

SAMEN WERKEN

aan decentralisatie
van begeleiding

Samenwerken aan zorg en ondersteuning

Mini-toolkit
voor gemeenten en zorgkantoren

INHOUDSOPGAVE

1. Introductie	2
2. Ontwikkelingen rondom de AWBZ-functie begeleiding	2
Ontwikkelingen rondom begeleiding	3
Kenmerken van begeleiding	4
De opdracht aan gemeenten	6
De rol van zorgkantoren	6
3. Uw gezamenlijke gesprek	7
1) Over welke cliënten hebben we het?	7
2) Het speelveld in beeld	8
3) De nieuwe werkwijze	8
4) Sturing	10
4. Goede voorbeelden	11
4.1 Den Haag	11
4.2 Amsterdam	12
5. Gebruikte literatuur	13
Bijlage 1 Indeling in groepen van cliënten die zijn getroffen door de AWBZ-pakketmaatregel van 2009	14
Bijlage 2 Indelingen van cliënten en (mogelijk) zorgaanbod	15
Bijlage 3 Enkele gegevens over cliënten die gebruik maken van begeleiding uit de AWBZ	22

1



SAMEN WERKEN
aan zorg en ondersteuning

versie 1 - maart 2011

1. INTRODUCTIE

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) zijn het traject 'Samen werken aan Zorg en Ondersteuning' gestart, met als doel de versterking van samenwerking tussen zorgkantoren/zorgverzekeraars en gemeenten. Een van de opbrengsten van dat traject is een handreiking aan gemeenten en zorgkantoren over onderlinge samenwerking en een vijftal 'mini-toolkits' die rondom concrete thema's uiteenzetten hoe samenwerking gestalte kan krijgen.

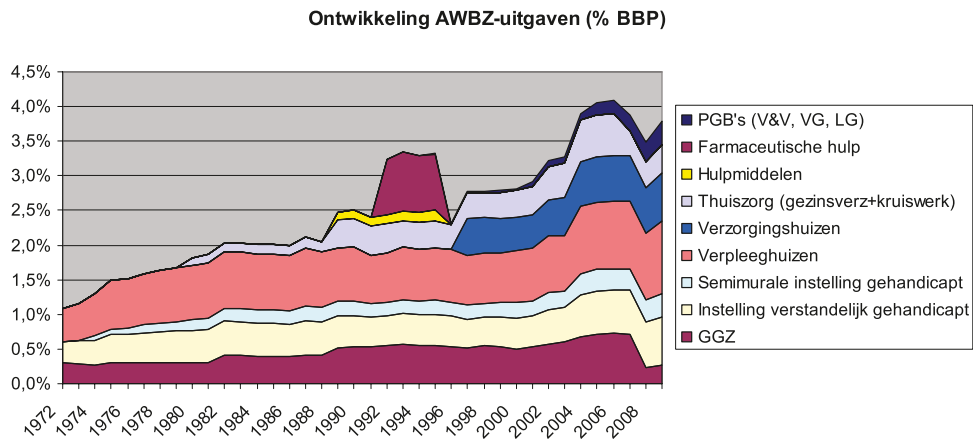
Deze mini-toolkit is één van de vier mini-toolkits en handelt over de samenwerking rondom de AWBZ-functie begeleiding. Het kabinet heeft bepaald dat gemeenten verantwoordelijk worden voor de gehele AWBZ-functie begeleiding. Gemeenten worden daarmee verantwoordelijk om zorg en ondersteuning te bieden aan een groep cliënten met serieuze beperkingen. Zorgverzekeraars kunnen op een aantal manieren helpen om de overheveling of decentralisatie soepel te laten verlopen en gemeenten in staat te stellen hun nieuwe taken goed ter hand te nemen. De kennis van zorgkantoren over de aard van de vragen naar begeleiding als op de inhoud en kenmerken van het mogelijke aanbod kan zeer bruikbaar zijn voor gemeenten. Verder kunnen zorgkantoren gemeenten assisteren bij gesprekken die moeten worden gevoerd met zorgaanbieders; hun kennis, ervaring en contacten zijn daarvoor zeer bruikbaar. Ten derde moet er samenhang zijn bij de inkoop van begeleiding en andere AWBZ-functies zoals verpleging en verzorging, omdat sommige cliënten tegelijkertijd gebruik maken van beide ondersteuningsvormen en behoefte hebben aan een samenhangend pakket.

Deze toolkit kent de volgende opzet. Allereerst worden de wettelijke context en ontwikkelingen rondom de begeleiding van kwetsbare burgers beschreven en worden de kenmerken van begeleiding uiteengezet. Vervolgens worden de mogelijkheden voor samenwerking beschreven. Tenslotte volgen een aantal goede voorbeelden van samenwerking.

2. ONTWIKKELINGEN RONDOM DE AWBZ-FUNCTIE BEGELEIDING

De AWBZ, de wet voor zorg en ondersteuning aan burgers met langdurige beperkingen, is in de afgelopen decennia fors uitgebreid. Aanvankelijk was de wet bedoeld als verzekering voor zware geneeskundige risico's. Onder druk van de Tweede Kamer is de wet al bij de invoering verbreed met voorzieningen in de sfeer van welzijn en maatschappelijke participatie. Door de jaren heen is de dekking steeds verder uitgebreid. In figuur 1 wordt zichtbaar welke maatregelen tot stijging van de uitgaven hebben geleid.

Figuur 1: Ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven als percentage van het Bruto Binnenlands Product (Ministerie van Financien, 2010).



3

Deze kostenstijgingen leiden tot voortdurende inspanningen om de doelmatigheid te vergroten en beter grip te krijgen op de verschillende kostencomponenten. Mede om die reden worden nieuwe financieringsgrondslagen, zoals zorgzwaartepakketten, ontwikkeld en worden zorgverzekeraars risicodragend doordat zij voortaan, volgens de plannen, de AWBZ voor hun eigen verzekerden moeten uitvoeren.

In het licht van de vergrijzing zijn deze maatregelen mogelijk noodzakelijk maar niet afdoende om de houdbaarheid van de AWBZ te waarborgen. Er zijn dan ook de afgelopen jaren rapporten van onder andere de SER en de Raad voor de Volksgezondheid gepubliceerd met zienswijzen hoe ook op de langere termijn de uitgaven aan AWBZ zorg kunnen worden beteugeld. De intentie is daarin stevast om de AWBZ terug te brengen tot de kern: het bieden van hoognodige en noodzakelijke voorzieningen voor mensen met serieuze beperkingen. Het nieuwe kabinet kiest hier ook voor: het verder terugbrengen van de AWBZ tot de kern. De AWBZ wordt verder versoberd door de functie begeleiding en dagbesteding naar gemeenten over te hevelen, de revalidatiezorg voortaan via de zorgverzekering te bekostigen en woonkosten niet langer uit de AWBZ te financieren.

