden-Holland is al actief geweest om te onderzoeken of de mogelijkheid bestaat voor een logeerbed binnen de woonvorm. In de praktijk bleek dit niet werkbaar. Vooral vanuit financieel oogpunt was dit lastig.

Ik ben van mening dat het eenvoudiger wordt de *logeerplek in de regio* financieel te realiseren, wanneer de zelfstandig wonende cliënt bij crisis op indicatie van de 'eigen' psychiater gebruik kan maken van een logeerbed binnen een beschermende woonvorm van Vindicta. De cliënt krijgt hiervoor waarschijnlijk een tijdelijke indicatie van het RIO, waardoor Vindicta de zorgbehoefte van de cliënt met het logeerbed kan vervullen en in overeenstemming met de indicatie betaald krijgt. Daarmee wordt het aanbod aan de cliënt die zelfstandig woont, flink uitgebreid. Hij hoeft immers in geval van crisis niet onmiddellijk gebruik te maken van het psychiatrisch ziekenhuis, maar kan met een veel kleinere stap binnen de organisatie gebruik maken van een beschermde logeerplek.

Bovendien kan deze vorm van dienstverlening in mijn ogen net die extra zekerheid bieden, die enkele cliënten nodig kunnen hebben om de stap naar zelfstandig wonen te maken. Vermaatschappelijking van de zorg is hiermee een feit.

Coördinatie van de zorg

Verder ben ik van mening dat de persoonlijk begeleider zich meer mag toeleggen op de *coördinatie van de zorg* rondom de cliënt. De persoonlijk begeleider begeleidt de cliënt nu al op verschillende levensgebieden en onderhoudt, indien noodzakelijk, contacten met familie, huisartsen, verwijzers, etc..

In mijn ogen mag dit echter toenemen. De persoonlijk begeleider dient naast de begeleiding steeds het bredere kader van zorg rondom de cliënt te coördineren en te verzorgen. Hierdoor vervult de persoonlijk begeleider steeds meer de taken van het casemanagement. Op deze manier ontstaat er een bredere basis van zorg rondom de cliënt, waarmee de kans op zelfstandigheid en participatie in de samenleving toeneemt.

Contact gemeente

In 2006 treedt de Wet Maatschappelijk Opvang (WMO) in werking. De gemeente zal dan verantwoordelijk worden voor het realiseren van diverse voorzieningen aan haar burger. Ook voor de GGz-client wordt zij het eerste aanspreekpunt.

Vindicta zou kunnen overwegen zich *toe te leggen op het aangaan van contacten met de gemeenten*. Net zoals zij een vaste coördinator heeft ingesteld ten behoeve van de indicaties, kan zij per regio een coördinator of contactpersoon aanstellen voor het opbouwen van contacten met gemeenten.

Op deze manier profileert Vindicta zich op de markt als GGz-aanbieder. Zij kan haar kennis en visie inzetten om de toekomstige werkwijze van de gemeente zoveel mogelijk hierop af te stemmen. De gemeente heeft immers nog geen ervaring binnen de GGz en Vindicta kan hierin wellicht een sturende rol spelen. Op deze wijze wordt de toegankelijkheid, de samenhang en de continuïteit van de zorg voor de GGz-cliënt zoveel mogelijk verzorgd⁵⁷.

6.3. De Catalogus

Informeren

De Catalogus vervult een belangrijke functie. Voor zowel de cliënt, als voor het RIO en de zorgtoewijzer (Zorgkantoor) maakt de Catalogus duidelijk wat Vindicta haar cliënten biedt.

In het onderzoek⁵⁸ wordt duidelijk, dat nog niet alle medewerkers de *Catalogus* kennen. Zij weten niet allemaal van het bestaan af, laat staan dat zij weten wat het doel hiervan is. Het lijkt me goed wanneer *Vindicta haar medewerkers (persoonlijk begeleider en woonzorgmedewerker) hiervan (nogmaals) op de hoogte stelt*.

‘Benodigde deskundigheid’

De visie die Vindicta hanteert, is duidelijk en deze wordt tevens helder weergegeven in de Catalogus. Het hart van het methodisch handelen van Vindicta is, dat elke cliënt gekoppeld wordt aan een persoonlijk begeleider.

Toch zie je dit niet bij alle activiteiten in de Catalogus terug. In sommige gevallen staat bij ‘benodigde deskundigheid’ alleen ‘woonzorgmedewerker’ genoemd. Dit lijkt me niet geheel overeenkomen met de visie. De persoonlijk begeleider heeft immers niet alleen een begeleidende, maar ook een coördinerende taak.

Bovendien is de persoonlijk begeleider beschikbaar als een terugvalmogelijkheid van de woonzorgmedewerker.

De persoonlijk begeleider dient dus altijd bij ‘benodigde deskundigheid’ te worden genoemd. Afdeling ZKP dient in mijn ogen de Catalogus hier op aan te passen. De Catalogus correspondeert dan volledig met de visie.

Zorgcoördinatie

In de Catalogus wordt de *activiteit ‘Casemanagement/zorgcoördinatie’* achteraan genoemd (p. 45). Ik pleit ervoor deze activiteit *vóór in de Catalogus* te plaatsen⁵⁹. Dit komt in mijn ogen meer overeen met de visie. De overige activiteiten kunnen hierdoor in een breder kader worden gezien.

De zorgcoördinatie van de persoonlijk begeleider fungeert daarmee als kapstok, waaronder de andere activiteiten een plek krijgen. Dit lijkt me sluitend met de visie.

6.4. Algemeen

Onderzoek

Vindicta zou kunnen overwegen een onderzoek uit te voeren, waardoor op voorhand meer duidelijkheid ontstaat welke cliënt wel en welke cliënt niet in aanmerking lijkt te komen voor de functie ‘activerende begeleiding’.

⁵⁷ Stichting Rehabilitatie '92, Persbericht: *Gemeentelijk gefinancierde GGz slecht voor cliënten in langdurige zorg*, Amsterdam, 18 februari 2004

⁵⁸ zie de enquête: bijlage 7

⁵⁹ direct na de inhoudsopgave ‘Activiteiten en Voorzieningen’; als eerste activiteit

Niet elke cliënt lijkt immers het beste tot zijn recht te komen met de functie activerende begeleiding. Er zijn cliënten die geschikt lijken te zijn voor een meer 'verzorgender' vorm van begeleiding.

Door een dergelijk onderzoek kan Vindicta doelmatig en cliëntgericht werken. Anderzijds blijft het van belang, dat de persoonlijk begeleider de zorg coördineert. Hij heeft immers de kennis van en ervaring met mensen met een psychiatrische handicap. De effectiviteit en kwaliteit van de dienstverlening blijft hierdoor gewaarborgd.

Een bijkomend voordeel van een dergelijk onderzoek kan zijn, dat tevens andere zorgvragen in beeld komen. Wanneer er een gemeenschappelijke, nieuwe zorgvraag naar voren komt, kan Vindicta hier adequaat en tijdig op in springen. Hiermee verstevigt zij haar marktpositie.

Begrippenlijst

APZ	: Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
AZR	: AWBZ-brede Zorg Registratie
BW	: Beschermende Woonvorm
BZA	: Besluit Zorgaanspraken
CVZ	: College voor Zorgverzekeringen: coördineert en financiert de uitvoering van de ZFW en de AWBZ
GGz	: Geestelijke Gezondheidszorg
IOG	: Indicatie Overleg Geestelijke Gezondheidszorg
IGZ	: Inspectie voor de Gezondheidszorg
LCIG	: Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg
LVIO	: Landelijke Vereniging van Indicatie Organen
LZA	: Commissie Langdurig Zorg Afhankelijken = indicatiecommissie voor langdurige zorg
PGB	: Persoonsgebonden Budget
PVB	: Persoonsvolgend Budget
RIBW	: Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
RIO	: Regionaal Indicatie Orgaan
VWS	: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WMO	: Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WVG	: Wet Voorziening Gehandicaptten
ZiN	: Zorg in Natura

