
DE WET OP DE MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING

Anouska Cremers en Gerard Lohuis, redactieleden SP

Inleiding

Uit de grondwet en uit internationale verdragen vloeit voort dat de Nederlandse overheid zorg draagt voor een stelsel van gezondheidszorg dat de Nederlanders toegang geeft tot noodzakelijke, kwalitatief goede medische zorg. Verzekering tegen ziektekosten is een belangrijk instrument om risico's te delen en de toegang tot de geneeskundige zorg veilig te stellen voor mensen die zorg nodig hebben.
[\(<http://www.st-ab.nl/wetzvwmvt.htm>\)](http://www.st-ab.nl/wetzvwmvt.htm)

Werkend in de geestelijke gezondheidszorg is het van belang om te weten waar de WMO over gaat. Vanuit welke gedachten werd zij geboren? Hiervoor hebben wij geciteerd uit het kamerstuk over de WMO dat door Ross-van Dorp en Hoogervorst naar de tweede kamer werd gezonden. Dit is nogal taaie en abstracte kost. We hebben deze citaten daarom geconcretiseerd naar ons werkveld, de sociale psychiatrie. Tenslotte hebben we dit aangevuld met de mogelijke kansen en risico's die dit voor onze doelgroep geeft. Om het onderscheid ook voor de lezer helder te houden is onze eigen aanvulling steeds cursief gedrukt. Het doel is om een duidelijk overzicht te krijgen van de veranderingen en een aanzet te geven tot beschouwing over mogelijke consequenties van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning voor zowel onze cliënten als de Sociaal psychiatisch Verpleegkundige.
Hoofdstuk 1 betreft de visie op de WMO, de achtergrond.
Hoofdstuk 2 betreft vooral de uitvoering, de constructie en de financiële consequenties.

Hoofdstuk 1

OP WEG NAAR EEN BESTENDIG STELSEL VOOR LANGDURIGE ZORG EN MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING

De AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) werd eind jaren zestig ingevoerd om alle inwoners van Nederland te verzekeren tegen de kosten van zware medische risico's, zoals verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg, thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg. Het is een volksverzekering, hetgeen betekent dat iedereen verplicht is erin deel te nemen. Met andere woorden iedereen heeft een gegarandeerde claim op zorg die voor het individu onbetaalbaar is. Het ontstaan van de AWBZ dient ook begrepen te worden in het kader van het toen actueel zijnde democratiseringsproces. Iedereen heeft er immers recht op om volwaardig deel te nemen aan het maatschappelijk leven. Om dit recht te kunnen praktiseren moet het maatschappelijk leven wel toegankelijk zijn: de lamme moet naar zijn werk kunnen en de blinde moet onderwijs kunnen volgen. In het zorgstelsel wordt het solidariteitsprincipe gevolgd.

De gezonde draagt mede zorg voor de zieke, dus het financieringsstelsel van de zorgverzekeraars was en is zodanig ingericht dat iedereen meebetaalde aan de AWBZ.

In het voorstel over de WMO treedt een principiële verandering op waar het de (politieke) visie op ziekzijn betreft. Ziekte en de gevolgen daarvan worden van elkaar losgekoppeld. De gevolgen worden benaderd als een sociale aangelegenheid en horen derhalve niet meer binnen een medisch zorgstelsel maar binnen een sociaal zorgstelsel thuis. Het gevolg is dat de claims die voorheen binnen de AWBZ beantwoord werden, overgeheveld worden naar de WMO. Dit is op termijn wellicht een goede zaak. Het begrip 'psychiatrie' –een medisch specialisme- is vertroebeld geraakt en omvat te vaak een levensgesteldheid. Het stigmatiseert daarmee het betreffende individu als iets zieks en afwijkends tegenover het gezonde en volwaardige. Een herkoppeling van 'anderszijn' met sociaal-welzijn in plaats van met medisch-welzijn, -hetgeen in de WMO gebeurt- benadrukt de psychiatrische patiënt als een sociaal wezen met zijn unieke beperkingen en mogelijkheden. 'Gezondheidswelzijn' is een term die het betreffende snijvlak weergeeft.

Een ander belangrijk punt is dat, daar waar het 'gezondheidswelzijn' toenemend afhankelijk werd van de zorgverzekeraar –die commerciële wetten als leitmotiv voor zijn besluitvorming hanteert- wordt dit nu weer een verantwoordelijkheid van de (lokale) overheid en komt derhalve op het domein van de democratische besluitvorming terecht.