ONTWIKKELINGEN RONDOM BEGELEIDING

Begeleiding is één van de vijf 'functies' waarin de AWBZ-zorg is ingedeeld (verpleging, behandeling, verblijf, persoonlijke verzorging en begeleiding). Onder begeleiding wordt verstaan: hulp bij het aanbrengen van structuur, het voeren van regie, ondersteuning bij praktische vaardigheden en het bieden van toezicht. Begeleiding valt uiteen in individuele begeleiding en groepsgewijze begeleiding (zoals dagbesteding). Rond begeleiding is ook de afgelopen jaren veel

gaande geweest, waarbij de ontwikkelingen goed pasten binnen de genoemde beleidsrichting om de AWBZ terug te brengen tot de kern.

Ten eerste werd vanaf 2008 de toegang tot de AWBZ functie individuele begeleiding voor cliënten met de grondslag psychosociale problematiek opgeheven. Per 2009 verviel hun toegang tot AWBZ-zorg als onderdeel van de AWBZ pakketmaatregelen helemaal, dus ook voor groepsgewijze begeleiding en persoonlijke verzorging. (Staatssecretaris van VWS, 2008). De middelen voor de zorg aan die groep werden volledig overgeheveld naar gemeenten, zodat zij alternatieve ondersteuningsvormen konden ontwikkelen. In totaal is met die tegemoetkoming €52 miljoen gemoeid. Het grootste deel daarvan ging naar centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang omdat vooral cliënten in de maatschappelijke opvang op basis van deze grondslag begeleiding kregen. Een kleiner deel is aan alle gemeenten ter beschikking gesteld voor de zogenoemde 'ontrederde gezinnen'. Veel gemeenten hebben initiatieven ontplooid om inderdaad dergelijke alternatieve ondersteuningsvormen te ontwikkelen. Per 1 januari 2009 werden de zogeheten 'pakketmaatregel' van kracht. Daarin werden de criteria om aanspraak te kunnen maken op de functie 'begeleiding' aangescherpt. Cliënten met een lichte beperking verloren hun aanspraak op zorg; voortaan was alleen een matige of ernstige beperking nodig om AWBZ-zorg te kunnen krijgen. Ook werd de omvang van het aantal beschikbare uren ingeperkt. Als gevolg van de pakketmaatregel zagen ongeveer 70.000 mensen hun aanspraak op begeleiding vervallen of verminderen. Omdat men verwachtte en hoopte dat een groter beroep zou worden gedaan op door gemeenten gefinancierde (WMO-) voorzieningen kregen gemeenten een gedeeltelijke financiële tegemoetkoming van in totaal 127 miljoen. Dat bedrag was beduidend lager dan de daarvoor voor begeleiding gereserveerde middelen: met de pakketmaatregel werd een bezuiniging van €800 miljoen beoogd.

En in de toekomst wordt de AWBZ-functie begeleiding volledig geschrapt en worden middelen overgeheveld naar gemeenten, zo is vastgelegd in het regeerakkoord van CDA en VVD. Het streven is om de overheveling per 2014 in te laten gaan, waarbij 2013 geldt als overgangsjaar. Uit de financiële bijlage bij het regeerakkoord wordt duidelijk dat gemeenten daarvoor (bijna) alle momenteel gereserveerde AWBZ-middelen overgeheveld krijgen (2,8 miljard euro per 2010), minus een doelmatigheidskorting van 5% (€140 miljoen).

KENMERKEN VAN BEGELEIDING

Ongeveer 176.000 Nederlanders met dus een indicatie: matig of zwaar, maakten op 1 januari 2010 gebruik van begeleiding gefinancierd vanuit de AWBZ. Cliënten die in aanmerking willen komen voor begeleiding op grond van de AWBZ moeten daarvoor een zogeheten 'indicatie' aanvragen bij het CIZ. Het CIZ beoordeelt de aanvraag en kent al dan niet het 'recht' op zorg toe, waarna cliënten die zorg (geleverd door zorgaanbieders) kunnen opeisen bij het zorgkantoor. Het CIZ kent

indicaties voor begeleiding toe op grond van matige of ernstige beperkingen in de sociale redzaamheid, de mogelijkheid zich te bewegen of te verplaatsen, het psychisch functioneren, geheugen- en oriëntatiestoornissen of probleemgedrag (CIZ, 2010).

Cliënten die gebruik maken van begeleiding of dat tot voor kort deden vormen een zeer gedifferentieerde groep. In bijlage 3 zijn enkele kerngegevens over deze cliënten weergegeven. De grootste cliëntengroepen die gebruik maken van begeleiding hebben een indicatie op grond van een psychiatrische aandoening, een verstandelijke handicap of een somatische beperking. Cliënten van alle leeftijden maken gebruik van AWBZ-begeleiding. Het aanbod valt uiteen in individuele begeleiding (een aantal uurtjes per week om de week door te nemen of cliënten te begeleiden bij het doen van boodschappen of andere activiteiten) en groepsgewijze begeleiding (dagbesteding; dagvullende activiteiten, inclusief vervoer daar naartoe).

Het gaat hierbij om cliënten met serieuze beperkingen – voor cliënten met lichte beperkingen is de AWBZ-aanspraak immers al in 2009 vervallen. Voor veruit de meeste cliënten is de begeleiding die ze krijgen dan ook zeer belangrijk voor de kwaliteit van leven. Niettemin is de omvang van de begeleiding die ze krijgen in veel gevallen niet zo groot: bij extramurale individuele begeleiding ging het op 1 januari 2010 gemiddeld om 2,2 uur per week (ten opzichte van 3,8 uur per week op 1 januari 2009). Bij extramurale groepsgewijze begeleiding is de omvang wel groter: gemiddeld gaat het om 5,1 dagdelen per week (ten opzichte van eveneens 5,1 dagdelen per week op 1 januari 2009) (CIZ, 2010). Er is een beperkte groep cliënten die een indicatie heeft voor veel uren individuele begeleiding; het betreft bijvoorbeeld cliënten met begeleiding in de laatste levensfase.

De aard van de dienstverlening verschilt per cliëntgroep. Sommige dienstverlening is gericht op ondersteuning bij het voeren van regie, andere is meer gericht op activering en maatschappelijke participatie. Sommige dienstverlening is vrijblijvend en adviserend, andere heeft een meer toezichhoudend karakter. Bijlage 2 geeft een beeld van de verschillende zorgvormen die onder het aanbod vallen.