Literatuurlijst

- Algemeen Dagblad, *Gemeenten houden WVG-geld in zak*, 17 februari 2004
- Algemeen Dagblad, *De AWBZ is er voor iedereen*, red. Uw Goed Recht, 3 februari 2004
- Beek, H. van de, Zuthem, JW, van (red.), *Thuis in de samenleving, samenwerken aan maatschappelijke ondersteuning vanuit beschermd en begeleid wonen in de geestelijke gezondheidszorg*, Lemma, Utrecht, 2003
- Beijers, H., Peters, I., *Een cliëntenvisie op zorgvernieuwing*, Stichting LPR, Utrecht, juli 1994
- Bommel, Marijke van (red), *Hulp in eigen omgeving; ambulantisering in de hulpverlening*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Antwerpen, 2003
- College voor Zorgverzekeringen (CVZ), *Functiegericht aanspraken; een gids voor uitleg in de praktijk*, 27 november 2003
- College voor Zorgverzekeringen (CVZ), *Verzorging, verpleging of behandeling nodig? de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) helpt!; informatie over de AWBZ en wat u moet doen om voor hulp in aanmerking te komen*, Amstelveen, december 2002
- College voor Zorgverzekeringen (CVZ), Verbeek, A.H., Van Diggelen, J.M., *Onderzoek naar de indicatiestelling in de GGZ*, i.o.v. College voor Zorgverzekeringen, 24 oktober 2002
- College voor Zorgverzekeringen (CVZ), *Rapportage indicatiestelling AWBZ-aanspraken*, augustus 2003
- College voor Zorgverzekeringen (CVZ), *Uw eigen bijdrage bij verblijf in een AWBZ-instelling, per 1 januari 2004*, januari 2004
- Droës, Jos, *Verslag conferentie 'Zorg om Zorg' 6 februari 2004*, 10 februari 2004
- GGZ Direct 382, *Special: Modernisering AWBZ*, Utrecht, 21 maart 2003
- Goffman, Erving, *Totale instituties*, vertaald uit: *The Prison*, Holt, Rinehart & Winston, Inc., 1961, Copyright Nederlandse vertaling, Universitaire Pers Rotterdam, 1975
- *Handboek Psychopathologie, deel 1 Basisbegrippen*, onder red. van: Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G., Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem, 2000
- *Handleiding formulierenset voor indicatiestelling AWBZ en Wvg*, publicatieversie, 10 januari 2003
- Hendrix, H, Nelissen, H, UIT: *Bouwen aan netwerken*, hoofdstuk 3: *Netwerken in maatschappelijk en historisch perspectief*
- Migchelbrink, F., *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*, SWP, Amsterdam, 2002
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, brief aan voorzitter van de Tweede Kamer, 15 september 2003
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, brief aangaande: *stappen naar een toegankelijke, betaalbare, solidaire en doelmatige AWBZ; kenmerk: DBO-U-2412236*, 15 september 2003
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Modernisering AWBZ, Klanten kiezen*, februari 2003
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nieuwsbrief Modernisering AWBZ, *Vernieuwing van de AWBZ zorg; meer keuzevrijheid voor cliënten*, nummer 1, 3 mei 2001
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nieuwsbrief Modernisering AWBZ, nummer 2, 15 juni 2001
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nieuwsbrief Modernisering AWBZ, nummer 6, 13 augustus 2002

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nieuwsbrief Modernisering AWBZ, *Geluiden vanuit een RIO*, nummer 8, 30 oktober 2003
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Overheveling 'op genezing gerichte zorg'*, 28 november 2003
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Staatssecretaris VWS, Ross-van Dorp, C., *antwoorden naar aanleiding van AO 13 november 2003*, 13 november 2003, Den Haag
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Kamervragen pgb*, Den Haag, 15 januari 2004
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nieuwsbrief Invoering Functiegericht Indiceren, LVIO, Jaargang 1, nummer 6, oktober 2003
- Persbericht: *Concurrentie in de thuiszorg heeft averechts effect*, 6 mei 2003, n.a.v. Breedveld, E., onderzoek *Thuiszorg in bedrijf, herstructurering van de thuiszorgbranche tussen 1987 en 1997*, Tilburg, 2003
- Regionaal Indicatie Orgaan Midden-Holland, *Zorg of Wvg-voorzieningen nodig? Alles over indicatiestelling in de AWBZ en de Wvg-advisering door het RIO Midden-Holland*
- Ruigrok, I, Health, *Van a tot z, de AWBZ*
- Stichting Rehabilitatie '92, Persbericht: *Gemeentelijk gefinancierde GGz slecht voor cliënten in langdurige zorg*, Amsterdam, 18 februari 2004
- Taskforce RIO's; *Rapportage achterstanden RIO's en LCIG*
- Tijdschrift voor Verpleegkundigen, Most, M. van der, *Modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, verzekerd van recht op zorg*, Dossier Actueel, deel 1, jaargang 113, nr. 3, 2003
- Tijdschrift voor Verpleegkundigen, Hoogerduin, J., Schrijvers, G.; *Regionale indicatiestelling en vernieuwing AWBZ; RIO, toegangspoort tot de zorg*, Dossier Actueel, deel 2, jaargang 113, nr. 3, 2003
- Tijdschrift voor Verpleegkundigen, Most, M. van der, *Functiegericht indiceren in de praktijk; functie 'verplegen' nog te weinig uitgewerkt*, Dossier Actueel, deel 3, jaargang 113, nr. 3, 2003
- Vindicta, *Catalogus, activiteiten en voorzieningen*, ZKP/MG, Zeist, april 2003
- Vindicta, *Eigen bijdrage in de GGz: stand van zaken*, stafafdeling ZKP/MG, februari 2004
- Vindicta, *Informatie Medewerkers*, Zeist, september 2002
- Vindicta, *Introductiecursus SRH*, Stafafdeling ZKP, Zeist, februari 2002
- Vindicta, *Jaarverslag 2002*
- Vindicta, *Modernisering AWBZ: Wie niet meegaat is gezien, een voorstel tot aanpassing van de dienstverlening aan de nieuwe regelgeving*, 2003
- Vindicta, Regio Management Team Midden-Holland, 4 januari 2004
- Vindicta, Regio Management Team Midden-Holland, 8 april 2004
- Vindicta RIBW regio Midden-Holland, *Jaarplan 2004*
- Vindicta, *Projectcontract SRH*, Zeist, maart 2000
- Vindicta, Themamiddag, *Hoe flexibel kun je zijn*, Zeist, 16 september 2003
- Vindicta, *Verslag bijeenkomst RIO-groep*, Zeist, 29 september 2003
- Vindicta RIBW, *Vindicta RIBW maakt kwetsbare mensen sterker in de samenleving*
- Vindicta RIBW regio Midden-Holland, *Begeleid en beschermd wonen in de regio Midden-Holland*, brochure voor: verwijzers
- Visser, Willem; *Verzorgingssociologie; voor de gezondheidszorg en hulpverlening*, Bussum, 2000, Uitgeverij Coutinho
- VWS, Persbericht: *Plan van aanpak Centraliseren Indicatiestelling AWBZ*, 13 februari 2004
- VWS, Persbericht: *Rapport Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, Beleidsontwikkelingen in de GGz: inleiding*

- Wilken, J.P., Hollander, D. den, *Psychosociale rehabilitatie; een integrale benadering*, SWP, Amsterdam, 2000
- www.GGzbeleid.nl, AWBZ-aanbieders GGz
- www.GGzbeleid.nl, *Rapport Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid*, 25 januari 2004
- www.GGzbeleid.nl, *Taksforce Vermaatschappelijking*
- www.GGzbeleid.nl, *Wet maatschappelijke ondersteuning*, 19 maart 2004
- www.minvws.nl/nieuwsberichten, *Eigen bijdrage van de baan!*
- www.vermaatschappelijking.nl, *Vermaatschappelijking van de zorg*, bijgewerkt: 8 oktober 2003
- www.zorgaanzet.nl, *Zorgautoriteit gaat toezicht houden op zorgmarkten*, 21 november 2003
- www.GGzbeleid.nl
- www.minvws.nl
- www.opkopzorg.nl
- www.vermaatschappelijking.nl
- www.zorgaanzet.nl