Het visiedocument ¹⁾

Visie op de WMO: niet leunen maar steunen ²⁾

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning beoogt dat iedereen [] volwaardig aan de samenleving kan deelnemen. De verantwoordelijkheid van de overheid kent grenzen: de overheid compenseert niet automatisch iedere organisatorische, financiële of lichamelijke beperking bij burgers om maatschappelijk actief te kunnen zijn met voorzieningen. Dat zou onnodig afhankelijkheid, 'leuningedrag' uitlokken en dat is precies het tegenovergestelde van wat de WMO beoogt, namelijk: niet leunen maar steunen. [] De WMO krijgt niet het karakter van een 'voorzieningenwet': "verkeert u in die of die omstandigheid dan heeft u automatisch recht op deze voorziening van overheidswege." Dit betekent niet dat burgers helemaal zelf allerlei belemmeringen moeten wegnemen om zich te kunnen redden en aan de samenleving mee te kunnen doen. Crisisinterventie in de maatschappelijke opvang, sportaccommodaties, ondersteunende voorzieningen voor mantelzorgers, opvoedingsondersteuning of lokaal vervoer voor gehandicapten en ouderen, ze komen niet vanzelf tot stand. Burgers willen zich daar best voor inzetten, maar moeten ondersteund worden en daarbij heeft de lokale overheid een taak. De belangrijkste uitdaging in het ontwikkelen van de WMO is het vinden van een goede balans tussen 'overlaten, stimuleren en voorwaarden scheppen' en deugdelijke garanties voor mensen die echt hulp nodig hebben. []

Wat mogen burgers en organisaties van hun gemeente verwachten? ³⁾

[] Er is al een Wvg en een Welzijnswet waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn. Nieuw is wel dat verantwoordelijkheden aangevuld worden met onderdelen die tot nu toe via de AWBZ liepen. Tevens worden deze verantwoordelijkheden geordend in een aantal prestatievelden. Dat zijn gebieden van maatschappelijke ondersteuning waarop concrete prestaties van gemeenten verwacht worden en waarop burgers hun lokale bestuur kunnen aanspreken.[] Welke voorzieningen de gemeente op dat terrein dan realiseert is, anders dan in de Wvg, een zaak van gemeentelijke besluitvorming.

De wet kent straks de volgende prestatievelden:

Onderwerp	Zoals	Nu	Straks
Algemene voorzieningen op het terrein van maatschappelijke participatie en ondersteuning	Sociale activering; hulp bij geldproblemen; algemene voorzieningen jeugd; idem voor ouderen	Welzijnswet	WMO
Voorzieningen op het terrein van informatie en advies voor maatschappelijke ondersteuning	Voorlichtingsloketten; adviesfuncties	Welzijnswet	WMO
Voorzieningen voor het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers	Ondersteunen mantelzorg; steun aan vrijwilligerswerk	AWBZ (premiesubsidie regeling)/ Welzijnswet	WMO
Versterken van de sociale samenhang in en leefbaarheid van wijken en buurten	Activiteiten om burgers meer bij de wijk te betrekken	Welzijnswet	WMO
Accommodaties voor maatschappelijke activiteiten	Sportaccommodaties; club en buurthuizen; zwembaden; centra dagactiviteiten	Welzijnswet	WMO
Preventieve voorzieningen voor kinderen, jeugdigen of ouders met problemen met opgroeien of opvoeden	Voorzieningen op het terrein van signalering, toeleiden naar en wegwijs maken in het hulpaanbod, pedagogische hulp en coördinatie van zorg	Welzijnswet	WMO
Voorzieningen voor gehandicapten, chronische psychiatrische patiënten en mensen met psychische of psychosociale problemen, en ouderen, voor het vergroten en/of ondersteunen van de zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie en zelfstandig functioneren	Rolstoelen en scootmobielen; huishoudelijke verzorging; woningaanpassingen; begeleiding bij zelfstandig wonen; informatie, advies, hulp voor mensen die zichzelf slecht kunnen redden; dagbesteding ouderen; maaltijdvoorziening; sociale alarmering; vervoersvoorzieningen	Wvg, onderdelen AWBZ, Welzijnswet	WMO
Voorzieningen voor maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en melding van huiselijk geweld ⁴⁾	Kortdurende of tijdelijke dagen nachtopvang bij crisis; idem voor slachtoffers van huiselijk geweld; begeleiden bij zelfstandig wonen; melden van en advies bij huiselijk geweld	Welzijnswet (doeluitkering)	WMO

