

Transitie AWBZ

Hervorming langdurige ondersteuning en zorg Gemeente Midden-Drenthe

Plan van Aanpak

Mei 2013

Inhoud

INHOUD	1
1 INLEIDING	2
2 BETEKENIS VOOR BURGERS EN GEMEENTE	4
3 ACTIEPUNTEN VOOR DE GEMEENTE	5
4 DE PROJECTEN.....	8
BIJLAGE 1 – CIJFERS VAN CIZ.....	11

1 Inleiding

Veranderingen in wetten

De langdurige ondersteuning en zorg is in Nederland geregeld vanuit een drietal wetten: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Zorgiekteverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De rijksoverheid is verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ, de zorgiektekostenverzekeraars zijn dat voor de Zvw en de gemeenten voor de Wmo. De regering streeft naar een kwalitatief beter systeem, met meer hulp voor elkaar, dat betaalbaar is op termijn. Daarvoor wordt de AWBZ ingekort tot een kern-AWBZ waarmee alleen zware intramurale zorg wordt geregeld. Voor een deel komen nieuwe, medische, taken terecht bij de zorgverzekeraars. De Wmo wordt vernieuwd om een bredere invulling te kunnen geven aan de zelfredzaamheid en participatie op lokaal niveau en om meer ondersteuning te kunnen organiseren vanuit de gemeenschap.

Verschuiving van verantwoordelijkheden

In de brief van staatssecretaris Van Rijn (als vervolg op het recent gesloten zorgakkoord) wordt duidelijk dat gemeenten veel meer verantwoordelijkheden krijgen dan in eerdere plannen staat. Naast de opvang van de vraag naar begeleiding, vervoer en kortdurend verblijf gaat ook de extramurale verzorging uit de AWBZ. Voor compensatie zijn burgers aangewezen op de Wmo. Een nieuwe taak voor de zorgverzekeraars is verpleging thuis. Daar ontmoeten gemeenten en verzekeraars elkaar in de afstemming van ondersteuning en zorg voor individuele burgers. Daarvoor worden wijkverpleegkundigen ingezet, betaald vanuit de Zvw. De gemeenten worden gestimuleerd om sociale wijkteams op te zetten met een extra budget vanuit het rijk.

Meer burgers in de Wmo

Met de nieuwe verantwoordelijkheden komen meer mensen dan eerder is voorzien bij de gemeente terecht met vragen om begeleiding en verzorging. Dat aantal wordt nog groter door een andere maatregel: de extramuralisering¹. De drempel om in een instelling te kunnen wonen wordt hoger en de vraag om ondersteuning in de thuissituatie zal stijgen ten opzichte van de huidige situatie, zowel qua omvang als qua zwaarte.

Vanaf 1 januari 2015, als de nieuwe wetten ingaan, zal voor iedere burger die dat nodig heeft het maatwerk geregeld moeten zijn. Dit betekent dat in 2014 gesprekken gevoerd worden met naar schatting tussen de 600 en 800 burgers.

¹ Wonen met zorg binnen een zorginstelling of begeleid zelfstandig wonen is aangemerkt als *intramuraal*, daarbuiten is de zorg *extramuraal*. Het gaat om scheiden van wonen en zorg wat leidt tot *extramuralisering*; er wordt dus meer zorg buiten de instelling geleverd.

Traject in Midden-Drenthe

In dit plan van aanpak is te lezen op welke manier het college de beleidsvoorbereiding en – uitvoering organiseert. In 2013 worden onderzoeken uitgevoerd en ervaring opgedaan in de nieuwe werkprocessen. In de eerste helft van 2014 stelt de gemeenteraad een voorlopig beleidsplan vast. Op basis daarvan wordt in 2014 ondersteuning georganiseerd die in 2015 wordt uitgevoerd. Het beleidsplan zal naar verloop van tijd worden bijgesteld op basis van evaluaties van de uitvoering. Deze aanpak is met succes gehanteerd in de eerste fase van de Wmo, vanaf de invoering in 2007. De uitvoering is cruciaal in het welslagen van het beleid. Op deze manier kan de uitvoering zich zetten.