Cliënten met een indicatie voor extramurale begeleiding maken (gemiddeld) ook 2,7 uur per week gebruik van persoonlijke verzorging of verpleging uit de AWBZ. Daarnaast is bekend – en daar zijn geen cijfers over beschikbaar – dat veel van deze burgers ook gebruik maken van voorzieningen in de sfeer van huishoudelijke hulp, welzijn, maatschappelijk werk en de sociale zekerheid. Zie bijlage 2 voor voorzieningen waarmee gebruikers van begeleiding mogelijk ook te maken hebben,

DE OPDRACHT AAN GEMEENTEN

De cliënten die momenteel begeleiding ontvangen zijn burgers met serieuze beperkingen; cliënten met lichte beperkingen zijn sinds de pakketmaatregel immers al hun aanspraak op AWBZ-zorg verloren. De overheveling geeft gemeenten de verantwoordelijkheid om zorg en ondersteuning aan deze cliënten te organiseren. Vanwege de doelmatigheidskorting is het van belang dat gemeenten daarbij vernieuwende oplossingen ontwikkelen.

De grootste besparings- en verbetermogelijkheden zijn te bereiken door (waar mogelijk) de zorg meer in samenhang te organiseren met andere - gemeentelijke - voorzieningen en een groter beroep te doen op collectieve oplossingen en sociale netwerken en de eigen kracht van burgers. Dergelijke oplossingen moeten deels door zorgaanbieders worden ontwikkeld, maar ook moet samenwerking worden gezocht met bijvoorbeeld welzijnsinstellingen en woningcorporaties. Het is daarbij zeer belangrijk dat wordt aangesloten bij (kennis over) de aard van hulpvragen. Hoofdstuk 3 gaat hier verder op in.

DE ROL VAN ZORGCANTOREN

Zorgkantoren kunnen gemeenten hierbij goed van dienst zijn. Ten eerste kunnen zij gemeenten helpen om zicht te krijgen op zowel de aard van de vragen naar begeleiding als op de inhoud en kenmerken van het mogelijke aanbod. Bij de eerdere pakketmaatregel, zo bleek uit een inventarisatie in juni 2010¹, ervoeren gemeenten grote moeite om hierop zicht te krijgen, wat de ontwikkeling van vervangende ondersteuning aan cliënten en de ontwikkeling van alternatieve producten in eerste instantie belemmerde. De kennis van zorgkantoren kan hen helpen om hun nieuwe taken goed uit te voeren en ook zicht te krijgen op mogelijk nieuw te ontwikkelen aanbod.

Een tweede reden waarom samenwerking van belang is, is dat zorgkantoren gemeenten kunnen assisteren bij gesprekken die ze moeten voeren met zorgaanbieders. Voor gemeenten is dat dikwijls een geheel nieuwe wereld, en de betrokkenheid van zorgverzekeraars bij het verkennen van dit speelveld kan gemeenten helpen om sterker te staan en grip te krijgen op het veld. Aanbieders staan bijvoorbeeld niet altijd te springen om het ontwikkelen van nieuwe oplossingen of het doen samensmelten van voorzieningen; een zorgverzekeraar heeft echter ervaring met het bijsturen van aanbieders.

Ten derde moet er samenhang zijn bij de inkoop van begeleiding en andere AWBZ-functies zoals verblijf en behandeling, omdat sommige cliënten tegelijkertijd gebruik maken van beide ondersteuningsvormen en behoefte hebben aan een samenhangend pakket.

¹ Door PC Kwadraat (2010), op verzoek van de staatssecretaris van VWS.

3. UW GEZAMENLIJKE GESPREK

Dit hoofdstuk bevat een 'agenda' voor het gesprek tussen zorgkantoren en gemeenten. Deze agenda bevat alle punten waarop kennisoverdracht en het maken van afspraken relevant zijn om gemeenten in staat te stellen goed in te spelen op de ondersteuningsbehoefte van de betrokken cliënten. De agenda bevat ook aangrijpingspunten voor het ontwikkelen van alternatieve arrangementen.

1) OVER WELKE CLIËNTEN HEBBEN WE HET?

Vraag 1 is: welke cliënten hebben te maken met de betreffende maatregel, wat zijn hun ondersteuningsvragen en welke groepering valt hierin aan te brengen?

Mogelijk kunt u hierover zelf een indeling voor ontwikkelen maar mogelijk komt er ook landelijk materiaal beschikbaar. Rondom de pakketmaatregel ontwikkelde bureau HHM een indeling in veertien groepen van cliënten die werden getroffen door de pakketmaatregel, (zie bijlage 1). In veel gemeenten is deze indeling gebruikt om per groep de aard van ondersteuningsvragen en de gevolgen van de pakketmaatregel te identificeren. In bijlage 2 zijn een aantal andere mogelijk bruikbare indelingen weergegeven.

Maak dus een zo gedetailleerd mogelijke indeling in groepen van de cliënten die nu aanspraak maken op begeleiding in uw gemeente. Beantwoord per groep gezamenlijk de volgende vraag:

- hoe groot is deze cliëntgroep in mijn gemeente?
- wat is de ondersteuningsbehoefte van deze groep in mijn gemeente? Van hoeveel uren begeleiding maken zij momenteel gebruik? Hoe urgent is deze behoefte en wat zijn de effecten van het verliezen van begeleiding?
- in hoeverre maken zij ook gebruik van andere voorzieningen uit de Wmo, AWBZ of andere wettelijke regelingen?
- wat zijn verdere zaken waar rekening mee moet worden gehouden bij het bieden van ondersteuning aan deze cliëntgroep?
- zijn er belangrijke cliëntgroepen die buiten deze indeling vallen?

Als gemeente moet u zich daarbij niet beperken tot de inbreng van het zorgkantoor. Er zijn veel meer informatiebronnen te vinden:

- informatie van het CIZ en MEE;
- landelijk informatiemateriaal;
- de kennis van aanbieders; het is zeer het aanbevelen waard met hen in gesprek te gaan.

2) HET SPEELVELD IN BEELD

Nu u een beeld heeft van de behoefte aan ondersteuning moet deze gespiegeld worden aan het bestaande aanbod. Loop daarom de volgende vragen langs:

- hoe vinden cliënten die gebruik willen maken van begeleiding momenteel hun weg daar naartoe? Wat is de rol van aanbieders en het CIZ hierbij?
- welke partijen bieden op dit moment begeleiding aan? Hoe zijn de relaties met deze aanbieders?
- wat zijn de soorten begeleiding die zij bieden? Hoe verhoudt zich dat tot de zojuist genoemde behoefte aan ondersteuning?
- wat zijn belangrijke problemen die opgelost moeten worden?
- hoe ziet het aanbod eruit dat ook na de overheveling door het zorgkantoor wordt ingekocht? Zijn er ook cliënten die zowel gebruik maken van zowel begeleiding als andere AWBZ-functies, zoals verblijf, behandeling of verpleging? Dit omdat het in dat geval van belang is dat er samenhang in de inkoop wordt aangebracht.