Bijlagen

Bijlage 1 – Overzicht geïnterviewde personen

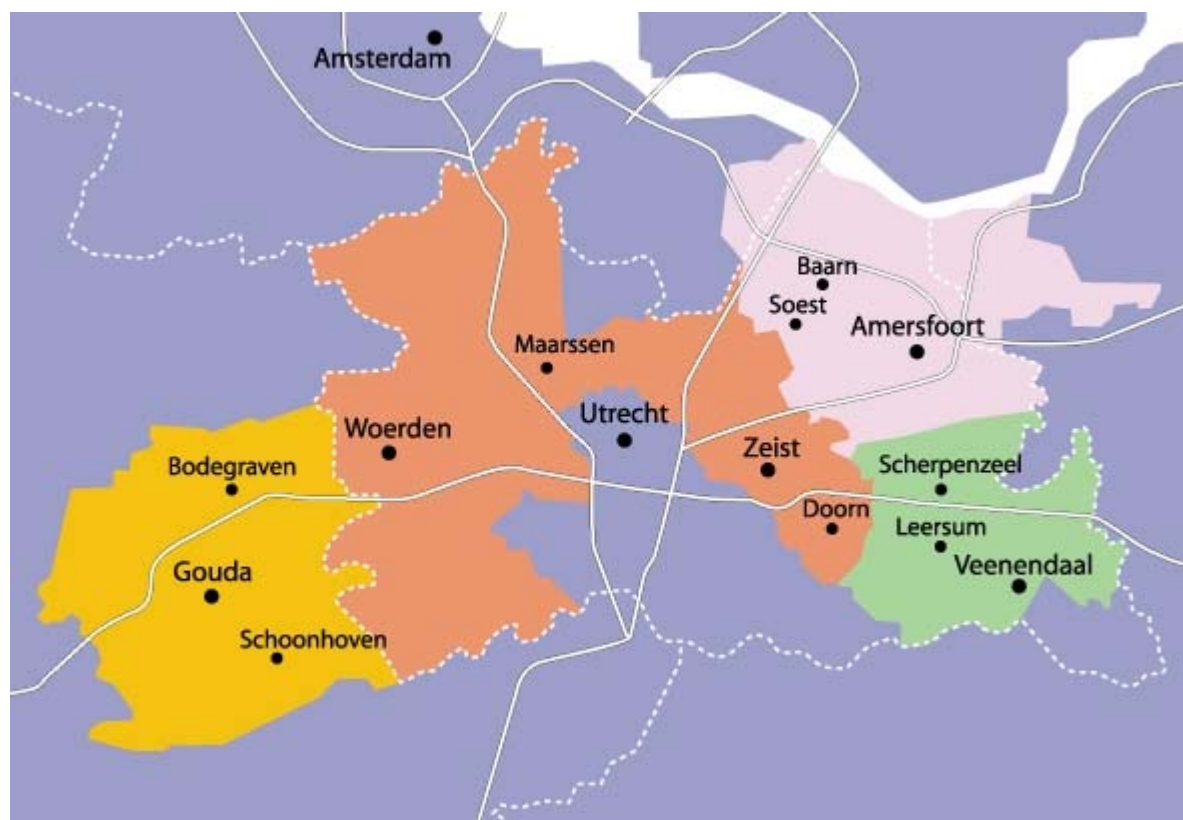
Allereerst heb ik open en semi-gestructureerde interviews gehad met:

- mevr. A. Boer-Mes, medewerker RIO Midden-Holland;
- telefonisch overleg met medewerkers RIO Midden-Holland;
- mevr. M. van Leeuwen, coördinator aanmeldingen en intake;
- dhr. J. Treur, regiomanager Midden-Holland.

Ten tweede heb ik een enquête verstuurd aan:

- medewerkers Vindicta regio Midden-Holland, locaties Fluwelensingel en woonbegeleiding (ambulante zorg).

Bijlage 2 – Overzicht indeling regio's Vindicta



Bron: Informatie medewerkers 2003

Bijlage 3 – inhoudsopgave van de Catalogus; activiteiten en voorzieningen

3. Overzicht activiteiten en voorzieningen

Activiteiten

1 Huishoudelijke taken	13
1.1 Maaltijd bereiden	13
1.2 Boodschappen doen	14
1.3 Schoonmaken eigen en/of groepsruimten	15
1.4 Kleding verzorgen	16
2 Persoonlijke zorg	17
2.1 Mobiliteit: beweging en houding	17
2.2 Lichamelijke verzorging	18
2.3 Eten en drinken	19
3 Verhogen zelfredzaamheid	20
3.1 Gebruik (openbaar) vervoer	20
3.2 Begeleiding bij vervoer naar dagbesteding	21
3.3 Begeleiding cq bemiddeling in begeleiding bij vrijetijdsbesteding	22
3.4 Gebruik voorzieningen	23
3.5 Medicatiegebruik en beheer	24
3.6 Administratie en financiën	25
3.7 Begeleiding bij oriëntatieproblemen	26
4 Sociale vaardigheden	27
4.1 Ontwikkelen / vergroten sociale vaardigheden	27
4.2 Herstellen, behouden en vergroten sociaal netwerk	28
4.3 Maken en nakomen van afspraken	29
4.4 Conflictbeheersing	30
5 Werk en dagbesteding	31
5.1 Aanbieden dagstructuur	31
5.2 Stabiliseren van dag- en nachtritme	32
5.3 Vinden/behouden van dagactiviteiten	33
5.4 Vinden en/of behouden van werk of scholing	34
5.5 Cursus 'Omgaan met vrije tijd'	35
6 Psychosociale begeleiding	36
6.1 Signalering van crisis en terugval	36
6.2 Omgaan met psychiatrische problematiek	37
6.3 Omgaan met verslavingsproblematiek	38
6.4 Omgaan met eenzaamheidsproblematiek	39
6.5 Omgaan met agressie	40
6.6 Vergroten zelfvertrouwen/ assertiviteit	41
6.7 Zingeving	42
7 Zorgtoeleiding	43
7.1 Advies, bemiddeling en informatie over aanbod / aanmeldprocedure	43
7.2 PGB: advies en bemiddeling	43
7.3 Wachtlijstbegeleiding	44
7.4 Houden kennismakingsgesprek / oriëntatiebezoek	44

8 Verpleging	45
8 Verpleegkundige handelingen	45
9 Trainingen voor cliënten met een stoornis uit het autistisch spectrum	46
9.1 Training 'Sociale vaardigheden'	46
9.2 Training 'Hulp bij studie of werkkeuze'	46
9.3 Training 'Inzicht en verwerking van een aandoening uit het autistisch spectrum'	47
9.4 Training 'Leren omgaan met vrije tijd'	47
9.5 Training 'Leren omgaan met financiën'	48
9.6 Training 'Zelfstandigheid in persoonlijke hygiëne en huishoudelijke vaardigheden'	48
9.7 Voorlichting in relatievorming en seksualiteit	49
Overig 50	
10 Case-management/ zorgcoördinatie	50
11 "Vinger aan de pols" contact (VAP)	50
12 Nazorg	51
Voorzieningen	52
1 DAC - Inloop	53
2 DAC - (Re)creatieve activiteiten	54
3 DAC - Arbeidsmatige activiteiten	55
4 DAC - Educatie	56
5 Zorgbemiddeling/ bemoeizorg (outreaching)	57
6 Dienstencentrum Zeist 'De volle Hof'	59
7 Dienstencentrum Gouda	60
8 Dienstencentrum Schoonhoven	61
9 Huisvesting - Permanent in gedifferentieerde groepen	62
9.1 Huisvesting: wonen met structuur	63
9.2 Huisvesting: wonen met ondersteuning	63
9.3 Huisvesting: wonen met revalidatie	64
9.4 Huisvesting: wonen met resocialisatie	64
10 Huisvesting: voor mensen met een stoornis uit het autistisch spectrum	65
11a Huisvesting: individueel beschermd wonen - HAT	65
11b Huisvesting: individueel beschermd wonen - semi-HAT	66
11c Huisvesting: individueel wonen in de woonvorm	66
11d Huisvesting - Tijdelijk (logeeropvang)	67
12 Huisvesting - Maaltijd leveren	67
13a Bereikbaarheid / aanwezigheid bij verblijf	68
13b Bereikbaarheid (zonder verblijf)	68
14 Zelfstandig wonen met begeleiding	69
15 Zelfstandig groepswonen met begeleiding	69
16 Beschermd huren (individueel of groep)	70

Bijlage 4 – voorbeeld van een aangeboden ‘activiteit’ uit de Catalogus

4 Sociale vaardigheden

4.1 Ontwikkelen / vergroten sociale vaardigheden 4 5

<i>Inhoud</i>	<i>Begeleiding</i> Begeleiding richt zich op ondersteuning van de cliënt bij het instandhouden en uitbreiden van de sociale vaardigheden. Deze begeleiding krijgt vorm door het bespreken van mogelijke onderwerpen en het geven van adviezen. Daarbij wordt geprobeerd het zelfvertrouwen van de cliënt te vergroten. <i>Bekwaming</i> Training is gericht op het ontwikkelen en vergroten van sociale vaardigheden in allerlei situaties (in winkel, met vrienden, aan de telefoon, in een groep etc.). De begeleider instrueert de cliënt waarna de vaardigheden geoefend worden in bijvoorbeeld een rollenspel. <i>Bemiddeling</i> De begeleiding bemiddelt tussen cliënt en derden voor bijvoorbeeld het volgen van een cursus sociale vaardigheden of assertiviteitstraining. Bemiddeling kan ook vorm krijgen door het zonedig meegaan op een bezoek naar bijvoorbeeld instanties/familie en dergelijke.
<i>Vorm</i>	Individuele begeleiding. In het begeleidingsplan worden de individuele afspraken vastgelegd.
<i>Waar</i>	Alle regio's en locaties
<i>Benodigde Deskundigheid</i>	Persoonlijk begeleider en woonzorgmedewerker 3