2 Betekenis voor burgers en gemeente

Kwetsbare burgers

Voor de burgers die het betreft blijft nog onzeker welke ondersteuning zij kunnen verwachten en hoe die wordt geregeld. Het zijn kwetsbare burgers, mensen die matig of zwaar probleemgedrag vertonen en/of die matige of zware beperkingen hebben op het gebied van:

- persoonlijke verzorging;
- sociale redzaamheid;
- het bewegen en verplaatsen;
- het psychisch functioneren;
- het geheugen en de oriëntatie.

In de recente publicatie “Wie is de cliënt” van CIZ staan cliëntprofielen beschreven². Cijfers van huidige aantallen cliënten met een indicatie in Midden-Drenthe zijn te vinden in bijlage 1.

Gevolgen voor burgers

De maatregelen van de rijksoverheid hebben als gevolg dat mensen:

- minder snel worden opgenomen in een zorginstelling (extramuralisering);
- meer zelf moeten organiseren binnen hun eigen omgeving;
- alleen een beroep kunnen doen op de AWBZ voor langdurige en niet-verzekerbare intramurale zorg;
- voor compensatie van beperkingen in zelfredzaamheid en participatie naar hun woongemeente verwezen worden.

Begeleiding met verschillende doelen

Het meest omvangrijk en complex is de begeleiding. Die wordt vanuit de AWBZ ingezet voor:

- het verkrijgen en onderhouden van de regie over het eigen leven (plannen, organiseren, overzicht houden);
- het praktisch ondersteunen;
- het ontlasten van mantelzorgers;
- het verrichten van activiteiten ter vervanging van (kinder)opvang, school en arbeid;
- het voorkómen van erger (preventie en vroegsignalering).

² Zie http://www.ciz.nl/sites/ciz/files/filemanager/CIZ_Wie_is_de_client_-webversie.pdf

3 Actiepunten voor de gemeente

De maatregelen van het rijk leiden tot een serie actiepunten voor de gemeente. In het volgende stuk is kort geschetst welke actiepunten dat zijn en hoe die worden opgepakt.

Opnemen in huidige processen

1. opvangen van de grotere vraag naar huishoudelijke hulp vanaf 2013
2. bijdragen aan de financiële dekking van nieuwe cliënten huishoudelijke hulp in 2014
3. nieuwe regels stellen voor minder huishoudelijke hulp met 60% van het huidige budget, als onderdeel van een breed individueel ondersteuningspakket
4. nieuwe regels stellen voor hulpmiddelen vanwege korting op het budget
5. organiseren van compensatie voor vervoer
6. organiseren van persoonlijke verzorging met 85% van het huidige budget
7. maatwerk bieden voor compensatie van beperkingen of directe inkomenssteun regelen via bijzondere bijstand met het huidige budget voor de Wtcg en CER (wordt overgeheveld via het gemeentefonds) per 2014

De extra vraag naar huishoudelijke hulp door extramuralisering wordt in de huidige uitvoering meegenomen. De kosten zijn in 2013 grotendeels gecompenseerd met een rijksbijdrage. Voor 2014 stelt het rijk dat de gemeenten zelf eveneens moeten bijdragen aan de extra kosten. Daar zal in de begroting van 2014 rekening mee worden gehouden. Door de korting op het huidige budget is het noodzakelijk om strengere regels te stellen aan de huishoudelijke hulp. Dat wordt meegenomen in het beleid voor de individuele voorzieningen.

Voor vervoer en persoonlijke verzorging worden op regionaal en provinciaal niveau mogelijkheden onderzocht om aan te sluiten bij de huidige aanbestedingen voor vervoer en huishoudelijke hulp. Aandachtspunt hierbij is de afstemming van persoonlijke verzorging op de verpleging en verzorging die door verzekeraars bij de mensen thuis wordt geregeld.