Taak van de gemeente ten aanzien van de burger

Samengevat het is de bedoeling dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen functioneren en de gemeente er voor moet zorgen dat de burger kan deelnemen aan het maatschappelijke leven. In de alledaagse praktijk betekent dit dat de gemeente een verantwoordelijkheid zal hebben de burgers te ondersteunen bij hun zoektocht om hulp te krijgen, hetgeen dwingt tot een viertal taken:

- *signaleringsstaak : wat gaat er niet goed en wat heeft de burger nodig*
- *contact houden met cliënten: mensen moeten in beeld blijven en monitoren over tevredenheid van geleverde diensten.*
- *begeleiden naar hulp: door advisering, een lokaal (informatie/advies) steunpunt*
- *ongevraagde nazorg om terugval te voorkomen*

Hoofdstuk 2

VOOR NIETS GAAT DE ZON OP

Het takenpakket van de gemeente wordt met de invoering van de WMO uitgebreid. Wie gaat al die zorg- en ondersteunende producten leveren? Ook hierover heeft het ministerie van WVS een standpunt. Zij stelt een kader waarin de betrokkenheid van burgers op elkaar vorm kan krijgen. Het is een standpunt waarin het begrip betrokkenheid uitgebreid wordt met een financiële betekenis.

Primaat van de private uitvoering ⁵⁾

Het kabinet is er groot voorstander van dat vooral particuliere organisaties de voorzieningen op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning leveren. Het benutten van de aanwezige deskundigheid, kennis en kwaliteiten van partijen in het veld is een belangrijke motor voor goede resultaten. Particuliere organisaties kunnen die sluitende keten van maatschappelijke ondersteuning en zorg heel goed organiseren. De wet legt daarom het primaat van het particuliere initiatief voor de uitvoering vast. Pas wanneer er geen geschikte particuliere organisaties zijn die de gevraagde voorzieningen kunnen leveren, kan de gemeente zelf als 'leverancier' van diensten optreden.

Kansen en risico's

- *In de WMO is alleen het eindresultaat afdwingbaar en niet de hulp. Het eindresultaat is niet gedefinieerd waardoor het recht op ondersteuning zweeft.*
- *Door wie wordt de verhouding tussen kwaliteit en kosten gecontroleerd? Maakt de gemeente vanuit haar regiefunctie de keuze voor een bepaalde aanbieder, of de burger die ervan gebruik maakt? Waar kan de burger verhaal halen als zijn zorgaanbieder dezelfde is als degene die ervoor betaalt, nl. de gemeente? In welke mate kan de burger wisselen van aanbieder, als het aanbod niet bevalt?*

Mogelijkheden om een vergoeding van burgers te vragen ⁶⁾

Het kabinet ziet onder ogen dat de gemeenten voor het doelmatig uitvoeren van de WMO een effectief beheersinstrumentarium moeten hebben. Een belangrijk onderdeel van dit instrumentarium is een eigen

bijdrage. Om de WMO toegankelijk te houden voor iedereen en voor de effectiviteit van de eigen-bijdrageregeling is het wenselijk dat de gemeente in de regeling elke burger naar draagkracht verantwoordelijkheid kan laten nemen.

Kansen en risico's

- *De WMO biedt geen bescherming tegen bezuiniging die de (de)centrale overheid wenselijk acht.*
- *Ideologisch goed klinkende verwijzing naar zelfzorg en mantelzorg kan en mag geen dieet opleveren voor iedereen die niet zonder steun aan de samenleving kan meedoen.*
- *De burger krijgt keuzeplicht om een beroep te doen op een te betalen WMO-voorziening, in plaats van een gerechtigde claim bij de zorgverzekeraar die doorgaans gratis was. Het risico bestaat dat de beurs zal dwingen tot het afzien van hulpaanbod, -de kosten stapelen zich immers op- met alle (sociale) gevolgen van dien.*

Vorbereiden en invoeren WMO ⁷⁾

De plannen van het kabinet met de AWBZ en de WMO hebben gevolgen voor diverse partijen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de verantwoordelijkheden van burgers, gemeenten en verzekeraars; die worden anders. Daarnaast veranderen de onderlinge verhoudingen op gemeentelijk niveau: gemeenten krijgen een bredere ondersteuningstaak voor hun inwoners dan nu het geval is. Bovendien moeten zij in de toekomst (wellicht) contracten sluiten met zorgaanbieders om de in de WMO vereiste diensten aan te kunnen (laten) bieden.