6 Psychosociale begeleiding

6.1 Signalering van crisis en terugval

4 5

<i>Inhoud</i>	<i>Begeleiding</i> Wanneer de cliënt merkbaar instabieler functioneert, overlegt en adviseert de begeleider met de cliënt over de te nemen stappen. Mogelijkheden zijn: uitbreiding aantal begeleidingsuren, medisch overleg, meer structuur bieden, hulpbronnen inschakelen, en tijdelijke opvang (voor cliënten die zelfstandig wonen). Afspraken hierover worden schriftelijk vastgelegd. <i>Bekwaming</i> Bij bekwaming wordt de cliënt geleerd de signalen te herkennen die het nodig maken tijdelijk extra hulp in te roepen, bijvoorbeeld in de vorm van extra begeleidingsgesprekken, medicatieaanpassingen, dagbehandeling of logeeropvang. Het signaleringsplan wordt, als onderdeel van het elektronisch dossier, samen met de cliënt in een stabiele fase ingevuld. <i>Bemiddeling</i> Begeleiding bemiddelt met externe hulpverleners zoals de behandelend arts of de 24uurs dienst van de RIAGG over het verkrijgen van (tijdelijke) ondersteuning. Voor mensen die zelfstandig wonen bemiddelt de begeleiding, zo mogelijk, bij een BW-locatie ter verkrijging van tijdelijke huisvesting. Afspraken worden genoteerd. <i>Bescherming</i> Als eerste wordt voorzien in (tijdelijk) extra hulp voor de cliënt. Bescherming wordt geboden tegen zwaardere vormen van opvang die (nog) niet nodig zijn en escalatie van de situatie.
<i>Vorm</i>	Individuele begeleiding. Het signaleringsplan wordt opgenomen in het elektronische dossier. Overige afspraken worden opgenomen in het begeleidingsplan.
<i>Waar</i>	Alle regio's en locaties
<i>Benodigde Deskundigheid</i>	Persoonlijk begeleider

Bijlage 5 – Omschrijving functies

Functies volgens het RIO

Het RIO Midden-Holland – afdeling indicaties GGZ – geldt als uitgangspunt in deze studie. Zij hanteert bij haar indicatieonderzoeken dus de 'Formulierenset indicatiestelling AWBZ en Wvg'. Deze formulierenset bestaat uit meerdere onderdelen en wordt vanaf april 2003 landelijk gebruikt. De formulierenset is gebaseerd op de ICF; International Classification of Functions⁶⁰. Tevens gebruikt zij bij haar indicatieonderzoeken de Handleiding Formulierenset.

Bij het indiceren van de zorgvraag onderzoekt de indicatiesteller de zorgvraag. Daarna beschrijft de indicatiesteller de zorgvraag aan de hand van zeven functies; de aard van de zorg. De zeven functies die van elkaar worden onderscheiden, zijn:

- 1) Behandeling;
- 2) Activerende begeleiding;
- 3) Ondersteunende begeleiding;
- 4) Verpleging;
- 5) Persoonlijke verzorging;
- 6) Huishoudelijke verzorging;
- 7) Verblijf.

Bij het indiceren van de zorgvraag, neemt de indicatiesteller de beperking en de aandoening van de cliënt als uitgangspunt. Niet langer staat de sector, die ondersteuning of zorg kan bieden, centraal. Er wordt nu immers AWBZ-breed, integraal geïndiceerd.

Aandoeningen of beperkingen, die onderscheiden worden, zijn:

1. somatische aandoeningen of beperkingen;
2. psychogeriatrische aandoening of beperking;
3. psychiatrische aandoening;
4. verstandelijke handicap;
5. lichamelijke handicap;
6. zintuiglijke handicap;
7. psychosociaal probleem.

5.1.1. Verpleging (VP)

Deze functie is gericht op herkennen en analyseren van gezondheidsproblemen. Ook het uitvoeren van verpleegkundige handelingen, die gericht zijn op herstel van de gezondheid of voorkomen van verergering van de ziekte of aandoening valt hieronder. Je kunt aanspraak maken op de functie als gevolg van somatische aandoeningen, lichamelijke beperkingen, psychogeriatrisch ziektebeeld en een psychiatrische stoornis.

De functie verpleging wordt uitgevoerd door een instelling.

Er wordt onderscheid gemaakt in verschillende verpleegkundige handelingen:

- 1) verpleegkundig handelen, waaronder ook het klaarzetten en toedienen van medicatie onder valt;
- 2) gespecialiseerd verpleegkundig handelen;
- 3) verpleegkundige zorg in verband met kortdurende palliatief-terminale zorg.

⁶⁰ Tijdschrift voor Verpleegkundigen, Hoogerduin, J., Schrijvers, G.; *Regionale indicatiestelling en vernieuwing AWBZ; RIO, toegangspoort tot de zorg*, Dossier Actueel, deel 2, jaargang 113, nr. 3, 2003

5.1.2. Persoonlijke verzorging (PV)

Deze functie zal geïndiceerd worden wanneer het als gevolg van bijv. een psychische stoornis (ook: somatische aandoeningen, psychogeriatrisch ziektebeeld, verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of psychosociaal probleem) lichaamsgebonden zorg dient te worden ondersteund of te worden overgenomen. De functie richt zich op tekorten in de zelfredzaamheid rond de persoonlijke zorg. Denk hierbij aan het wassen, aankleden en dergelijke (ook wel: ADL-taken), maar ook aan zorg voor tanden, haren, nagels, voorlichting hierover, etc..

5.1.3. Huishoudelijke verzorging (HV)

Deze functie 'is gericht op het ondersteunen bij, of overnemen van huishoudelijke verrichtingen ofwel activiteiten op het gebied van verzorgen van het huishouden.' (Handleiding formulierenset). Deze functie wordt ondermeer, indien noodzakelijk, geïndiceerd bij een psychische stoornis.

Er wordt onderscheiden: huishoudelijke werkzaamheden, organisatie van de huishouding en specifieke zorg voor een ontregelde huishouding.

In de gids van het CvZ staat een uitbreiding genoemd: ook een preventieve verzorging van het huishouden lijkt te kunnen worden geïndiceerd. Er staat: '(...) probleem, die of dat leidt of dreigt te leiden tot het disfunctioneren van de verzorging van het huishouden van de verzekerde dan wel van de leefeenheid waartoe de verzekerde behoort (...).'

Hier wordt niet alleen een preventieve stelling name genoemd, maar tevens wordt duidelijk dat deze zorgplicht ook geldt voor de AWBZ-instelling (zowel privé-ruimte als gemeenschappelijke ruimtes), waarin de verzekerde verblijft.

In deze gids wordt verder expliciet vermeld, dat wanneer de verzekerde verblijft in een AWBZ-instelling (intramurale setting), de functie huishoudelijke verzorging onderdeel is van het verblijf. De instelling dient deze functie dus te bieden aan de verzekerde.

Tenslotte wordt vermeld dat enige sturing (nauw samenhangend met de functie huishoudelijke verzorging) – bijv. stimulering – niet apart wordt geïndiceerd als ondersteunende begeleiding, maar dat dit een logisch onderdeel kan vormen van deze functie.

5.1.4. Behandeling (BH)

Onder de functie behandeling valt: 'medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische behandeling gericht op herstel van' onder meer een psychiatrische aandoening. Er wordt onderscheid gemaakt tussen mensen die niet in een intramurale instelling verblijven (bijv. zelfstandig wonen) en mensen die wel in een AWBZ-instelling wonen.

Wat centraal staat in de functie behandeling, is dat het direct gericht is op de aandoening of handicap. Alle andere functies worden geïndiceerd, omdat er zorg nodig is *in verband met* de aandoening of handicap. Dit is uiteraard een wezenlijk verschil.

5.1.5. Activerende begeleiding (AB)

Binnen de functie Activerende Begeleiding wordt steeds onderscheid gemaakt tussen (ernstige) psychische stoornissen & gedragsproblematiek en lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap of een somatische aandoening. In de beschrijving van deze functie (hieronder) richt ik me slechts op de eerste vorm.

In de handleiding staat onder meer het volgende geschreven over deze functie:

‘De AWBZ-functie ‘Activerende Begeleiding’ is gericht op:

* herkennen en analyseren van ernstige psychische problemen of gedragsproblemen en uitvoeren van hierop afgestemde interventies bij mensen met een psychische stoornis, ter verbetering van iemands functioneren of tegengaan van achteruitgang in functioneren; (...).

Bij deze functie ligt het accent op ‘de mogelijkheid om via, in principe, kortdurende begeleidingsvormen iemands zelfstandig functioneren te herstellen of substantieel te verbeteren.’.

Ook bij de functie Activerende begeleiding wordt er onderscheid gemaakt tussen Activerende Begeleiding – Algemeen en Activerende Begeleiding – Dagprogramma. Bij de AB – Alg. wordt beoogd, dat er in een begrensde periode concrete verbeterdoelen worden gerealiseerd. Dit gebeurt door middel van specifieke interventiemethoden en technieken (begeleidingsvormen); specifieke deskundigheid (hbo-niveau) is veelal vereist.