Als burgers de eigen bijdrage niet kunnen betalen vanwege een bijzondere situatie wordt dat individueel bekeken. Als de bestaande regelingen of het geboden maatwerk niet toereikend blijken te zijn, wordt alsnog beleid gemaakt.

Inbrengen in samenwerking

8. prestatieafspraken maken met woningcorporaties in toewijzingsbeleid en aanpassing van woningen
9. samenwerken met verzekeraars voor arrangementen met integrale zorg en ondersteuning vanuit Zvw en Wmo
10. afspraken maken met verzekeraars over inzet van wijkverpleegkundigen voor verbinding tussen zorg en welzijn in de wijk
11. samenwerken met verzekeraars voor de afstemming tussen sociaal en medisch domein
12. specifieke arrangementen ontwikkelen voor burgers met een specifieke zorgvraag, in samenwerking met zorgverzekeraars

Er is een regelmatig bestuurlijk overleg met de partners in welzijn, wonen en zorg. De prestatieafspraken met de woningcorporaties komen daarin op de agenda. Met de verzekeraars wordt contact gezocht om te bezien op welke manier de samenwerking tot stand kan komen. Dit wordt in de eerste instantie op regionaal en provinciaal niveau aangekaart.

Opnemen in projecten voor 2013

13. organiseren van compensatie voor begeleiding en kortdurend verblijf (en vervoer) met 75% van het huidige budget
14. medewerkers inzetten die over de grenzen van hun eigen vakgebied heen kunnen kijken om cliënten zo goed mogelijk te kunnen helpen
15. afstemming organiseren van ondersteuning uit het gemeentelijk sociale domein (Wmo) op het medisch domein (Zvw) (door het rijk gestimuleerd met middelen voor sociale wijkteams)

In 2013 worden medewerkers van gemeente en Stichting Welzijnswerk Midden-Drenthe getraind in het voeren van gesprekken met de nieuwe doelgroepen en in het opzetten van ondersteuning, samen met de betreffende burgers. Er vinden gesprekken plaats die leiden tot concrete arrangementen, combinaties van ondersteuning door eigen omgeving, met vrijwilligers en beroepskrachten. Dit gebeurt in samenwerking met de Hanzehogeschool als onderdeel van de Wmo werkplaats Noord.

De welzijnsstichting is bezig met de vorming van dorpendteams per grote kern (Beilen, Smilde en Westerbork). Dit is het uitgangspunt voor het wijkgericht werken en de ontwikkeling van sociale wijkteams. De projecten, die leiden tot arrangementen voor individuele burgers en tot een overzicht van mogelijke oplossingen, komen in het volgende hoofdstuk aan de orde.

Opnemen in projecten voor 2014

16. opvangen van de grotere vraag naar begeleiding en verzorging dan in eerste instantie verwacht, vanaf 2015 (door toevoeging van verzorging en meer nieuwe aanvragen door extramuralisering)
17. organiseren van compensatie voor verzorging, begeleiding, kortdurend verblijf en vervoer voor individuele burgers in arrangementen, met 75% van het huidige budget
18. op participatie gerichte ondersteuning organiseren voor mensen die een vorm van begeleid wonen nodig hebben
19. een voor burgers inzichtelijk beoordelingsproces opzetten, met de mogelijkheid van rechtsgang voor de burger
20. inzetten van onafhankelijke cliëntondersteuners met het huidige budget voor MEE
21. in beleidsplan opnemen van eisen aan de aanbieders van Wmo-ondersteuning t.a.v. de medezeggenschap van cliënten

Uitgangspunten van de aanpak

Voor de projecten hanteren we de volgende uitgangspunten:

- De problematiek en het werkveld is complex, dus de aanpak is procesmatig en projectmatig;
- De primaire partners, de Wmo-raad en Welzijnswerk Midden-Drenthe worden betrokken in de voorbereidingen van het beleid;
- De leden van de Wmo-raad, de medewerkers van de Wmo-loketten en de Wmo-consulenten krijgen een actieve rol in de voorbereiding en uitvoering van de projecten;
- Met individuele burgers worden keukentafelgesprekken gevoerd door medewerkers die daarop toegerust zijn;
- De directies en medewerkers/vrijwilligers van ondersteunende instellingen en vrijwilligersorganisaties die met de doelgroep te maken hebben of krijgen, worden uitgenodigd om mee te denken en mee te werken in de projecten;