Kansen en risico's

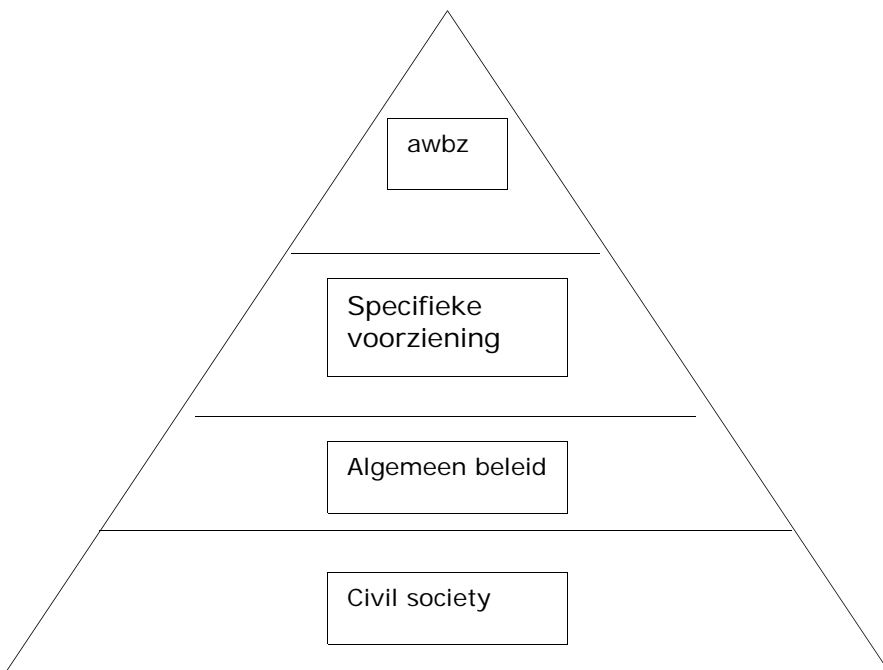
- *wie zegt dat de gemeente goed in staat is de WMO uit te voeren? In grote steden zijn er veel ambtenaren vanuit verschillende departementen die met overlappende zaken bezig zijn. En is de gemeente een goede (zorg) aanbesteder? Is zij inhoudelijk voldoende op de hoogte van wat er nodig is? Hier kan een lobby grote invloed uitoefenen.*
- *gaan instellingen zoals bijv. de maatschappelijke opvang geen oneigenlijke taken naar zich toetrekken en mensen helpen zonder ze voldoende zorg te bieden?*

Veranderingen in de AWBZ ⁸⁾

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning moet de pijler worden van de gemeentelijke rol op het terrein van zorg, welzijn en dienstverlening voor haar burgers. De WMO is nadrukkelijk geen afgeleide van de AWBZ maar heeft een zelfstandige functie. De gemeente is straks nog meer dan nu het geval is het eerste loket waar mensen terechtkomen. Het kabinet beseft dat dit een andere kijk vraagt op de zorg voor mensen. Dit vraagt om een pakket aan voorzieningen die onder de regie van gemeenten op maat en naar behoefte laagdrempelig worden georganiseerd. Een deel van die taken en voorzieningen zijn nu nog onderdeel van de AWBZ. Het kabinet gaat, om te komen tot een volwaardige en effectieve WMO, de verantwoordelijkheid van gemeenten uitbreiden met een substantieel

deel van de taken die nu in de AWBZ zijn geregeld. [] Het uitgangspunt daarbij is: op lokaal niveau horen vormen van zorg thuis die het karakter hebben van praktische ondersteuning (diensten) en sociale begeleiding (in aansluiting op welzijn en maatschappelijk werk). De samenhang in de dienstverlening aan de cliënt speelt een belangrijke rol in de afweging over wat in de AWBZ moet blijven, wat onder verantwoordelijkheid van gemeenten wordt gebracht en wat een plaats moet krijgen in de nieuwe Zorgverzekeringswet. [] Het kabinet zet in zijn afweging voorop dat de verantwoordelijkheden goed en eenduidig verdeeld moeten zijn om te voorkomen dat aanbieders, verzekeraars en gemeenten ten nadele van cliënten verantwoordelijkheden op elkaar afschuiven.

