



Eindrapport

# Eindevaluatie Indicatiestelling Waardigheid en trots

Eerste kwartaal 2016 tot en met tweede kwartaal 2017

Bram Berkhout  
Eveline Castelijns  
Felix van Urk  
Emma Zwaveling

25 oktober 2017

57400

**Berenschot**



# **Eindevaluatie Indicatiestelling Waardigheid en trots**

Eerste kwartaal 2016 tot en met tweede kwartaal 2017

25 oktober 2017

57400

## Inhoud

<b>Bestuurlijke samenvatting</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b> .....	<b>10</b>
1.1 Aanleiding .....	11
1.2 Doel en vraagstelling .....	11
1.3 Dataverzameling .....	13
1.4 Leeswijzer .....	14
<b>2. Opzet van het experiment rondom indicatiestelling</b> .....	<b>16</b>
2.1 Reguliere indicatieprocedure Wlz .....	17
2.2 Landelijke opzet van het experiment Indicatiestelling W&T .....	18
2.3 De experimentele werkwijze toegelicht .....	18
<b>3. Uitvoering experiment door de zorgaanbieders</b> .....	<b>22</b>
3.1 Inrichting W&T-indicatieproces door zorgaanbieders .....	23
3.2 Omvang van het experiment .....	24
3.3 Benodigde kennis en expertise .....	24
3.4 Ervaren voor- en nadelen gekozen inrichting indicatieproces .....	25
3.5 Kwaliteitsborging .....	25
3.6 Keuzevrijheid in de praktijk .....	25
3.7 Ervaren voordelen en neveneffecten .....	26
<b>4. Uitvoering experiment door het CIZ</b> .....	<b>28</b>
4.1 Inrichting W&T-indicatieproces door het CIZ .....	29
4.2 Introductie van de doorgroei-levels .....	30
4.3 Nadere onderzoeken .....	30
<b>5. De reguliere en experimentele werkwijze vergeleken</b> .....	<b>34</b>
5.1 Beoordelingskader .....	36
5.2 Algehele cliënttevredenheid .....	37
5.3 (Ervaren) belasting door cliënten .....	38
5.4 Snelheid van indicatiestelling .....	42
5.5 Gemiddelde tijdsbesteding per indicatiestelling binnen zorgorganisaties .....	44
5.6 Gemiddelde tijdsbesteding per indicatiestelling binnen het CIZ .....	45
5.7 Juist vaststellen 'toegang tot Wlz' en 'best passende zorgprofiel' .....	46
5.8 (Administratieve) belasting van zorgprofessionals .....	49
5.9 Uitkomsten samengevat binnen het beoordelingskader .....	49
<b>6. Verbeterpunten volgens de experimentpartijen</b> .....	<b>52</b>
6.1 Stroomlijning documentatie en verbetering technische ondersteuning .....	53
6.2 Collectieve standaardisatie .....	53
6.3 Gelijkwaardigheid in relatie zorgaanbieders en CIZ .....	54
6.4 Waarborging specialistische kennis van het indicatieproces .....	54
<b>7. Conclusies en randvoorwaarden voor een eventueel vervolg</b> .....	<b>56</b>
7.1 Overall-conclusies .....	57
7.2 Gevolgen van de experimentele werkwijze voor de cliënt .....	57
7.3 Gevolgen van en opvattingen over het experiment gezien vanuit zorgorganisaties .....	58
7.4 Gevolgen van en opvattingen over het experiment zoals gezien door het CIZ .....	59
7.5 Randvoorwaarden bij continueren of uitbreiden van het experiment .....	60
<b>Bijlage 1: Beantwoording onderzoeksvragen</b> .....	<b>61</b>
<b>Bijlage 2: Nadere toelichting op onderzoeksmethodologie</b> .....	<b>64</b>
<b>Bijlage 3: Vragenlijst cliëntenenquête</b> .....	<b>67</b>
<b>Bijlage 4: Detailuitkomsten cliëntenenquête</b> .....	<b>69</b>
<b>Bijlage 5: Format Afwegingskader Indicatiestelling</b> .....	<b>78</b>
<b>Bijlage 6: Nadere analyses kwartaalgegevens CIZ 'juist besluit'</b> .....	<b>81</b>



# Bestuurlijke samenvatting

## Over de evaluatie

Van eind juni tot en met begin oktober 2017 heeft Berenschot een evaluatieonderzoek uitgevoerd naar het experiment op het thema indicatiestelling van het programma Waardigheid en trots. In dit experiment voeren zestien zorgorganisaties een groot deel van de werkzaamheden die nodig zijn om tot een indicatie te komen zelf uit, in plaats van dat het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) dat doet. Het CIZ neemt wel nog het uiteindelijke indicatiebesluit.