- Voor burgers die al in 2014 met de decentralisaties te maken krijgen, worden binnen de projecten arrangementen ontwikkeld en geregeld;
- De manier waarop de arrangementen tot stand komen kan verschillen per situatie, het is maatwerk, ook in de aanpak;
- Per gebied rondom de huidige Loketten voor Zorg & Dienstverlening kunnen de projecten verschillend worden uitgevoerd;
- Zowel de aanpak als het beleid zijn niet statisch: we geven ruimte aan voortschrijdend inzicht.

4 De projecten

Onderzoeken, organiseren en regelen

Kern van de projecten in 2013 is het onderzoek naar de vraag van Midden-Drentse burgers en de mogelijkheden van ondersteuning in hun nabije omgeving. Daarvoor worden enkele projecten opgezet. De resultaten worden gerapporteerd en van adviezen voorzien. Op basis van deze informatie wordt het beleidsvoorstel gemaakt. De projecten in 2014 zijn vooral gericht op het organiseren en regelen van ondersteuning vanaf 2015, de kwaliteit van de uitvoering en de medezeggenschap van cliënten.

Er worden vier projecten opgezet, elk met een eigen focus:

- Project 1: de vraag en de ondersteuning van individuele burgers;
- Project 2: arrangementen in de 0^e, 1^e en 2^e lijn³;
- Project 3: kwaliteit en monitoring;
- Project 4: rollen en verantwoordelijkheden in samenwerking.

De eerste twee projecten hebben als kern het achterhalen van de vraag en het ontwikkelen van individuele arrangementen. Individuele burgers met een vraag en hun naaste omgeving hebben een belangrijke bijdrage. Er is een wisselwerking tussen deze twee projecten. In project 1 gaat het om individuele oplossingen, in project 2 worden mogelijke arrangementen verkend. De projecten lopen in de tijd naast elkaar.

Drie gebiedsteams vanuit de Loketten voor Zorg & Dienstverlening in Beilen, Smilde en Westerbork voeren een belangrijk deel van de projecten uit. De teams bestaan uit welzijnswerkers (zowel uit de loketten als het opbouwwerk), Wmo-consulenten en maatschappelijk werkers. Waar nodig zal aan medewerkers van andere organisaties, zoals vrijwilligersorganisaties, MEE-Drenthe en zorginstellingen, gevraagd worden om mee te denken.

De laatste twee projecten hebben een gebiedsoverstijgend karakter. Project 3 (kwaliteit en monitoring) leent zich goed voor samenwerking met andere gemeenten op provinciaal niveau. Voor project 4 (rollen en verantwoordelijkheden in samenwerking) kan samenwerking op regionaal niveau interessant zijn.

Er worden naast bovengenoemde medewerkers ook directies van betrokken organisaties gevraagd een bijdrage te leveren aan de visievorming en advisering. In het bijzonder geldt dit voor de Wmo-raad en cliëntenorganisaties, als stem van de burgers die het betreft.

Resultaat is een aantal concrete arrangementen die worden uitgevoerd afhankelijk van de persoonlijke situatie van de betrokken burgers. Daarnaast leveren de projecten informatie op voor het beleid. De eindverslagen van de projecten worden gebundeld en van adviezen voorzien.

De gemeenteraad heeft in 2012 de middelen beschikbaar gesteld die van het rijk zijn ontvangen voor de voorbereiding van de transitie. Deze middelen worden gebruikt voor de uitvoering van het plan van aanpak.

³ Oplossingen binnen de gemeenschap (0^e lijn), lichte vormen van professionele ondersteuning (1^e lijn) en specialistische ondersteuning (2^e lijn).