De WMO voorgesteld als een piramide: De basis van de piramide is de civil society: organisaties buiten de markt en overheid. Wanneer die tekort schiet, komen de voorzieningen vanuit de WMO aan de orde. Dit zijn allereerst de algemene welzijnsvoorzieningen. Wordt de vraag individueler en specifiek van aard, dan zijn voorzieningen zoals de huidige WVG of maatschappelijke opvang of verslavingszorg aan de orde. Het sluitstuk is de AWBZ die het liefst beperkt wordt tot chronische zorg waarvoor 24 uren opname noodzakelijk is.



Wat valt straks onder de WMO, de Zorgverzekeringswet en de AWBZ?

Zorgverzekeringswet:

- *alle geneeskundige extramuraal ggz, met uitzondering van de forensische zorg*
- *eerste jaar intramuraal zorg, inclusief verslavingszorg en met uitzondering van forensische zorg*
- *ondersteunende begeleiding voor zover geneeskundig van aard, d.w.z. onderdeel van een behandelplan*
- *individuele preventie, zowel de individuele preventie die onderdeel is van de behandeling (via DBC's) als individuele preventie die geen onderdeel uitmaakt van de behandeling (op basis van aparte verrichtingen)*
- *individuele dienstverlening op basis van aparte verrichtingen*

AWBZ:

- *verblijf na het eerste jaar in een psychiatrische instelling*
- *verblijf met uitsluitend niet-geneeskundige zorg, al vanaf de eerste dag*
- *ondersteunende begeleiding die geen onderdeel is van behandeling en dus niet geneeskundig van aard is. M.a.w. woonbegeleiding vanuit behandelplan wordt uit zorgverzekeringswet gefinancierd en woonbegeleiding niet vanuit een behandelplan vanuit de AWBZ*
- *logeeropvang*

WMO:

- *collectieve preventie*
- *welzijnswet, waaronder de brede doeluitkering voor maatschappelijke opvang en verslavingszorg*
(Hoe verhoudt dit zich tot de zorgverzekeringswet, zoals wanneer er bijvoorbeeld ondersteunende begeleiding is gewenst?)
- *een aantal subsidieregelingen: diensten bij wonen met zorg, regeling zorgvernieuwingprojecten, OGGZ subsidieregeling, subsidie coördinatie van vrijwillige thuiszorg en mantelzorg*
- *(groeps)vervoer dagactiviteiten centra*
- *De dagbesteding voor chronische psychiatrische patiënten*

Doorgaan met modernisering AWBZ ⁹⁾

[] De modernisering van de AWBZ stelt de cliënt centraal (vraaggestuurd), haalt 'schotten' weg tussen sectoren waardoor aanbieders met elkaar kunnen concurreren en wil meer doelmatigheid om ook de kosten in de hand te kunnen houden. De wens van de cliënt krijgt meer gewicht omdat bij de aanspraken op zorg van functies wordt uitgegaan en niet meer van instituties. [] Deze 'ontschotting' stimuleert bovendien de bedrijvigheid op de zorgmarkt: er komen meer aanbieders met verschillende achtergronden die naar de gunst van de cliënt dingen en een breed scala aan producten in de markt kunnen zetten. Er komt, kortom, meer concurrentie en meer keuze. []

Kansen en risico's

- *zorgcoördinatie is wel/ niet een behandeling. Enerzijds stimuleert de WMO het concurreren en anderzijds moeten instellingen bij mensen met complexe problemen samenwerken?*
- *gaan instellingen zoals bijv. de maatschappelijke opvang geen oneigenlijke taken naar zich toetrekken en mensen helpen zonder ze voldoende zorg te bieden?*
- *door de invoering van dbc's wordt de klinische hulpverlening gemedicaliseerd omdat bijvoorbeeld wonen in de GGz nu als een behandelvorm wordt beschouwd. Terwijl vanuit de WMO naar buiten gericht gedacht moet worden.*
- *is de GGz wel voldoende actief in de samenleving aanwezig, bereikbaar en beschikbaar om een concurrerende partner te zijn in de WMO?*
- *collectief denken vanuit de GGz is mager, vooral individueel en op ziekten gericht en veel minder op collectief en preventie. Daar zijn we niet goed in. Dit staat wel in functieprofiel van de SPV.*