Het doel van de evaluatie was objectieve kennis te vergaren die het Ministerie van VWS helpt bij het maken van een weloverwogen keuze of het experiment met de indicatiestelling na 2017 wel of juist niet gecontinueerd dan wel uitgebreid moet worden.

Interviews met vertegenwoordigers van de zestien bij het experiment betrokken zorgorganisaties en met het CIZ vormen een belangrijk onderdeel van het onderzoek. Verder is er binnen de betrokken zorgorganisaties ook gesproken met individuele cliënten en hebben er interviews plaatsgevonden met het Zorginstituut Nederland en vijf zorgorganisaties die niet aan het experiment hebben deelgenomen. Tevens hebben we kwantitatieve data geanalyseerd die het CIZ en de zestien zorgorganisaties ons hebben aangeleverd, en tot slot heeft er een schriftelijke enquête plaatsgevonden onder cliënten die recentelijk voor de Wlz waren geïndiceerd. Het betrof hier zowel cliënten die door het CIZ zijn geïndiceerd als cliënten die te maken hebben gehad met de experimentele indicatiewerkwijze. Dit maakte het mogelijk om vanuit het perspectief van de cliënt de twee werkwijzen te vergelijken.

## Uitkomsten

### Overall-beoordeling

De uitkomsten van de experimentele indicatiewerkwijze hebben we op een zevental criteria vergeleken met die van de reguliere werkwijze van het CIZ. De experimentele wijze van indicatiestelling bleek gunstiger te scoren dan de reguliere wijze wat betreft de wachttijd tot het definitieve besluit, de belasting van cliënten en de tijdsbesteding die het CIZ per indicatie gemiddeld kwijt is. De reguliere wijze scoort gunstiger wat betreft de tijdsbesteding die de zorgorganisaties gemiddeld per indicatie kwijt zijn en aangaande de kwaliteit van de indicaties volgens de definitie 'juist besluit' die het CIZ hanteert. Berenschot heeft geen specifiek gewicht gehecht aan elk van deze verschillende

aspecten: het is aan het Ministerie van VWS en de betrokken partijen om te bepalen hoe zwaar deze aspecten wegen en wat uiteindelijk als meest gunstige beleidsalternatief wordt beschouwd: doorgaan/uitbreiden van het experiment of ermee stoppen.

### Cliëntenperspectief

Uit het onderzoek blijkt dat cliënten eerder duidelijkheid hebben omtrent hun indicatiebesluit bij de werkwijze Indicatiestelling W&T. Tevens ervaren ze hun indicatiestelling minder vaak als belastend. Op basis van dit onderzoek is onduidelijk of en zo ja hoe de experimentele werkwijze de keuzevrijheid van cliënten beïnvloedt. Gegeven de respons binnen het cliëntenonderzoek, is enige voorzichtigheid geboden bij het trekken van conclusies.

### Perspectief van zorgorganisaties

Zorgorganisaties die deelnemen aan het experiment, geven aan dat het hen in staat stelt klantvriendelijker te werken. Wel zijn ze aanzienlijk meer tijd kwijt per indicatie. Hiertegenover staat dat ze meer regie over het indicatieproces krijgen. Deelnemende zorgorganisaties zijn unaniem positief over voortzetting van het experiment. Zorgorganisaties die niet deelnemen, zijn hier terughoudender over.