Vragen voor het beleid

De vragen waarop we een antwoord zoeken zijn:

- Welke vragen van burgers kunnen wij verwachten?
- Waar ligt redelijkerwijs de verantwoordelijkheid bij de burger en waarvoor is de gemeente aanspreekbaar?
- Wie voert 'keukentafelgesprekken', hoe en met welke deskundigheid?
- Welke oplossingen kunnen binnen de gemeenschap gevonden worden?
- Wat is nodig om die oplossingen te kunnen laten werken?
- Hoe gaan huidige zorgaanbieders om met maatwerk?
- Wie stellen oplossingen samen en hoe worden die geregeld?
- Waarvoor is toewijzing of indicatie nodig en wie gaat dat doen?
- Hoe wordt de specialistische professionele ondersteuning geregeld?
- In welke gevallen zijn collectieve oplossingen efficiënter te organiseren?
- Welke kwaliteitseisen worden gesteld aan de ondersteuning?
- Welke voor- en nadelen heeft het werken in gebiedsteams voor de deelnemers en de organisaties?
- Hoe wordt de monitorfunctie vorm gegeven?
- Wat zijn de rollen en verantwoordelijkheden van partners en/of voorliggende voorzieningen?
- Hoe stuurt de gemeente op resultaat en hoe op samenwerking?

In de uitwerking worden de volgende actiepunten van het Wmo-beleid verwerkt:

- Onderzoeken van de wenselijkheid van hulp en ondersteuning in de buurt als laagdrempelige toegang tot lichte ondersteuning. Hierbij sluiten we aan bij het onderzoek vanuit de pilot Drentse Jeugd;
- Onderzoeken hoe ondersteuning in de buurt kan worden opgezet en dat organiseren. Hiervoor sluiten we aan bij het betreffende actiepunt voor prestatieveld 2;
- Ontwikkelen en vaststellen van participatiebeleid. Er komt een beleidsplan participatie met antwoorden op vragen zoals: hoe richten we de processen in? Waarin werken we samen met andere gemeenten? Hoe regelen we het aanbod van zorginstellingen? Hoe volgen we de resultaten van het beleid?

Verbindingen met andere activiteiten

Waar mogelijk en zinvol leggen we verbindingen met andere activiteiten. In het bijzonder met:

- De Wmo-werkplaats Noord;
- De pilot Gebiedsgebonden Teams van de transitie Jeugd;
- Het project "de geluksroute";
- Activiteiten van de andere gemeenten in de regio en de provincie

Hieronder volgt een toelichting.

Met het eerste project zijn we deelnemer als *Wmo-praktijk* in de *Wmo-werkplaats Noord*, waarvan het lectoraat rehabilitatie van de Hanzehogeschool de projectleiding heeft. Het proces wordt gevolgd en beschreven door onderzoekers van de hogeschool. Op basis daarvan ontwikkelt de hogeschool onderwijsmodules waarvan de deelnemers kunnen profiteren. De werkplaats is onderdeel van een landelijk project, gefinancierd door het Ministerie van VWS. Onze inzet wordt gedeeltelijk vergoed.

De pilot Gebiedsgebonden Teams van de transitie Jeugd wordt uitgevoerd in Smilde. De resultaten van de pilot zijn ook input voor het beleid AWBZ. Welzijnswerk Midden-Drenthe zet dorpenteams in bij de pilot Jeugd en ook bij de uitvoering van dit plan van aanpak. Dit betekent extra inzet van medewerkers. In onze opzet houden we hier rekening mee.

Eveneens in Smilde wordt vanuit het Loket voor Zorg & Dienstverlening een project uitgevoerd onder de titel *Geluksroute*. Mensen die eenzaam zijn en zich terugtrekken worden uitgedaagd om hun dromen te realiseren. Daarvoor worden speciaal getrainde vrijwilligers ingezet. De resultaten tellen mee in een grootschalig promotieonderzoek van de Universiteit Twente naar de effectiviteit van de Geluksroute voor welbevinden en zorggebruik.