Meer eigen verantwoordelijkheid cliënten AWBZ ¹⁰⁾

De zorg in de AWBZ begint met de indicatiestelling. Het Regionaal Indicatieorgaan (RIO) bepaalt op welke zorg iemand recht heeft en in welke mate. [] Het kabinet heeft besloten de decentrale aanpak van de indicatiestelling (circa tachtig regionale indicatieorganen) te laten varen. Op 1 januari 2005 start de centrale aansturing via het nieuw op te richten landelijk Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). []

Een belangrijke afweging bij de indicatiestelling is de mate waarin rekening kan worden gehouden met zorg die mensen zelf moeten regelen, buiten de AWBZ; dat kan in het gezin of in de leefeenheid, de zogenoemde gebruikelijke zorg ¹¹⁾. Veel verschillen in de indicatiestelling voor de AWBZ komen doordat indicatiestellers anders omgaan met wat gebruikelijke zorg is.

Het aanmeldformulier voor de CIZ is bekeken. Geconstateerd moet worden dat dit op geen enkele manier voldoet aan de nieuwe kaders van de indicatiestelling zoals hier beschreven. Er staan geen vragen in die kunnen leiden tot een vaststelling van aanwezige mogelijkheden van/of onderscheid tussen 'gebruikelijke zorg' en mantelzorg.

Overhevelen van AWBZ naar Zorgverzekeringswet ¹²⁾

Het kabinet heeft voor de sector geestelijke gezondheidszorg eerder al besloten de extramurale ggz-zorg en de intramurale ggz-zorg gedurende het eerste jaar per 2006 van de AWBZ over te hevelen naar de nieuwe Zorgverzekeringswet. [...]

Wij willen de overheveling naar de ZVW op dit moment beperken tot de afspraken over de op genezing gerichte ggz. Dat wil zeggen dat voor de ggz-doelgroep (die nu aanspraak maakt op AWBZ-zorg op grond van een psychische stoornis) de intramurale zorg in het eerste jaar naar de ZVW gaat. Ook de (extramurale) functies behandeling, verpleging en de individuele activerende en ondersteunende begeleiding voor deze doelgroep gaan naar de ZVW. De overige activerende en ondersteunende begeleiding en de huishoudelijke verzorging gaan volledig over naar

WMO en/of het arbeids- en onderwijsdomein, ook gedurende het eerste jaar.

Een krachtige AWBZ ¹³⁾

De kern van de AWBZ is ook op de langere termijn de zorg voor de mensen in de zwaarste doelgroep, conform de oorspronkelijke bedoeling van de AWBZ.

Daarnaast laat het kabinet op dit moment de functies persoonlijke verzorging en (met uitzondering van de ggz-doelgroep) behandeling en verpleging (ook zonder verblijf) in de AWBZ. Het is zeker niet uitgesloten dat voor deze functies over een paar jaar vervolgstappen gezet worden in de richting van de WMO en/of de ZVW.

Risico's

Iedere betrokken partij gemeente, zorgverzekeraar, zorgaanbieder, woningcorporatie, welzijnsstichtingen, cliëntenorganisaties hebben een bedrijfsmatig organisatiestructuur. Er wordt in commerciële termen gedacht. Ook de zogenaamde non-profitorganisaties moeten immers de loonkosten van hun bestuursleden en werknemers zien te verdienen. Daarnaast kan iedereen, maar dan ook werkelijk iedereen, zich op de markt begeven met een aanbod op het gebied van gezondheidswelzijn. Er komt een strijd om de consument. Een consument die middels pakkende leuzen en grote beloften binnengehaald dient te worden. Het is de vraag hoe voorzien wordt in een adequate en betrouwbare informatieverstrekking. Ook zal de toekomst uitwijzen hoe en of de controle op de kwaliteit van het aanbod wordt uitgevoerd. In het hele WMO voorstel wordt tussen de regels duidelijk dat verantwoordelijkheden nog lang niet zijn gedefinieerd en toegewezen. Overleg- en besluitvormingstructuren zijn nog niet vastgelegd. Zowel de traditionele uitvoerders, lees de huidige hulpverlener op de werkvloer- als de ontvangers worden tegelijkertijd in een nieuw stelsel gedwongen waarvan eigenlijk nog niemand weet hoe het werkt. Welke betekenis zal zgn. 'eigen verantwoordelijkheid' op den duur krijgen? Het risico bestaat dat het vooral gebruikt zal worden voor die cliënten die hun weg niet kunnen vinden in het nieuwe stelsel, wiens wensen en noden dermate uniek zijn dat er geen collectief aanbod voor geformeerd kan worden; die onvoldoende financiële middelen hebben om gebruik te maken van het aanbod op de markt van gezondheidswelzijn. Het zal nog druk worden op straat.