Er is kortom sprake van ontwikkelingsgericht werken.

Ook binnen AB – Dag is deskundigheid vereist; de begeleidingsvormen hebben een bewezen effectiviteit. Dergelijke begeleiding bij een gestructureerde dagactiviteit buitenshuis dient (aldus) te (kunnen) leiden tot haalbaar herstel van ernstige psychische stoornissen en gedragsproblematiek.

5.1.6. Ondersteunende begeleiding (OB)

‘De functie betreft het bevorderen of het behouden van een – door aandoening of handicap verstoorde – zelfredzaamheid en/of integratie van de verzekerde in de samenleving.’

De begeleiding houdt onder meer verband met een psychische/psychiatrische stoornis of psychosociale problematiek.

Er worden twee verschillende vormen onderscheiden:

1A: Ondersteunende Begeleiding – Algemeen (OB-Alg)

Dit houdt begeleiding in bij het dagelijkse leven, ongeacht waar men woont, in verband met problematische regie over het leven, toezicht, praktische hulp, oefenen van vaardigheden en/of participatie. Er wordt aangegeven dat de noodzaak van deze begeleiding aanwezig is bij mensen met een sterk beperkte sociale redzaamheid, die verband houdt met een ‘bijzondere ziekte of stoornis’. Psychische stoornissen worden hieronder ook verstaan.

1B: Ondersteunende Begeleiding – Dagprogramma (OB-Dag)

Dit is begeleiding in de vorm van een gestructureerde dagactiviteit buitenshuis.

Ook hier is de noodzaak gekoppeld aan een ‘bijzondere ziekte of stoornis’ met daaruit volgende beperkingen, waardoor de integratie in de samenleving problematisch is. Het accent ligt hier op ‘handhavingsdoelen’.

Voor één individu is het mogelijk dat beide vormen geïndiceerd worden. Ze kunnen echter ook onafhankelijk van elkaar worden geïndiceerd.

Ondersteunende begeleiding zal altijd enige aandacht bevatten voor activering. Denk hierbij aan het versterken van vaardigheden, het bevorderen van het sociaal netwerk of vanuit een dagprogramma zoeken naar een reguliere werkplek. Deze aandacht behoort echter tot ondersteunende begeleiding en is niet te verwarren met de functie activerende begeleiding.

5.1.7. Verblijf (VB)

De functie verblijf wordt geïndiceerd wanneer zorg noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent

toezicht. Verblijf zal dan plaatsvinden in een AWBZ-instelling. Let wel; verblijf wordt dus alleen geïndiceerd op het moment dat ook aanspraak wordt gedaan op andere functies: bijv. activerende begeleiding, ondersteunende begeleiding, behandeling, etc..

Er worden twee vormen van verblijf onderscheiden: tijdelijk verblijf en langdurig verblijf. Bij tijdelijk ofwel kortdurend verblijf kan men denken aan tijdelijke ontlasting van intensieve mantelzorg, palliatief-terminale zorg, etc..

Bij langdurige zorg wordt er een specifieke leefomgeving aangeboden aan mensen die, door de aard en ernst van hun aandoeningen of beperkingen, behoefte hebben aan bijv. een beschermende woonomgeving (denk aan: RIBW). In deze woonomgeving worden overige geïndiceerde AWBZ-functies aangeboden.

Regionale Instellingen voor Beschermende Woonvormen zijn een goed voorbeeld van een AWBZ-instelling, waar naast de functie verblijf andere functies worden aangeboden.

Denk hierbij ook aan het eerder genoemde omslagpunt (hoofdstuk 1); wanneer ambulante zorg (verschillende functies worden thuis geleverd) duurder uitvalt dan een (al dan niet tijdelijke) opname in een AWBZ-instelling, wordt voor deze laatste variant gekozen. Het RIO indiceert in dat geval de functie 'verblijf'.

In een uitgave van het CvZ ⁶¹ staat vermeld, dat 'de functie verblijf is altijd gekoppeld aan een *specifieke* doelgroep en de instelling is zodanig gebouwd, ingericht en geoutilleerd, dat de doelgroep adequaat kan verblijven en worden verzorgd.'

De vraag is echter of bij de ontschotting van de zorg (zoals wenselijk wordt geacht door de overheid) de zorgaanbieder zich kan, wil en moet blijven richten op één bepaalde doelgroep. Om tegemoet te komen aan de zorgbehoefte van de individuele cliënt en dit als uitgangspunt te nemen, lijkt het noodzakelijk voor zorgaanbieders hun blik te verbreden.

⁶¹ College voor Zorgverzekeringen, *Functiegerichtte aanspraken; een gids voor uitleg in de praktijk*, 27 november 2003

Bijlage 6 – Omschrijving functies

Functies volgens Vindicta

Vindicta omschrijft in de 'Catalogus; activiteiten en voorzieningen⁶²' de verschillende functies. In deze catalogus benoemt Vindicta de verschillende activiteiten en voorzieningen die zij haar cliënt kan bieden.

5.2.1. Verpleging

Verpleging omvat verpleging, gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap, te verlenen door een instelling.

5.2.2. Persoonlijke verzorging

Persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, te verlenen door een instelling.

5.2.3. Huishoudelijke verzorging

Huishoudelijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van het verzorgen van het huishouden.

5.2.4. Behandeling

Behandeling omvat behandeling van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een aandoening of handicap, te verlenen door een instelling of door een psychiater of zenuwarts.

5.2.5. Activerende begeleiding

Activerende begeleiding omvat door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op:

- c. herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek; of
- d. het omgaan met de gevolgen van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Activerende begeleiding onderscheidt zich van ondersteunende begeleiding doordat activerende begeleiding de aandoening/beperking niet voor gegeven aanneemt, maar juist daarop ingrijpt. Met activerende begeleiding wordt de cliënt geleerd om te gaan met de (gevolgen van de) aandoening/beperking. Bij deze zorg valt te denken aan het interveniëren in het gedrag van de verzekerde (gedragscorrectie), het houden van inzichtgevende gesprekken en non-verbale communicatie, het oefenen van sociale vaardigheden, onderzoek naar de aanwezigheid van problematiek alsmede advies, instructie of voorlichting over de aanpak van de problematiek. Tevens valt te denken aan het casemanagement op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg.

5.2.6. Ondersteunende begeleiding

Ondersteunende begeleiding omvat ondersteunende activiteiten, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de cliënt in de samenleving, te verlenen door een instelling. Aandoening of beperking is een gegeven en begeleiding bouwt daarop verder, uitgaande van de restmogelijkheden van de cliënt.

⁶² Vindicta, *Catalogus; activiteiten en voorzieningen*, ZKP/MG, Zeist, april 2003

Bij ondersteunende begeleiding gaat het om activiteiten die de verzekerde ondersteunen bij zijn dagindeling en zijn participatie in de maatschappij bevorderen. Daarbij kan gedacht worden aan het structureren van de dag, het geven van praktische hulp, het in het kader van de doelstelling van de zorg vergezellen van de verzekerde, het bieden van ondersteuning bij het voeren van de regie over het leven.

5.2.7. Verblijf

Verblijf omvat het verblijven in een instelling indien de zorg noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat dan wel permanent toezicht. Verzekerde kan geen indicatiebesluit voor verblijf krijgen, als hij ook niet voor een of meer van de andere functies geïndiceerd wordt. Huishoudelijke verzorging maakt onderdeel uit van het verblijf. De verzekerde hoeft en dient dus geen indicatiebesluit voor huishoudelijke verzorging te krijgen indien hij in een instelling verblijft.

Bijlage 7 - Enquête medewerkers Vindicta regio Midden-Holland

BW Fluwelensingel:

Verstuurd : 11
Reacties : 10

Respondenten:

- 1 : woonzorgmedewerker
- 2 : woonzorgmedewerker
- 3 : woonzorgmedewerker + tijdelijk persoonlijk begeleider (gedeelte van contracturen)
- 4 : woonzorgmedewerker + slaapwacht
- 5 : woonzorgmedewerker + slaapwacht
- 6 : stagiaire als persoonlijk begeleider
- 7 : persoonlijk begeleider
- 8 : woonzorgmedewerker
- 9 : woonzorgmedewerker
- 10 : slaapwacht
- 11 : hoofd wonen en begeleiden (BW Goverwelle & Fluwelensingel)

Woonbegeleiding (WB) = ambulante begeleiding:

Verstuurd : 16
Reacties : 8

Respondenten:

- 1 : persoonlijk begeleider + coördinator aanmeldingen en intake
- 2 : persoonlijk begeleider
- 3 : persoonlijk begeleider
- 4 : persoonlijk begeleider
- 5 : persoonlijk begeleider + rehabilitatiecoach
- 6 : hoofd Wonen en Begeleiden (BW Bodegraven & ambulante team)
- 7 : persoonlijk begeleider
- 8 : persoonlijk begeleider

BW Goverwelle & Bodegraven:

Van de verstuurde enquêtes zijn te weinig reacties binnengekomen. Deze worden dan ook niet meegenomen in het onderzoek. De antwoorden zijn niet representatief voor de gehele teams.