Bijlage 2 geeft een overzicht van partijen en zorgvormen waaraan gedacht kan worden bij het in kaart brengen van het krachtenveld.

3) DE NIEUWE WERKWIJZE

Vervolgens moet worden gezien welke werkwijze na de decentralisatie wordt ontwikkeld.

De toegang

Het eerste element daarin is het vormgeven van de toegang tot begeleiding voor cliënten en informatievoorziening aan hen. De meeste cliënten die reeds lang gebruik maken van begeleiding uit de AWBZ weten momenteel hun weg naar het aanbod goed te vinden; de mogelijkheid bestaat dat een verandering in de procedure en informatievoorziening voor hen leidt tot grote onrust. Het is het overwegen waard om, voor een groep cliënten waarvoor toch geen alternatieve werkwijze mogelijk is, de taakverdeling waarbij het CIZ de (her-)indicaties en informatievoorzieningen verzorgt intact te laten.

Voor cliënten voor wie alternatieven denkbaar zijn en 'nieuwe cliënten' die momenteel nog geen gebruik maken van begeleiding, ligt het het meest voor de hand te verwachten dat zij zich melden bij het gemeentelijk loket. Daarvoor zijn een aantal varianten denkbaar. Bij de VNG is momenteel nog een discussie gaande over het karakter van begeleiding onder gemeentelijke verantwoordelijkheid en men onderscheidt daarbij twee varianten. De eerste variant is die van de *beleidstaak*, waarbij cliënten terug kunnen vallen op algemene voorzieningen zonder indicatiestelling, beschikking, bezwaar en beroep en eigen bijdragen. De tweede variant is die van het compensatiebeginsel, waarbij cliënten een individuele aanspraak kunnen doen op basis van een indicatiestelling waarbij

slechts hulp wordt verleend als er niet anderszins in kan worden voorzien. Ook een mix van beide is mogelijk.

Mogelijk nieuw aanbod

Het tweede element in de planvorming is het aanbod. Ook hier geldt dat het voor sommige cliënten is het simpelweg de beste oplossing om het bestaande aanbod overeind te houden. Veel cliënten hebben aan een paar uurtjes begeleiding genoeg om hun leven op orde te houden en zorgaanbieders zijn met hun deskundige personeel ook de aangewezen partij om daarin te voorzien.

9

Niettemin noopt de ingevoerde doelmatigheidskorting wel tot de ontwikkeling van nieuw en doelmatiger aanbod voor sommige cliënten. En voor sommige cliënten is dat ook goed mogelijk, omdat in hun behoefte aan begeleiding kan worden voorzien door bestaande voorzieningen, zoals de schuldhulpverlening of het welzijnswerk, of door vrijwillige ondersteuners. Hoewel hier niet te lichtvaardig mee mag worden omgegaan, moet u onderzoeken waar dergelijke oplossingen inzetbaar zijn en indien nodig aanvullende producten laten ontwikkelen door zorgaanbieders of andere instellingen.

Bij het ontwikkelen van nieuwe oplossingen bieden de principes van Welzijn Nieuwe Stijl, zoals geformuleerd door de staatssecretaris van VWS in 2009, houvast:

- vraaggerichtheid; kijken naar de vraag achter de vraag
- uitgaan van de eigen kracht van de burger
- direct erop af; actief burgers benaderen die niet weten hoe ze ondersteuning moeten organiseren
- collectief boven individueel; eerst de mogelijkheden benutten van collectieve arrangementen (zie bijlage 2 voor mogelijk reeds bestaande collectieve voorzieningen)
- integraal werken; oog voor de samenhang met aanpalende voorzieningen (zie bijlage 2 voor mogelijk reeds bestaande voorzieningen)
- benutten informele ondersteuning; oog voor de samenhang tussen formele en informele zorg
- resultaatgericht
- ruimte voor professionals

Gebruik deze principes als raamwerk voor het gesprek over de ontwikkeling van nieuw aanbod; waar ziet u aangrijpingspunten om eigen kracht te gebruiken om in de ondersteuningsbehoefte te voorzien? Welke voorzieningen kunnen worden gebundeld? Welke professionals die reeds bij klanten thuis komen kunnen een extra rol op zich nemen? Welke collectieve voorzieningen kunnen worden benut voor het opvangen van cliënten?

Door op die wijze nieuw aanbod te ontwikkelen kan een beroep op duurdere individuele en professionele zorg worden voorkomen. Daarnaast zijn dergelijke oplossingen vaak effectiever en duurzamer.

Beantwoord dan ook de volgende vragen:

- welke cliëntgroepen zouden goed geholpen kunnen worden met een benadering volgens de principes van Welzijn Nieuwe Stijl?
- hoe kunnen die principes concreet gemaakt worden en hoe kan daarbij de verbinding gelegd worden met reeds bestaande initiatieven en organisaties? Welke kansen biedt een inrichting per wijk hierbij?
- welke voorzieningen moeten in stand worden gehouden?

4) STURING

Vervolgens is het zaak de ontwikkelde visie in praktijk te brengen door uw sturingsinstrumentarium daartoe in te zetten. Welke partijen heeft u nodig, en hoe krijgt u hen zover om mee te doen aan hetgeen u voor ogen heeft?

Overweeg om hierbij samen op te trekken, bijvoorbeeld bij de zorginkoop. Zorgverzekeraars kennen, vanwege hun ervaring met de zorginkoop en het voeren van gesprekken met zorgaanbieders, de eigenaardigheden van aanbieders en het instrumentarium dat ingezet kan worden om grip te krijgen op het speelveld. In sommige gemeenten voerden gemeenten en zorgverzekeraars na de pakketmaatregel dan ook samen inkoopgesprekken en dat zou ook na de decentralisatie van begeleiding kunnen.

Ook is het van belang het inkoopproces goed en efficiënt in te richten. Zorgaanbieders krijgen straks te maken met zeer veel gemeenten, zeer verschillend in omvang. Om voor de regio een goed gedifferentieerd aanbod te kunnen realiseren dat voldoende tegemoet komt aan de grote diversiteit van cliëntengroepen is intergemeentelijke afstemming vaak noodzakelijk.

Beantwoord daarom de volgende vragen:

- welke partijen zijn nodig voor het realiseren van hetgeen ik voor ogen heb?
- wat zijn hun opvattingen over de ontwikkelde ideeën en moeten de ideeën op basis daarvan aangepast worden?
- hoe krijg we de beoogde partijen zover om te doen wat we voor ogen hebben?
- welke structuur ontwikkelen we om te waarborgen dat gebeurt wat we willen?
- hoe af te stemmen met de inkoop door zorgkantoren opdat ook beroep op zware voorzieningen voorkomen wordt
- hoe kunnen de administratieve processen zo worden afgestemd dat de lastendruk voor aanbieders beperkt blijft? Zoek bij het beantwoorden van

deze vraag ook contact met omliggende gemeenten of zorgkantoren/ zorgverzekeraars – sommige zorgaanbieders hebben immers te maken met veel gemeenten en in de toekomst ook met veel zorgverzekeraars.