Ook in andere gemeenten van ons *samenwerkingsverband Noord en Midden Drenthe* wordt geëxperimenteerd met de Geluksroute. Dit betekent samenwerking op de werkvloer. Met dit plan van aanpak zullen we bezien waar en op welke manier afstemming en samenwerking met de andere gemeenten mogelijk en nuttig is. In het bijzonder in de projecten 3 en 4 zoeken we samenwerking, ook op provinciaal niveau.

Bijlage 1 – Cijfers van CIZ

Bronnen:

- Wie is de cliënt? CIZ maart 2013
- Aanspraak op AWBZ-zorg gemeente Midden-Drenthe, CIZ 1 januari 2013

Het systeem van indicatiestelling en zorgaanbod: extramuraal

Er zijn zes grondslagen:

- Somatische aandoening/beperking (SOM);
- Psychogeriatrische aandoening/ beperking (PG);
- Psychiatrische aandoening/ beperking (PSY);
- Lichamelijke handicap (LG);
- Verstandelijke handicap (VG);
- Zintuiglijke handicap (ZG).

De groep PSY jonger dan 18 jaar komt niet voor in de CIZ-cliëntgroepen. Bureau Jeugdzorg is het bevoegde orgaan om indicaties te stellen voor minderjarigen bij wie de zorgvraag voortkomt uit de grondslag PSY.

De extramurale AWBZ-zorg is ingedeeld in functies:

- Persoonlijke Verzorging (PV);
- Verpleging (VP);
- Begeleiding (BG);
- Behandeling (BH);
- Kortdurend Verblijf (KVB).

In een indicatiebesluit wordt niet alleen aangegeven op welke AWBZ-functie(s) een cliënt aanspraak heeft, maar ook op hoeveel zorg binnen elke functie. Dit heet de zorgomvang, die per functie wordt weergegeven in klassen. De klassen lopen op van klasse 0 tot en met maximaal klasse 9.

Functie	Minimale klasse		Maximale klasse	
Persoonlijke Verzorging (PV)	Klasse 1	0 - 1,9 uur per week	Klasse 8	20 – 24,9 uur per week
Verpleging (VP)	Klasse 0	0 - 1,9 uur per week	Klasse 7	16 – 19,9 uur per week
Begeleiding Individueel (BGI)	Klasse 1	0 - 1,9 uur per week	Klasse 8	20 – 24,9 uur per week
Begeleiding Groep (BGG)	Klasse 1	één dagdeel per week	Klasse 9	negen dagdelen per week
Behandeling Individueel (BHI)	Het CIZ indiceert geen omvang voor de functie BHI.			
Behandeling Groep (BHG)	Klasse 1	één dagdeel per week	Klasse 9	negen dagdelen per week
Kortdurend Verblijf (KVB)	Klasse 1	één etmaal per week	Klasse 3	drie etmalen per week

Tabel 1. Omvang maximale en minimale klasse per functie

Het systeem van indicatiestelling en zorgaanbod: intramuraal

Intramurale indicaties zijn geformuleerd in zorgzwaartepakketten (ZZP's). Intramurale zorg wordt geïndiceerd als de zorgvraag noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht.

Intramurale besluiten kunnen worden onderverdeeld in drie sectoren:

- Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ);
- Gehandicaptenzorg (GZ);
- Verpleging en Verzorging (V&V).

Zorgzwaartepakketten zijn in juli 2007 ingevoerd; hiervoor werden indicaties afgegeven in combinaties van extramurale functies, waaronder Verblijf. Sommige van deze indicaties zijn nu nog geldig. Cliënten met een dergelijke indicatie met Verblijf worden in de tabellen vermeld in de categorieën VB GGZ, VB GZ, VB V&V en VB onbekend. Deze categorieën verwijzen naar de drie sectoren voor intramurale zorg.