De reden voor deze lage respons, is niet duidelijk.

Enquête aangepast t.b.v. kwantitatieve analyse (nummering antwoorden)

Om de antwoorden van de enquête overzichtelijk weer te geven, zijn de antwoorden genummerd. De nummers corresponderen met de gegeven antwoorden in het onderstaande schema (fig. 9)

Enquête afstudeeropdracht

In deze enquête vind je enkele gesloten en enkele open vragen.

Je kunt bij de gesloten vragen meerdere hokjes aankruisen als je vindt dat dat van toepassing is. Bovendien kun je geen of één of meer hokjes aankruisen en ook nog de laatste optie 'anders, nl...' invullen. Je geeft dan wat extra informatie.

De open vragen kun je gewoon onder de vraag beantwoorden.

Wanneer je hem terugstuurt, zul je het document eerst even moeten opslaan. Vervolgens kun je hem (als bijlage) sturen naar: e.vanslooten@vindicta.nl of arjan_eline@zonnet.nl. Je kunt de enquête ook opsturen naar: Rodenrijsestraat 33b, 3037 NB, Rotterdam.

Alvast bedankt voor je medewerking _____.

Waar werk je: ambulant of BW of anders?

Wat is je functie?

Visie

1) Welke visie hanteert Vindicta volgens jou?

2) Ben je je bewust van de visie?

1 ☐ nee, ik ben me niet bewust van de visie (ga door naar vraag 4)

2a ☐ ja, met collega's bespreek ik soms problemen/cliënten. Hier hoort de visie bij.

2b ☐ ja, we hebben teaminteracties/casusbesprekingen/bewonersoverleg.

2c ☐ ja, ik krijg training van Vindicta

2d ☐ ja, ik verdiep mezelf in de visie (door boeken, cursussen, etc.)

3 ☐ anders, nl. ...

3) Zie je deze visie terug in je dagelijkse werkzaamheden?

1 ☐ ja

2 ☐ nee

3 ☐ geen mening

Toelichting:

AWBZ

4) Weet je dat de AWBZ gmoderniseerd is/wordt?

1 ☐ ja

2 ☐ nee (ga verder met vraag 6)

5) Wat merk je van de modernisering van de AWBZ?

1 ☐ ik merk er niets van

- 2 ☐ ik hoor het alleen maar op het nieuws en lees erover in de kranten
- 3 ☐ cliënten stellen mij hier vragen over; maar ik kan ze niet beantwoorden
- 4 ☐ cliënten stellen mij hier vragen over en ik ga met ze in gesprek
- 5 ☐ Vindicta houdt me op de hoogte van de ontwikkelingen
- 6 ☐ samen met collega's en leidinggevende bespreek ik de ontwikkelingen regelmatig
- 7 ☐ anders, nl....

6) Een gevolg van de modernisering van de AWBZ is o.a. het functiegericht indiceren van de hulpvraag van de cliënt door het RIO (Regionaal Indicatie Orgaan). Ben je bekend met deze term?

- 1 ☐ nee (ga verder met vraag 12)
- 2a ☐ ja, ik ken de term, maar ik weet niet wat het inhoudt
- 2b ☐ ja, ik weet precies wat dit betekent

7) Denk je dat het functiegericht indiceren gevolgen kan/zal hebben voor de dienstverlening van Vindicta?

- 1 ☐ nee (ga verder met vraag 9)
- 2 ☐ ja

8) Wat denk je dat gevolgen hiervan kunnen zijn?

9) Beïnvloedt het functiegericht indiceren jouw manier van werken?

- 1a ☐ nee, het maakt niets uit. Ik doe als voorheen.
- 2a ☐ ja, ik ben me veel bewuster van welke zorg ik de cliënt bied
- 1b ☐ nee, Vindicta heeft me (nog) niet verteld hoe ik hiermee moet omgaan
- 2b ☐ ja, Vindicta geeft me hier richtlijnen voor
- 3 ☐ anders, nl....

10) Hoe verhouden het functiegericht indiceren en het werken met de visie zich volgens jou?

- 1 ☐ ik heb geen idee
- 2 ☐ in het dagelijkse cliëntencontact heb ik hier niet mee te maken
- 3a ☐ dat gaat niet samen. Vindicta moet van visie veranderen, omdat....
- 3b ☐ dat gaat niet samen. Het functiegericht indiceren moet veranderen, omdat....
- 4 ☐ dat gaat heel goed samen
- 5 ☐ anders,

11) Kun je met de functiegerichte indicatie volgens jou blijven werken met de visie van Vindicta?

- 1 ☐ ja
- 2 ☐ nee
- 3 ☐ geen mening

Toelichting:

Catalogus; activiteiten en voorzieningen

12) Ken je de 'Catalogus; activiteiten en voorzieningen' van Vindicta?

- 1 ☐ ja
- 2 ☐ nee (je bent klaar met de enquête)

13) Wat heb je tot nu toe met de Catalogus gedaan?

- 1 ☐ niks
- 2 ☐ ik heb hem eens ingekeken
- 3 ☐ ik heb hem (uitgebreid) bestudeerd
- 4 ☐ ik gebruik hem (dagelijks) in mijn werk
- 5 ☐ anders, nl....

14) Wat kan de Catalogus bijdragen aan de dienstverlening van Vindicta volgens jou?

- 1 ☐ niets; het lijkt me niet relevant
- 2 ☐ ik snap de Catalogus (nog) niet
- 3 ☐ met de Catalogus kan beoordeeld worden of de cliënt voldoende zorg krijgt
- 4 ☐ de Catalogus is een goed hulpmiddel om een zorgarrangement samenstellen voor de cliënt
- 5 ☐ de Catalogus is een goed hulpmiddel om een zorgarrangement samenstellen met de cliënt (interactief)
- 6 ☐ anders, nl....

Opmerkingen:

Je bent klaar met de enquête. Bedankt voor je medewerking!

Team		Vr.2	Vr.3	Vr.4	Vr.5	Vr.6	Vr.7	Vr.9	Vr.10	Vr.11	Vr.12	Vr.13	Vr. 14
Flw.singel Respondent:	1	2a	1*	1	4, 6	2a	2	2a	3a*	1*	2	--	--
	2	2a,b	1*	1	2	2b	2	1a,b	2, 4	1*	1	2	5
	3	2a, b, d	1*	1	5, 7	2b	2	2a	4	1*	1	3	4, 5
	4	2a, b, c, d	1	1	5*	2b	2	2a, b, 3	3b	1, 2	1	2	5
	5	2a,c	1*	1	2	2b	2	3	3b*	1*	2	--	--
	6	2a, 3	1,2*	1	2, 7	2b	2	1a	1	3*	2	--	--
	7	3	1*	1	7	2b	2	1a,3	5	1*	1	2	5
	8	2c	1*	1	2, 7	2b	2	1a	3b	1	1	1	6
	9	2a,b, c, d	*	1	5, 6	2a	2	2b	3a	1	1	2	5
	10	2a, c	1	1	5, 7	2b	2	1a, b	2	1*	2	--	--
	11	2a,b, d	1	1	5, 6	2b	2	3	4	1*	1	3	4, 5
Ambulant Respondent:	1	2a, 3	1	1	4, 7	2b	2	3	5	1*	1	5	5, 6
	2	2b	1*	1	5, 6	2b	2	2a	4	1	1	2	5
	3	2b, 3	1	1	5, 6, 7	2b	2	2a,b, 3	4	1*	1	3	4, 5
	4	2a,b, 3	1*	1	5, 6	2b	2	2a,b, 3	4	1*	1	3	4, 5
	5	2a,b, d	1*	1	5, 6	2b	2	2a, b	4*	1*	1	2	5
	6	2a, b, d	1*	1	6, 7	2b	2	3	4	1*	1	3	5
	7	2a,b, 2d	1*	1	4, 5, 6	2b	2	2a, b	4	1	1	1	6
	8	2a,b c	1	1	2, 5, 6	2b	2	2a	1	1	1	2	4

Fig. 9 Antwoorden respondenten gesloten vragen

Vraag 1 en 8 zijn open vragen

* = er is toelichting gegeven

Weergave van de antwoorden op de open vragen en conclusies gesloten vragen in de enquête medewerkers:

Hieronder worden de antwoorden op de open vragen gecategoriseerd en weergegeven.

Vraag 1: Welke visie hanteert Vindicta volgens jou?