Het is ook het overwegen waard om voor sommige cliënten nog steeds de zorginkoop te laten verrichten door zorgkantoren. Sommige cliënten verblijven bijvoorbeeld in een zorginstelling waar ze ook aanspraak maken op enkele uren begeleiding; in het belang van zowel de samenhang als het administratieve gemak kan het gemakkelijker zijn om het zorgkantoor, indien ze daartoe bereid is, de afhandeling van de inkoop te laten regelen.

4. GOEDE VOORBEELDEN

4.1 DEN HAAG

In Den Haag wilde wethouder de groep die getroffen werd door de pakketmaatregel in beeld hebben en hen ondersteuning bieden. Hij werd daarbij aangemoedigd door zorgaanbieders die waarschuwden dat kwetsbare mensen hun noodzakelijke ondersteuning zouden verliezen.

De gemeente ging aan de slag om de cliëntengroep, het huidige aanbod en mogelijk nieuw te ontwikkelen aanbod in kaart te krijgen. Het verzamelen van die kennis ging moeizaam. De gegevens van het CIZ kwamen te laat en waren gedefinieerd in termen van de bestaande werkprocessen. Het zorgkantoor kon echter de cliëntenpopulatie opleveren uitgesplitst naar doelgroepen met daarbij aangegeven hoeveel mensen hun begeleiding zouden verliezen.

Maar minstens zo belangrijk was hun betrokkenheid bij het gesprek met aanbieders over het opvangen van de gevolgen. De zorgverzekeraar kent de eigenaardigheden. Aanbieders zijn, in de woorden van een gemeentelijk medewerker, wel eens geneigd de gevolgen van maatregelen te zwaar aan te zetten, of niet mee te willen werken aan plannen voor een betere samenwerking of het ontwikkelen van goedkopere oplossingen. Het zorgkantoor kan dan helpen om te 'onthypen' en advies te geven: nodig eens een ander aan tafel uit, dan gaat men vanzelf om. Het zorgkantoor participeert ook in de tafel waarin het gesprek hierover met veldpartijen gevoerd werd. Met deze betrokkenheid ontstond uiteindelijk een uitgebreid actieplan met een scala aan activiteiten, bijvoorbeeld dagopvang aan ouderen, vaardigheidstraining aan licht-verstandelijk gehandicapte kinderen, ouderenadviseurs, mentorschap voor burgers met psychiatrische problematiek en het signaleren van verstandelijke handicaps bij kinderdagverblijven.

4.2 AMSTERDAM

Amsterdam vroeg adviesbureau HHM om op stadsdeelniveau in kaart te brengen welke cliënten werden getroffen door de pakketmaatregel. Die weergave gebeurde aan de hand van een tiental 'profielen' van groepen met hun ondersteuningsvragen. De grootste groep bleek te bestaan uit burgers met psychiatrische problematiek, behalve in een tweetal stadsdelen waar de grootste groep kampte met verstandelijke beperkingen.

HHM keek niet alleen naar de 'grondslag', maar onderzocht ook de 'aard' van de hulpvragen van de meest voorkomende cliëntgroepen. Ouderen en dementerenden hadden vooral behoefte te hebben aan ondersteuning van mantelzorgers, psychiatrische cliënten wilden juist ondersteuning en begeleiding bij participatie en herstel en verstandelijk gehandicapten waren vooral op zoek naar hulp bij het leiden van het dagelijks leven: van de administratie tot dagbesteding.

Voor alle groepen werden vervolgens oplossingen gezocht. Daarbij gold de participatieladder als leidend beginsel: eerst werd gekeken naar wat mensen zelf konden ("eigen kracht"), vervolgens werd gekeken naar de mogelijkheden voor ondersteuning in algemene voorzieningen (onderwijs, sport, arbeid), vervolgens naar collectieve ondersteuningsvoorzieningen (zoals welzijn) en als laatste pas naar eventuele individuele voorzieningen. Bij al die voorzieningen werd gekeken welke rol ze konden spelen in het vervullen van hulpvragen, en werd nadrukkelijk ook gezocht naar verbindingen tussen professionele en vrijwillige ondersteuning.

Vanuit dat perspectief bleek dat voor een groot aantal cliënten het reeds bestaande collectieve aanbod voldeed, of hooguit licht moest worden aangepast om opvang te kunnen bieden aan cliënten met beperkingen. Een programma werd gestart om die aanpassingen bij welzijnsvoorzieningen te realiseren, zodat zij zich voortaan ook richtte op de ondersteuning van cliënten met beperkingen. Om dat concreet te maken werd voor iedere doelgroep een aantal 'functies' ontwikkeld die welzijnsvoorzieningen voortaan op zich moesten nemen, zoals 'het stimuleren van sociale contacten' en 'het bieden van praktische ondersteuning'. Afgesproken werd dat het bestaande welzijnsaanbod werd doorgelicht op de mate waarin deze functies geboden werden en er resultaten worden geboekt. Daarnaast werden voor een tweetal grote doelgroepen (mensen met psychiatrische beperkingen en jeugdige cliënten), middels experimenten, nieuwe individuele voorzieningen ontwikkeld.

Op basis van deze insteek werden de compensatiemiddelen, voor de gemeente Amsterdam 6,2 miljoen euro, verdeeld. Een groot deel werd besteed aan (het aanpassen van) collectieve voorzieningen, een kleiner deel ging naar het inrichten van nieuwe individuele voorzieningen.

5. GEBRUIKTE LITERATUUR

CIZ (2010). *Pakketmaatregelen monitor. Aanspraak op begeleiding voor de pakketmaatregelen AWBZ 2009. Jaarrapportage.*

HHM (2009). AWBZ Pakketmaatregelen 2009: getroffen groepen. http://www.hhm.nl/download/ND090836_AWBZ_pakketmaatregelen2009_getroffen_klantgroepen.pdf

Ministerie van Financien (2010). *Rapport Brede Heroverwingingen 12. Langdurige Zorg.*

PC Kwadraat (2010) *Inventarisatie gemeentelijke inzet Pakketmaatregel.* Maastricht: PC Kwadraat.

Staatssecretaris van VWS (2008). *Maatregelen psychosociaal 2008 en 2009. Brief aan de Wethouders WMO.* Den Haag: Ministerie van VWS.