In aanvulling op deze sectoren kennen de ZZP's verbijzondering naar specifieke setting. Er bestaan ZZP-sets voor:

- Verpleging en Verzorging (V&V);
- Verstandelijke handicap (VG);
- Licht Verstandelijke Gehandicapt (LVG);
- Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt (SGLVG);
- Lichamelijke handicap (LG);
- Zintuiglijke handicap Auditief (ZGaud) en Visueel (ZGvis);
- Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).

De ZZP's VG (LVG, SGLVG), ZG en LG vallen onder de sector Gehandicaptenzorg (GZ).

Groepen met een indicatie in Nederland

Jonger dan 18 jaar

Ongeveer 6% van alle personen die in Nederland een indicatie hebben voor AWBZ-zorg is jonger dan 18 jaar. Bijna 80% van deze kinderen woont bij de ouders thuis. De grootste groep (ruim 82%) bestaat uit kinderen die worden geboren met een verstandelijke handicap. De tweede groep (ongeveer 13%) wordt gevormd door kinderen met een aangeboren ziekte of stoornis. Bij deze groep bestaat de belangrijkste zorg uit de functie Verpleging. Naast deze beide groepen zijn er kinderen met een visuele en/of auditieve handicap voor wie behandeling nodig is. Een speciale groep vormen de zorgintensieve kinderen (ZIK).

18-65 jaar

Bij volwassenen is een verstandelijke handicap of een psychiatrische stoornis de belangrijkste reden waarom mensen een beroep doen op zorg en ondersteuning vanuit de AWBZ. Bij ruim 46% van de zorgvragers is sprake van een verstandelijke handicap; 41% van de zorgvragers lijdt aan een psychiatrische stoornis.

De groep personen met een somatische grondslag omvat 27% van de zorgvragers in deze leeftijdsgroep. Het grootste deel van hen (84%) ontvangt de zorg in de eigen woonomgeving. In deze leeftijdsgroep zien we ook de eerste jong dementerenden (3%). De groep verstandelijk gehandicapten vormt nog 26% van de zorgvragers in deze leeftijdsgroep. Ruim 70% van deze mensen heeft een intramurale indicatie aangevuld met dagbesteding. 31% van de personen heeft een psychiatrische aandoening. Ondersteuning en zorg wordt bij 65% van deze groep extramuraal geleverd.

Boven de 65 jaar

Ouderen boven de 65 jaar delen we nu in drie categorieën in: ouderen tussen 65 en 75 jaar, ouderen van 75 tot 85 jaar en 85 jaar en ouder. In deze leeftijdsgroepen zien we het aandeel somatische ziekten en psychogeriatrische problematiek stijgen. Daar tegenover daalt het aantal personen met een psychiatrische stoornis of een verstandelijke handicap tot beneden de 1% van de zorgvragers.

Omvang van indicaties

Per functie en zorgzwaartepakket wordt weergegeven hoeveel cliënten op een moment in de tijd (peildatum) aanspraak op AWBZ-zorg hebben. Veel cliënten krijgen in één indicatiebesluit aanspraak op meer dan één zorgfunctie toegekend. De verschillende functies voor dezelfde cliënt worden in deze rapportage los van elkaar gepresenteerd.

Belangrijk is, dat ook de Bureaus Jeugdzorg indicaties afgeven voor AWBZ-zorg. Zij indiceren kinderen jonger dan 18 jaar met een psychiatrische aandoening. Omdat het CIZ niet over de gegevens van de Bureaus Jeugdzorg beschikt, kan hierover niet door het CIZ worden gerapporteerd. Daarnaast is een deel van de AWBZ-zorg indicatievrij en komt daardoor ook niet voor in deze rapportage. Behandeling bij ZG en advies, instructie en voorlichting door de thuiszorg zijn voorbeelden van AWBZ-zorg die indicatievrij is.

Verder hoeft het aantal cliënten met aanspraak op AWBZ-zorg in een gemeente niet overeen te komen met het aantal cliënten dat daar daadwerkelijk de zorg consumeert. Geïndiceerde zorg wordt mogelijk ook niet geconsumeerd. Een cliënt kan een indicatie hebben zonder die te verzilveren bij een zorgaanbieder. Daarnaast kunnen verschillen ontstaan als cliënten in een andere regio dan waar zij wonen, hun zorg consumeren. Voorbeeld: een kind dat in een bepaalde gemeente woont wordt naar de dagopvang gebracht in een buurgemeente.