Fluwelensingel antwoordt:

- rehabilitatievisie (5x)
- SRH (5x)
- christelijke levensvisie (levensbeschouwelijk) (1x)

Opmerkingen:

- ik vind wel dat de SRH meer vraaggericht zou kunnen
- rehabilitatievisie: wens van de cliënt staat voorop. Eerherstel, zoveel mogelijk terug de maatschappij in
- dat ieder mens recht heeft op wonen in een zo normaal mogelijke omgeving (methodiek hierbij is SRH)
- de cliënt zo goed mogelijk zelfstandig laten functioneren

Ambulante team antwoordt:

- (integrale) rehabilitatievisie/- benadering (5)
- instellingsvisie: christelijke grondslag = algemene omgangsvisie (1x)

Opmerkingen:

- cliënt staat centraal, *we sluiten aan bij wat hij/zij wil*. Begeleiding gericht op behouden c.q. vergroten *zelfstandigheid*; volwaardig bestaan *in de maatschappij*
- gericht op dat mensen met een *psychische handicap* een zo *zelfstandig* mogelijk leven kunnen leiden *binnen de maatschappij*. Gaat o.a. uit van mogelijkheden van de cliënt en *zijn/haar hulpvraag*. Elkaar met respect behandelen.
- Eerherstel van cliënten, normalisatie, cliënt centraal, etc.
- Dat mensen met een *psychiatrische handicap* een zo *volwaardig mogelijke plek in de samenleving* moeten hebben. Hulpverlening laagdrempelig en *vraaggericht* moet zijn. *Cliënt bepaalt de regie*.

Bij vraag 1 weet eigenlijk iedereen van de visie van Vindicta. De één noemt de term en de ander omschrijft de visie. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de medewerkers van deze locaties in Midden-Holland voldoende weet hebben van de visie.

Bij vraag 2 wordt gevraagd of de respondent zich bewust is van de visie.

Alle respondenten geven aan zich hiervan bewust te zijn. Er wordt de mogelijkheid geboden tot het antwoorden van 'anders, nl. ...'. Hierbij worden de volgende toelichtingen gegeven:

Fluwelensingel:

- Bewust zijn van de visie wordt gekoppeld aan de persoonlijke mensvisie en werkinstelling. Er wordt gezegd, dat voor respondent 7 hulpverlening rehabilitatie IS.

Ambulant:

- respondent 1 antwoordt iets soortgelijks: 'ik realiseer me dat ik op deze manier met mensen wil omgaan'.

- Er wordt gewezen op de rehabilitatiecoach, die er is binnen de organisatie en het team.

Bij vraag 3 wordt gevraagd: Zie je deze visie terug in je dagelijkse werkzaamheden?

Fluwelensingel antwoordt:

- (3x): werkzaamheden samen met de cliënt doen, hen motiveren en niet overnemen. Alleen dat overnemen, wat niet lukt.
- (1x) Wordt steeds meer uitgegaan van vraag van de cliënt
- (resp. 3 & 11!) Ik denk dat de visie meer bewust moet worden bij veel medewerkers, nu is deze nog vaak onbewust aanwezig. Meestal komt de houding dan overeen met de visie.

In deze laatste opmerking lijkt een uitdaging te liggen voor Vindicta.

Ambulant:

- (2x) basishouding in het begeleiden van mensen
- visie wordt een onderdeel van je persoonlijke visie
- je kijkt naar wat iemand nog kan en neemt zo min mogelijk over

Bij vraag drie blijkt, dat (vrijwel) iedereen de visie terug ziet in de dagelijkse werkzaamheden. Hieruit kun je concluderen, dat Vindicta deze medewerkers voldoende koppeling geeft tussen de visie en de dagelijkse begeleiding van de cliënten.

Vraag 4 maakt duidelijk, dat alle medewerkers van de locaties in de regio Midden-Holland op de hoogte zijn van de modernisering van de AWBZ.

De beide teams en de respondenten merken, in antwoord op vraag 5, verschillende dingen van de modernisering.

Fluwelensingel:

- 4x wordt ingevuld, dat men alleen maar over de modernisering leest in de krant of hoort op het nieuws.
- 5x wordt ingevuld, dat men door Vindicta op de hoogte wordt gehouden, waarbij 1x de aanvulling geldt, dat dit niet duidelijk genoeg is.
- 3x geeft men aan dat men indirect op de hoogte wordt gehouden door gesprekken.
- 2x wordt aangegeven, dat het merkbaar is door de herindicaties van bewoners.
- Slechts 1x wordt aangegeven dat er een cursus is geweest.

Ambulant:

- 1x is ingevuld, dat erover wordt gelezen en gehoord in de media. Hierbij is echter de aanvulling van het feit, dat Vindicta deze respondent op de hoogte houdt en er regelmatig over wordt gesproken met collega's en leidinggevende(n).
- 6x wordt aangegeven, dat Vindicta de respondent op de hoogte houdt, waarbij ook indirect informatie wordt verstrekt (a.g.v. gesprekken hierover)
- 1x wordt alleen de gesprekken over de modernisering aangegeven als informatiewinning.

Het lijkt mogelijk als gevolg van deze antwoorden de voorzichtige conclusie te trekken, dat de medewerkers van het ambulante team meer het gevoel hebben dat Vindicta hen op de hoogte houdt dan de medewerkers van de Beschermende Woonvorm (BW). Dit zou verklaard kunnen worden, wanneer men bedenkt dat

mensen in de ambulante zorg in het dagelijkse werk al veel meer geconfronteerd worden met de gevolgen van de modernisering.

Uit vraag 6 blijkt dat het merendeel van de medewerkers van deze locaties weten wat het functiegericht indiceren inhoudt.

Slechts twee personen (binnen de woonvorm) weten niet precies wat dit betekent. Beide zijn werkzaam in de BW en beide respondenten zijn woonzorgmedewerkers.

Vraag 7:

Alle medewerkers die geënquêteerd zijn (ook de twee respondenten die bij vraag 6 aangaven niet exact te weten wat dit inhoudt), denken dat het functiegericht indiceren van de hulpvraag gevolgen kan hebben voor de dienstverlening van Vindicta.

Vraag 8 is: Wat denk je dat de gevolgen kunnen zijn?

Fluwelensingel:

- er moet vraaggericht gewerkt worden
- grotere diversiteit van hulpverleners per cliënt (2x)
- Vindicta moet meer diensten gaan leveren (2x)
- Cliënt kan hogere eisen stellen
- Ander geschoold personeel
- Uren van de begeleiding dienen afgebakend te worden; geen extra contacten (3x)
- Werkinhoud kan beperkter worden
- Dit moet in de praktijk nog wat beter ontwikkeld worden
- Hulpverlening wordt zakelijker
- Hulpverlening wordt bureaucratischer (2x)
- Vraag: wat gebeurt er met cliënten die nu een persoonlijk begeleider hebben en volgens de indicatie 'enkel' ondersteunende begeleiding behoeven? (2x)
- Er wordt hulp geboden aan de hand van de indicatie i.p.v. de wens van de bewoner en idee van de hulpverlener

Ambulant:

- het is duidelijker waar de begeleiding over moet gaan (2x)
- verantwoording afleggen aan het RIO/ Zorgkantoor
- cliënt heeft meer handvatten om invloed op de begeleiding te hebben
- duurt langer voor je iemand kunt begeleiden
- bij complexe problematiek komt sneller hulp op gang
- meer klantgericht werken (2x)
- uitbreiden van de doelgroep (2x)
- verhoogde werkdruk, wat leidt tot minder flexibiliteit in werk zelf (2x)
- duidelijk zorgproduct leveren = Catalogus
- persoonlijk begeleiders dienen in staat te zijn onderscheid te maken tussen ondersteunende en activerende begeleiding
- functiedifferentiatie binnen ambulante begeleiding (2x)
- verbreding van zorgaanbod (2x)
- niet meer regiogebonden
- ambulant: ook buiten kantoortijden werken
- BW: personeelsformatie afstemmen op functiegerichte indicaties
- veranderende geldstromen binnen Vindicta

Kortom; er zijn veel verschillende ideeën over hoe de dienstverlening van Vindicta zal, kan of dient te veranderen als gevolg van het functiegericht indiceren. Vindicta kan mijns inziens hierin meer duidelijkheid geven door het gesprek hierover aan te gaan met haar medewerkers.

Bij vraag 9 wordt de respondent gevraagd of het functiegericht indiceren hun manier van werken beïnvloedt.

Fluwelensingel:

- 4x wordt aangegeven dat het de eigen werkwijze wel beïnvloedt. Opvallend hierbij is, dat de respondenten die niet weten wat het functiegericht indiceren inhoudt (2x, zie vr. 6), wel verandering merken bij hun eigen werkwijze.
- Slechts 1x wordt gezegd dat Vindicta hiervoor richtlijnen geeft
- 5x wordt aangegeven dat de werkwijze van de respondent niet is veranderd. Twee hiervan geven tevens aan, dat Vindicta hen nog geen richtlijnen hiervoor heeft gegeven.