BIJLAGE 1

INDELING IN GROEPEN VAN CLIËNTEN DIE ZIJN GETROFFEN DOOR DE AWBZ-PAKKETMAATREGEL VAN 2009

Bron: HHM (2009)

Cliëntgroepen met een CIZ-indicatie	
1	Ouderen met beginnende ouderdomsklachten zonder dat een duidelijke diagnose is gesteld.
2	Ouderen met beginnend geheugenverlies en concentratiestoornissen die vaak kampen met gemis van partner of vrienden.
3	Ouderen waarbij beginnende dementie is gediagnosticeerd, die doorgaans nog thuis wonen en vaak een partner hebben en/of mantelzorg krijgen.
4	Volwassenen die als gevolg van chronische invaliderende aandoeningen beperkt zijn in de persoonlijke verzorging.
5	Volwassenen die als gevolg van chronische invaliderende aandoeningen licht beperkt zijn in hun psychisch functioneren.
6	Chronisch psychiatrische patiënten, zowel stabiel als instabiel, die niet of niet altijd zelfstandig kunnen functioneren.
7	Volwassenen met somatische of psychiatrische problematiek die ondersteund worden in de gezinssituatie.
8	Mensen met lichte verstandelijke beperkingen die zelfstandig of thuis bij de ouders wonen.
9	Jongeren en jongvolwassenen met lichte gedragsproblemen als gevolg van een lichte verstandelijke beperking, die buiten andere sectoren (psychiatrie, jeugdzorg, justitie) vallen.
10	Mensen met zintuiglijke beperkingen die met diverse hulpmiddelen redelijk tot goed zelfstandig kunnen wonen.
Cliëntgroepen met een BJZ-indicatie	
A	Kinderen met lichte beperkingen die begeleiding krijgen om vaardigheden te oefenen.
B	Kinderen en jongeren met lichte beperkingen waarbij de ouders ontlast moeten worden.
C	Kinderen met lichte beperkingen waarvan de ouders niet in staat zijn het kind voldoende te ondersteunen.
D	Kinderen met lichte beperkingen die geen begeleiding accepteren van ouders

BIJLAGE 2 INDELINGEN VAN CLIËNTEN EN (MOGELIJK) ZORGAANBOD

De VNG ontwikkelde een nadere indeling van de diverse doelgroepen en het zorgaanbod. Deze omschrijving heeft het karakter van een inventarisatie; ze geeft een voorlopige indicatie van waar zoal aan gedacht moet worden.

1. NADERE OMSCHRIJVING DOELGROEPEN OP BASIS VAN GRONDSLAGEN

Het aantal dat hier per grondslag wordt genoemd betreft het totaal aantal mensen per grondslag. Slechts een deel van dat aantal mensen maakt gebruik van de AWBZ functie begeleiding. De functie begeleiding wordt wel in combinatie met alle hier genoemde grondslagen ingezet.

De cijfers zijn afkomstig uit het Nationaal Kompas voor de Volksgezondheid.

a. Mensen met een somatische aandoening

Aantal 319.000 (waarvan 109.000 zorg met verblijf)

Doelgroep is meestal ouder dan 50 jaar en heeft naast begeleiding vooral de functie PV

Daarbinnen kan onderscheid worden gemaakt kortdurende PV en langdurende PV.

Aantal uren pv per persoon per week gemiddeld tussen 2 en 4 uur

Mensen met psychogeriatrische problematiek

Aantal 72,000 (waarvan 55.000 zorg met verblijf krijgt)

Leeftijd meestal ouder dan 75. Indicatie meestal een combinatie van bg/pv/vp/bh.

Totaal aantal zorguren van de combinatie: tussen 16 en 24 uur

b. Mensen met zintuiglijke handicap

Er zijn circa 450.000 (zeer) ernstig slechthorenden en 300.000 (zeer) slechtzienden.

Alle leeftijdscategorieën. Indicatie meestal een combinatie van BG/BH/PV/VP

Totaal aantal zorguren van de combinatie: tussen 16 en 24 uur

Klanten waarbij verergering van een handicap (b.v. slechtziendheid) voorkomen moet worden krijgen veel uren behandeling.

c. Mensen met psychiatrische handicap

Er zijn 160.000 mensen met een psychiatrische handicap waarvan 108.000 gebruikers van GGZ.

Leeftijd tussen 18 en 49 jaar. Evenveel mannen als vrouwen. De helft is

alleenstaand. Zorgbehoefte is belemmering in zelfredzaamheid, maat. participatie, psychisch functioneren en welbevinden

Indicatie meestal combinatie van bg/pv/vp of bh

Totaal aantal zorguren van de combinatie: tussen 16 en 24 uur

d. Mensen met lichamelijke handicap

Er zijn tussen de 400.000 en 600.000 mensen met een ernstige lichamelijke handicap en nog eens 850.000 mensen met een matige lichamelijke handicap.

Leeftijd tussen 18 en 64 jaar

Indicatie meestal combinatie van bg (groepsverband)/pv/vp of bh

Totaal aantal zorguren van de combinatie: tussen 16 en 40 uur

e. Mensen met verstandelijke handicap

Aantallen circa 115.000.

Leeftijd tussen 19 en 49 jaar

Er wordt onderscheid gemaakt tussen:

- mensen met een ernstige verstandelijke handicap (IQ minder dan 50):
aantal 60.000
- mensen met een licht verstandelijke beperking (IQ tussen 50 en 70):
aantal 55.000

Indicatie meestal combinatie van bg/pv/vp of bh en verblijf tijdelijk (VBT)

Totaal aantal zorguren van de combinatie: tussen 16 en 24 uur

De leeftijdsgroep 5 tot 17 jaar maakt ook gebruik van logeeropvang in het weekend.

f. Zwak begaafden met IQ tussen de 70 en 85

Aantallen zijn niet precies bekend. Schattingen lopen uiteen van 300.000 tot 600.000. Deze groep heeft in Nederland ook recht op zorg. Behalve de zwak begaafdheid is er vaak sprake van bijkomende problematiek zoals een beperkt sociaal aanpassingsvermogen, dat zich vaak uit in gedragsstoornissen en een langdurige behoefte aan ondersteuning. Ze zijn kwetsbaar voor allerlei problemen van eenzaamheid, verwaarlozing, schulden, criminaliteit en misbruik. In de praktijk zullen zwak begaafden nogal eens in het grensgebied verkeren tussen 'gemiddelde' burger en verstandelijk gehandicapte. Het aantal is moeilijk aan te geven omdat de meeste zwak begaafden geen zorg krijgen.

2. INDELING VAN DOELGROEPEN IN CLIËNTGROEPEN

Analoog aan de HHM-indeling is een (algemenere) categorisering ontwikkeld.

Door Bureau Jeugdzorg geïndiceerde klantgroepen:

- A. Kinderen/jongeren met beperkingen die begeleiding krijgen om vaardigheden te oefenen.
- B. Kinderen/jongeren met beperkingen waarvan de ouders ontlast moeten worden.
- C. Kinderen/jongeren met beperkingen waarvan de ouders niet in staat zijn het kind voldoende te ondersteunen

- D. Kinderen/jongeren met beperkingen die geen begeleiding van de ouders accepteren.