Cijfers voor Midden-Drenthe

In tabel 2 staat het aantal cliënten met een indicatie voor AWBZ-zorg in Midden-Drenthe en in Nederland. Dat betreft ook de zorg die in de AWBZ blijft of naar de zorgverzekeringswet (Zvw) wordt overgeheveld.

Plaats van de zorg	1 juli 2012	1 oktober 2012	1 januari 2013
Extramuraal	1.020	1.035	1.045
Intramuraal	890	885	900
Totaal Midden-Drenthe	1.910	1.920	1.945
Totaal Nederland	791.895	798.385	802.065

Tabel 2. Aantal indicaties AWBZ in Midden-Drenthe en in Nederland

De tabellen 3 en 4 geven een indicatie van de omvang van **extramurale zorg**. De totale omvang is berekend door de gemiddelde omvang per functie te vermenigvuldigen met het aantal indicaties. Zoals uit de vorige alinea's blijkt, moet daarbij de kanttekening worden gemaakt dat niet alle indicaties worden verzilverd en dat de groep jongeren onder de 18 met een psychiatrische aandoening ontbreekt.

Functie	1 juli 2012	1 oktober 2012	1 januari 2013
PV (uren/week)	6,4	6,4	6,7
VP (uren/week)	3,5	3,7	3,4
BHG (dagdelen/week)	5,9	5,8	5,6
BGI (uren/week)	5,0	4,6	4,8
BGG (dagdelen/week)	4,8	4,8	4,8
KVB (etmalen/week)	1,1	1,1	1,1

Tabel 3. Gemiddelde omvang per week en per functie in Midden-Drenthe

Functie	1 juli 2012	1 oktober 2012	1 januari 2013
PV (uren/week)	4.285	4.350	4.585
VP (uren/week)	765	800	740
BHG (dagdelen/week)	180	190	190
BGI (uren/week)	1.610	1.545	1.650
BGG (dagdelen/week)	1.035	1.035	1.075
KVB (etmalen/week)	60	60	55

Tabel 4. Totale omvang per week en per functie in Midden-Drenthe

In tabel 5 staat de totale omvang van de zorg die is geïndiceerd met persoonsgebonden budget (Pgb). Daaruit blijkt dat ongeveer 25% van de indicaties Persoonlijke Verzorging met Pgb worden afgegeven. Hetzelfde geldt voor ruim 10% van de indicaties Verpleging, ongeveer 35% van Begeleiding Individueel en Begeleiding Groep en ruim 80% van Kortdurend Verblijf.

Functie	1 juli 2012	1 oktober 2012	1 januari 2013
PV (uren/week)	1.120	1.115	1.135
VP (uren/week)	95	90	80
BHG (dagdelen/week)	-	-	-
BGI (uren/week)	570	560	545
BGG (dagdelen/week)	360	360	350
KVB (etmalen/week)	50	50	45

Tabel 5. Totale omvang zorg met Pgb per week en per functie in Midden-Drenthe

In tabel 6 is te lezen hoe de verdeling is van de aantallen indicaties **intramurale zorg** per sector over de zorgzwaartepakketten. Het totaal aantal is kleiner dan in tabel 2 vanwege de afronding op vijftallen.

Sector	Aantal	Sector	Aantal	Sector	Aantal	Sector	Aantal
VV01	10	VG01	0	LG01	10	GGZ01	0
VV02	20	VG02	15	LG02	5	GGZ02	25
VV03	40	VG03	50	LG03	20	GGZ03	50
VV04	40	VG04	25	LG04	10	GGZ04	60
VV > 4	240	VG >4	45	LG >4	30	GGZ >4	175
Totaal	350		135		75		310

Tabel 6. Aantal indicaties intramurale zorg per sector in Midden-Drenthe