Bij het antwoord 'anders, nl. ...' wordt gezegd:

- soms moet je dingen laten liggen, omdat je het niet mag doen
- een combinatie; ik doe wel dingen die functiegericht zijn, maar ook meer. Kan wel in functie als slaapwacht, maar als woonzorgmedewerker heb je niet altijd tijd om dingen te doen voor/met de cliënten.
(! Uit het antwoord blijkt niet duidelijk, dat het functiegericht indiceren goed begrepen is.)
- er wordt aangegeven dat de begeleidingsplannen straks moeten worden omgeschreven naar de indicatie.
- (resp. 11!) er is (komt) een groter bewustzijn bij medewerkers welke hulp geboden moet worden.

Hieruit kan men wellicht concluderen, dat de bij meer dan de helft de werkwijze (nog) niet is veranderd. Wanneer Vindicta de werkwijze van de medewerkers wil aanpassen op het functiegericht indiceren, dient zij hieraan dus nog aandacht te besteden. Bij diegene waarvan de werkwijze wel is veranderd (4x), wordt in vr. 5 3x aangegeven dat Vindicta hen op de hoogte stelt van de ontwikkelingen.

Ambulant:

- bij het ambulante team wordt geen enkele keer gezegd dat het de werkwijze van de respondent niet heeft beïnvloed
- 6 van de 8 respondenten geven aan, dat de werkwijze is veranderd. Vier van hen zeggen verder, dat Vindicta hen hiervoor richtlijnen heeft gegeven.
- 1x wordt gezegd dat het voor de cliënten nogal wat 'gesteggel' met zich meebrengt
- 1x wordt aangegeven, dat er 1) tijdregistraties gemaakt moeten worden; 2) ambulante woonzorgmedewerkers in dienst komen; 3) er komen ook cliënten met psychosociale problematiek
- leidinggevende geeft aan, dat de bureaucratie toeneemt

Er lijkt kortom een klein verschil waarneembaar tussen het team van de Fluwelensingel en het ambulante team. Het ambulante team heeft meer het gevoel dat hun werkwijze wordt beïnvloedt door het functiegericht indiceren.

Vraag 10 vraagt naar de samenhang tussen het functiegericht indiceren en de visie van Vindicta.

Fluwelensingel:

- van de 11 respondenten zeggen slechts 3 dat de visie en het functiegericht indiceren goed samengaan. Hierbij wordt 1x de voorwaarde gegeven, dat er genoeg speelruimte voor de cliënt dient te blijven.
- 2x wordt aangegeven, dat men daar in het cliëntencontact niet mee te maken heeft
- 1x wordt gezegd dat de respondent hier geen idee van heeft
- 1x: 'het is een indeling op defect i.p.v. wat iemand kan en dat is in tegenspraak met hoe ik de visie zie. Daarnaast worden cliënten opgedeeld en hij is 1 geheel. Van de andere kant is dat ook zo als ik een aanvraag voor een hulpmiddel doe.'
- 2x wordt gezegd dat Vindicta van visie moet veranderen, omdat:
 - de rehabilitatievisie verschillende domeinen kan omvatten. Vindt het nu te beperkt
 - Vindicta vraaggericht bezig moet zijn
- 3x wordt gezegd dat het functiegericht indiceren moet worden veranderd, omdat
 - anderen bepalen wat de zorgvraag is
 - de cliënt centraal staat en je niet volgens de visie kunt handelen
 - er moet genoeg ruimte voor flexibiliteit overblijven.

Er lijken kortom binnen de Fluwelensingel nogal verschillende ideeën te bestaan over deze vraag. Wellicht dient er vaker gesproken te worden over de visie en het functiegericht indiceren, waardoor de medewerker meer duidelijkheid krijgt. Dit lijkt de hulpverlening ten goede te komen.

Ambulant:

- van de 8 respondenten zeggen 6 dat de visie goed kan samengaan met het functiegericht indiceren.
- 1x wordt gezegd dat de respondent geen idee heeft over de verhouding.
- 1x wordt 'anders' gezegd: er is verschil in visie (hiermee lijkt Vindicta en RIO te worden bedoeld). Teleurstellend hoe weinig inzicht er is op psychiatrische problematiek
- Binnen de ambulante begeleiding lijkt meer duidelijkheid te bestaan over het functiegericht indiceren en hoe de visie hierbinnen een plek heeft. Er ligt een uitdaging voor Vindicta om te zorgen dat dit binnen de Fluwelensingel ook het geval is. Daarnaast kan Vindicta onderzoeken of ambulante teams meer helderheid hebben dan de teams binnen beschermende woonvormen.

Vraag 11 vraagt of de medewerker denkt te kunnen blijven werken met de visie van Vindicta?

Fluwelensingel:

- 10 van de 11 respondenten denken van wel, waarvan 1 ook 'nee' aankruist (geen verduidelijking gegeven)
- 1x wordt geen mening gegeven
- er wordt als tip gegeven: uitbreiding van de rehabilitatievisie, Vindicta dient richtlijnen te geven, flexibiliteit in je werk brengen en het functiegericht indiceren dient als kader, niet als concrete invulling van de zorg.

Ambulant:

- Alle respondenten denken dat nu en in de toekomst met de visie gewerkt kan blijven worden.
- Er wordt gezegd, dat de cliënt centraal blijft staan (3) en dat wanneer blijkt dat de indicatie niet aansluit er opnieuw geïndiceerd kan worden.

Bij vraag 12 wordt gevraagd of de medewerker de Catalogus kent, waarin de producten staan, die Vindicta biedt.

Fluwelensingel:

- van de 11 respondenten kennen 7 de Catalogus wel; 4 niet.
- deze 4 die de Catalogus niet kennen zijn: woonzorgmedewerker, woonzorgmedewerker & slaapwacht, stagiaire (wel voor persoonlijk begeleider!) en slaapwacht.

Dit laatste zou verklaard kunnen worden door het feit dat de persoonlijk begeleider het meeste met de Catalogus gaat werken. Aan de andere kant kan dit niet opgemaakt worden uit de gegevens, omdat er slechts 1 persoonlijk begeleider meewerkt aan de enquête. Toch dient Vindicta hier in mijn ogen aandacht aan te besteden.

Ambulant:

- alle respondenten kennen de Catalogus in meer of mindere mate.

Allen zijn persoonlijk begeleider.

Vraag 13: Wat heb je tot nu toe met de Catalogus gedaan?

Fluwelensingel:

- van de 7 die de Catalogus kennen, heeft 1 er niets mee gedaan
- vier hebben de Catalogus wel eens ingekeken en 2 geven aan, dat ze hem uitgebreid bestudeerd hebben

Ambulant:

- 1 respondent geeft aan niets te hebben gedaan met de Catalogus, 3 hebben hem eens ingekeken en 3 hebben hem bestudeerd.
- 1 geeft aan dat hij eerst grondig is doorgenomen voor een workshop, maar dat er nu niets mee gebeurt.

Dat betekent dat bijna alle respondenten wel een notie hebben van de dienstverlening van Vindicta.

Op de vraag wat de Catalogus volgens de respondent kan bijdragen aan de dienstverlening van Vindicta, wordt als volgt geantwoord:

Fluwelensingel:

- 6 geven aan, dat er een zorgarrangement kan worden samengesteld MET de cliënt
- hiervan geven 2 aan, dat dat ook kan gebeuren VOOR de cliënt. Volgens hen kan dit dus samengaan.
- 1 geeft aan, dat de map alleen van naam bekend is en er dus niet kan worden ingeschat wat deze kan bijdrage aan de dienstverlening.

Dat betekent dat van de 7 die de Catalogus kennen, 6 van hen besef hebben van hoe deze kan bijdragen aan de dienstverlening.

Ambulant:

- van de 8 respondenten, geven 6 aan dat er een zorgarrangement kan worden opgesteld samen MET de cliënt. 2 hiervan denken dat dit ook kan VOOR de cliënt
- 1 van deze 6 geeft aan dat het werken met de Catalogus nog geen plek heeft binnen de organisatie. Deze respondent is benieuwd hoe dit zal gebeuren en op welke termijn.
- 1 van de 8 respondenten zegt dat de Catalogus slechts kan bijdragen door een zorgarrangement VOOR de cliënt samen te stellen
- Door 1 respondent wordt de vraag gesteld of de persoonlijk begeleider de Catalogus moet gaan gebruiken of dat deze gebruikt zou kunnen worden bij de indicatiestelling of de intake.

Kortom; de meeste respondenten geven aan, dat de Catalogus gebruikt kan worden samen met de cliënt. Enkele hebben hun vraagtekens. Vindicta zou er goed aan doen, hier op korte termijn duidelijkheid in te geven.