Door CIZ geïndiceerde klantgroepen voor begeleiding:

- A. ouderen met matige of ernstige dementie meestal met partner.
- B. volwassenen die als gevolg van chronisch invaliderende aandoeningen beperkt zijn in de persoonlijke verzorging
- C. volwassenen die als gevolg van chronisch invaliderende aandoeningen beperkt zijn in hun psychisch functioneren
- D. volwassenen die als gevolg van somatische of psychiatrische problematiek worden ondersteund in de thuissituatie
- E. chronisch psychiatrische patiënten

Hieronder kunnen ook zorgmijders vallen:

- A. jongeren en jongvolwassenen met matige of ernstige gedragproblematiek
Vaak zijn dit licht verstandelijk gehandicapten (LVG). LVG is lichtere vorm van VG en is een handicap als gevolg van omgevingsfactoren in combinatie met een laag intellectueel functioneren. Er is vaak sprake van co-morbiditeit (en psychiatrische aandoening en verslaving)
- B. mensen met zintuiglijke beperkingen die daarnaast ook nog andere aandoeningen hebben.
- C. mensen met een verstandelijke beperking die thuis bij ouders wonen of zelfstandig?
Een verstandelijke handicap is een ontwikkelingsstoornis, ontstaan door lichamelijk letsel of disfunctioneren en is meestal aangeboren. Ook kan het een hormonale of neurologische oorzaak hebben.

17

3. ACTIEVE INSTELLINGEN DIE BEGELEIDING BIEDEN OF UIT HOOFDE VAN DIE FUNCTIE WORDEN GEFINANCIERD

Dit overzicht is afkomstig uit de AWBZ-zorggids van de Agis zorgkantoren in de regio Utrecht. Die regio is willekeurig gekozen.

Deze organisaties kunnen zowel een contract met het zorgkantoor hebben als particulier zijn. In dat laatste geval krijgen ze hun inkomsten via het PGB/functie begeleiding. Particuliere organisaties fungeren soms ook als onderaannemer van door het zorgkantoor erkende organisaties.

- Thuiszorgorganisaties onderdeel thuisbegeleiding
- Regionale instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW)
- Reguliere en particuliere instellingen voor begeleid zelfstandig wonen
- Scholen voor voortgezet speciaal onderwijs
- Organisaties voor buitenschoolse opvang voor kinderen met een handicap

- Medische kinderdagverblijven
- Orthopedagogische expertise en behandelcentra (jongeren en jong volwassenen)
- Verslavingszorg
- GGZ-instellingen en daarbij behorende Dagactiviteitencentra met inloopfunctie (DAC's)
- Zorgboerderijen voor dagbesteding
- Logeerhuizen voor weekend en vakantie opvang voor kinderen/jongeren met een beperking om de ouders te ontlasten
- Instelling voor dagbesteding (Reakt)
- Fokus-woonprojecten
- Instellingen voor maatschappelijke opvang

4. BENAMINGEN VAN HULP DIE VALLEN ONDER DE FUNCTIE BEGELEIDING

Ook dit overzicht is afkomstig uit de AWBZ-zorggids van Agis zorgkantoor regio Utrecht.

- Woonbegeleiding of Begeleid zelfstandig wonen (vanaf 18 jaar)
- Praktische pedagogische thuishulp (kinderen)
- Praktische pedagogische gezinsbegeleiding (PPG) (kinderen met verstandelijke beperking)
- Extra ondersteuning op basisschool en crèche
- Dagprogramma voor kinderen vanaf 4 jaar die ontheffing van de leerplicht hebben.
- Begeleiding tijdens voortgezet speciaal onderwijs
- Stages in een dagactiviteitencentrum voor jongeren afkomstig uit het speciaal (cluster)onderwijs
- Thuisbegeleiding (voorheen gespecialiseerde gezinsverzorging)
- Dagactiviteiten (DAC) voor GGZ klanten
- Dagbesteding voor mensen met een verstandelijke beperking (belevingsgericht/ontwikkelingsgericht/arbeidsgerelateerd) voorbeelden zijn: kaarsenmakerij, eetcafe waar verstandelijk gehandicapten bedienen.
- Logeerhuizen voor mensen met een verstandelijke beperking (in combinatie met functie verblijf tijdelijk)
- Speciale buitenschoolse opvang voor kinderen met een verstandelijke beperking die op het speciaal onderwijs zitten
- Zaterdagopvang voor kinderen met een verstandelijke beperking
- Vrije tijdsactiviteiten voor kinderen/volwassenen met een verstandelijke beperking zoals sport op maatprojecten.
- Ontmoetingsgroepen en ervaringsgroepen
- Belevens en uitgaanscentrum voor ernstig verstandelijk beperkten.
- Vakantieactiviteiten voor verstandelijk gehandicapten.
- Activerende psychiatrische thuiszorg (langdurend)

- Inloophuizen (ook voor maatschappelijke opvang en verslavingszorg)
- Vervoerskosten in relatie tot begeleiding to 12 jaar altijd en daarna afhankelijk van mate van zelfredzaamheid
- Begeleiding in hostels, dit zijn beschermde woonvormen voor verslaafden (kan ook maatschappelijke opvang zijn)
- Begeleiding bij rehabilitatietrajecten voor verslaafden (kan ook vanuit maatschappelijke opvang worden geboden)
- Beschermde werken (dagactiviteiten) (kan ook vanuit maatschappelijke opvang worden geboden)

5. FORMELE OMSCHRIJVING VAN ACTIVITEITEN DIE VALLEN ONDER BEGELEIDING

Deze omschrijvingen zijn afkomstig uit de beleidsregels voor de indicatiestelling voor de AWBZ, afkomstig van het ministerie van VWS.

Omschrijving van begeleiding

Het doel van begeleiding is het bevorderen, het behoud of het compenseren van zelfredzaamheid. Zonder begeleiding moet de verzekerde naar een instelling of zou verwaarlozen.