Kansen

Een WMO biedt kansen voor de sociale psychiatrie omdat het beleid gericht is op burgers die in de samenleving functioneren. Dat vraagt om hulpverleners die in de samenleving aanwezig (bereikbaar) en beschikbaar zijn om noden te signaleren en hulp meer wijkgericht aan te bieden. De groep die nu een gemarginaliseerd bestaan leidt, zoals dak- en thuislozen, asielzoekers/vluchtelingen en "stille zorgmijders", vragen niet om hulp, laat staan dat ze zich voldoende rekenschap geven van verzekeringen die afgesloten moeten worden om via de zorgverzekeringwet geholpen te worden. Dit gegeven vraagt om actieve

hulpverleners die zich ophouden in de buurt of leefomgeving van deze groep burgers. De WMO biedt kansen wanneer instellingen die zorgdragen voor gezondheid en welzijn vanuit ieders specifieke deskundigheid gaan samenwerken en niet alleen de concurrentie met elkaar aan gaan. Een mooi voorbeeld hiervan is de samenwerking tussen VWS en Aedes (koepelorganisatie woningbouwverenigingen in Nederland) die samen met Arcares een plan hebben gemaakt om te komen tot een woningaanbod waardoor mensen met beperkingen langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Het gaat daarbij om aanpassing van woningen, een veilige woonomgeving creëren en diensten van verpleging, die beschikbaar aanwezig is.

Voetnoten

- 1) Ross-van Dorp C. Hoogervorst H. Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Brief van het Ministerie WVS aan de tweede kamer.
- 2) Ibid Visie op de WMO: niet leunen maar steunen pp 10
- 3) Ibid Wat mogen burgers en organisaties van hun gemeente verwachten? pp11
- 4) In relatie tot de knip in de ggz wordt over de uiteindelijke plek van de ambulante verslavingszorg/beleid nog nader besloten.
- 5) Ross-van Dorp C. Hoogervorst H. Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Brief van het Ministerie WVS aan de tweede kamer. Wat mogen burgers en organisaties van hun gemeente verwachten, pp14
- 6) Ibid Mogelijkheden om een vergoeding van burgers te vragen. pp 17
- 7) Ibid Voorbereiden en invoeren WMO pp 18
- 8) Ibid Mantelzorg en informele zorg blijven steunen pp 22
- 9) Ibid Doorgaan met modernisering AWBZ pp 24
- 10) Ibid Meer eigen verantwoordelijkheid cliënten AWBZ pp 25
- 11) Gebruikelijke zorg is die zorg die mensen in een gezin of leefeenheid worden geacht zelf te regelen en is afdwingbaar; het wordt van de indicatie afgetrokken. Het gaat concreet om: het huishouden, de zorg voor de kinderen afhankelijk van hun leeftijd en de persoonlijke zorg van partners onderling voor beperkte duur. Mantelzorg (van familie, vrienden, vrijwilligers) ligt in het verlengde hiervan maar gaat verder gaat in duur, intensiteit en zwaarte van zorg, maar is niet afdwingbaar. Mantelzorg wordt alleen van de indicatie afgetrokken wanneer mantelzorgers aangeven die zorg zelf te willen leveren.
- 12) Ross-van Dorp C. Hoogervorst H. Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Brief van het Ministerie WVS aan de tweede kamer. Overhevelen van AWBZ naar Zorgverzekeringswet pp 31
- 13) Ibid. Een krachtige AWBZ pp 32