Bij *individuele* begeleiding gaat het om de volgende activiteiten:

- Compenseren van het regelvermogen door:
 - Het helpen plannen van activiteiten
 - Regelen van dagelijkse zaken
 - Structureren van de dag
 - Nemen van besluiten
 - Stimuleren en voorbereiden van gesprekken met instellingen (wonen, school, werk)
- Praktische hulp bij handelingen zelfredzaamheid:
 - Administratie (post afhandelen)
 - Beheren van geld
 - Oefenen met openbaar vervoer
 - Oefenen met vaardigheden (gebruik blindenstok, computer)
 - Oprapen van dagelijkse zaken
 - Hulp bij contact in sociale omgeving
 - Hulp bij communicatie (afasie)
- Overnemen van toezicht:
 - Aansturen van gedrag thuis/elders (op school)
- Het helpen van de mantelzorger hoe om te gaan met de beperking van de geïndiceerde

Bij *begeleiding* in groepsverband kan het gaan om:

- Dagprogramma dat school en/of werk vervangt
- Dagopvang om vaardigheden te behouden en gedragsproblematiek te reguleren
- Toezicht in een instelling ('s nachts 14 dagdelen en overdag 9 dagdelen)

6. 'VOORLIGGENDE' VOORZIENINGEN VOOR DE AWBZ-FUNCTIE BEGELEIDING

De nu volgende voorzieningen kunnen worden beschouwd als 'voorliggende voorzieningen' in de zin dat ze mogelijk kunnen voorzien in de behoefte aan begeleiding. De term "voorliggende voorzieningen" is vanuit de huidige AWBZ-functie niet helemaal juist, omdat in de Wmo staat dat AWBZ voorzieningen juist voorliggend zijn aan de Wmo. Maar vanuit het perspectief van een naar de gemeente gedecentraliseerde functie "begeleiding" zal van de volgende voorzieningen eerst bekeken worden of zij inzetbaar zijn voor de aanvrager, alvorens de begeleiding wordt toegekend.

Daarbij geldt ook dat er ook een groep cliënten is die én gebruik maakt van de voorliggende voorzieningen én AWBZ -begeleiding krijgt. Doorgaans omdat de voorliggende voorziening niet voldoende zorg en ondersteuning kan bieden. Een klant met GGZ problematiek die zijn financiën niet kan beheren krijgt van uit de GGZ-instelling ondersteuning bij het op orde brengen van de financiën en is bij de gemeentelijke schuldhulpverlening in traject vanwege een schuldsanering.

Jeugd

- Kinderopvang
- Buitenschoolse opvang
- Tussenschoolse opvang
- Regulier onderwijs
- Speciaal basisonderwijs
- Clusterscholen
- MBO/HBO/Universiteit
- Opvoedhulp (centra voor jeugd en gezin)
- Jeugdzorg voor opgroei- en opvoedproblematiek
- Medisch kleuterdagverblijf
- Pleegzorg
- Kinderdagcentrum voor behandeling
- leerlingenvervoer

Volwassenen

- Wmo huishoudelijke hulp
- Wmo hulpmiddelen

- Wmo vervoersvoorzieningen
- Vervoersvoorzieningen in het kader van werk (UWV)
- Medische vervoersvoorzieningen (voor vervoer van en naar medische instellingen gedurende langere tijd)
- Gemeentelijke schuldhulpverlening
- Algemeen maatschappelijk werk
- Boodschappendienst
- Was- en strijkservice
- Cliëntondersteuning (MEE, ouderenadviseur)
- Maatjesprojecten
- Vrijwillige huishulp (homestart)
- Medische alarmering
- Dienstencentra voor ouderen
- Club en buurthuis werk
- Sportactiviteiten

Werk- en dagbesteding

- Wet sociale werkvoorziening zowel geplaatsten als mensen op de wachtlijst
- Re-integratie trajecten UWV en gemeente naar werk en sociale activering

Zorgverzekering / Aanvullende zorgverzekering

- Geneeskundige voorzieningen

BIJLAGE 3

ENKELE GEGEVENS OVER CLIËNTEN DIE GEBRUIK MAKEN VAN BEGELEIDING UIT DE AWBZ

In tabel 1 staat weergegeven welk type beperking de grondslag vormt voor de AWBZ-aanspraak van cliënten. Ook bevat die tabel de toe- of afname van het aantal klanten per grondslag tussen 1 januari 2010 en 1 januari 2009. Dat getal geeft een indicatie van het aantal klanten dat als gevolg van de pakketmaatregel de aanspraak op de AWBZ is verloren.

Tabel 1. Aantal indicaties per grondslag voor extramurale begeleiding uit de AWBZ per 1-1-2010, omvang en verschil met 1-1-2009

Grondslag	Aantal indicaties 01-01-2010	Percentage van totaal	Vershil t.o.v. 01-01-2009	Procentueel
Somatische aandoening/beperking	37.075	21%	-19.113	-34%
Psychogeriatrische aandoening/beperking	14.531	8%	352	+2%
Psychiatrische aandoening/beperking	56.312	32%	-10.710	-16%
Lichamelijke handicap	14.227	8%	1.630	+10%
Verstandelijke handicap	49.963	28%	-4.345	-8%
Zintuiglijke handicap	4.672	3%	-8.796	-65%
Totaal	176.801	100%	-41.073	-19%

22

Te zien is dat de grootste cliëntengroep bestaat uit cliënten met een psychiatrische aandoening, een verstandelijke handicap of een somatische beperking. De effecten van de pakketmaatregel zijn fors geweest onder cliënten met een somatische beperking, een psychiatrische aandoening of een verstandelijke handicap.

In tabel 2 staat het aantal cliënten met een AWBZ-indicatie voor begeleiding per leeftijdscategorie weergegeven. Te zien is dat cliënten van alle leeftijden gebruik maken van AWBZ-begeleiding.

Tabel 2. Aantal indicaties per leeftijdscategorie voor extramurale begeleiding uit de AWBZ per 1-1-2010.

Leeftijd	Aantal	Percentage
0-17	24.576	14%
18-65	99.241	56%
65-75	16.168	9%
75-85	23.214	13%
>85	13.602	8%

Het aanbod valt uiteen in individuele begeleiding (een aantal uurtjes per week om de week door te nemen of cliënten te begeleiden bij het doen van boodschappen of andere activiteiten) en groepsgewijze begeleiding (dagbesteding; dagvullende activiteiten, inclusief vervoer daar naartoe).

23

Het gaat hier om cliënten met serieuze beperkingen – voor cliënten met lichte beperkingen is de AWBZ-aanspraak immers al in 2009 vervallen. Voor veruit de meeste cliënten is de begeleiding die ze krijgen dan ook zeer belangrijk voor de kwaliteit van leven. Niettemin is de omvang van de begeleiding die ze krijgen in veel gevallen niet zo groot. Bij extramurale *individuele* begeleiding ging het op 1 januari 2010 gemiddeld om 2,2 uur per week (ten opzichte van 3,8 uur per week op 1 januari 2009), bij extramurale *groepsgewijze* begeleiding gemiddeld om 5,1 dagdelen per week (ten opzichte van eveneens 5,1 dagdelen per week op 1 januari 2009) (CIZ, 2010). Er zijn ook cliënten die een indicatie hebben voor veel uren begeleiding; het betreft bijvoorbeeld sommige cliënten met begeleiding in de laatste levensfase.