### Perspectief van het CIZ

Per gestelde indicatie is het CIZ minder tijd kwijt bij de werkwijze Indicatiestelling W&T. Dit betekent echter niet per se een algehele daling van de tijdsinvestering als gevolg van toenemende secundaire activiteiten (onder andere de begeleiding van de indicatiestellers van de zorgorganisaties). Het CIZ geeft aan een risico te ervaren met betrekking tot de kwaliteit van de gestelde indicaties. Dit betreft de juistheid van de door de zorgorganisaties voorbereide besluiten over de toegang tot de Wlz en het best passende zorgprofiel. Ook twijfelt het CIZ aan de onafhankelijkheid van de indicatieadviezen bij de werkwijze Indicatiestelling W&T. Als gevolg hiervan oordeelt de organisatie niet op voorhand positief over voortzetting van het experiment.

## Aanbevelingen bij voortzetting

Indien wordt gekozen voor voortzetting (en ook uitbreiding) van het experiment, dient volgens Berenschot rekening te worden gehouden met de volgende randvoorwaarden.

### 1. De keuzevrijheid van de cliënt dient gewaarborgd te blijven

Hoewel op basis van het onderzoek niet kan worden vastgesteld of en zo ja hoe de werkwijze Indicatiestelling W&T van invloed is op de keuzevrijheid van cliënten (bijvoorbeeld met betrekking tot de te kiezen zorgaanbieder of de wijze van financiering), zijn alle betrokkenen het erover eens dat cliënten hierover te allen tijde zorgvuldig moeten worden geïnformeerd. Zeker voor cliënten die voor het eerst toegang krijgen tot langdurige zorg, moet dit goed geregeld zijn.

### 2. Centrale belegging van de indicatiestelling valt aan te bevelen

Het is cruciaal dat indicaties en/of indicatieadviezen onafhankelijk worden gesteld. Dit wil zeggen dat het oordeel omtrent een indicatie niet wordt beïnvloed door andere belangen dan het op basis van de Wlz bieden van gepaste zorg voor de cliënt. Daarnaast geldt dat indicaties en indicatieadviezen van de hoogst mogelijke kwaliteit moeten zijn voor wat betreft de juistheid van toegang tot de Wlz en het best passende zorgprofiel. Op basis van het onderzoek oordeelt Berenschot dat, mocht het experiment worden voortgezet, aan deze randvoorwaarden het best kan worden voldaan indien de indicatiestelling binnen zorgorganisaties op een centrale plek wordt belegd bij een selecte groep personen die niet onder directe invloed staan van directbetrokkenen bij het zorgproces.

### 3. Controle door het CIZ blijft noodzakelijk

Gegeven het eerdergenoemde belang van onafhankelijkheid acht Berenschot het belangrijk om het uiteindelijke oordeel over een indicatie bij het CIZ te beleggen. Zowel de zorgorganisaties als het CIZ onderschrijven deze conclusie. Belangrijk hierbij is dat de dossiervorming en archivering van de zorgorganisaties een dusdanig kwaliteitsniveau bereikt dat het CIZ deze controlerende rol naar behoren kan uitvoeren.







# Inleiding

## Hoofdstuk 1



## 1.1 Aanleiding

In 2011 startte het Experiment regelarme instellingen (ERAI), wat zorgaanbieders destijds de kans bood regeldruk bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) te melden en ideeën aan te dragen om de kwaliteit van zorg te vergroten door regelarmer te gaan werken. Uiteindelijk voltooiden 23 zorgorganisaties experimenten hieromtrent, uiteenlopend van het zelf indiceren van cliënten door zorgprofessionals tot het hanteren van alternatieve kwaliteitssystemen.

Bij het ERAI rondom indicatiestelling waren zes zorgaanbieders betrokken. Hun ervaringen in dit experiment lieten zien dat op diverse punten het indicatieproces vereenvoudigd, efficiënter en sneller toegepast kan worden. Deze zes zorgaanbieders gingen in 2016 verder met experimenteren rondom de indicatiestelling voor verpleegzorg onder de vlag van het bredere programma 'Waardigheid en trots' (W&T) om de ouderenzorg in Nederland te verbeteren. De experimentgroep van destijds werd daarbij uitgebreid met vijf andere zorgaanbieders. In juli 2016 vond nog verdere uitbreiding plaats met opnieuw vijf zorgaanbieders. In totaal raakten zo zestien zorgaanbieders bij het experiment rondom indiceren betrokken. Doelstelling van het experiment is de indicatiestelling te versnellen en tevens minder belastend

te laten zijn voor de cliënt. Alles moet erop gericht zijn de cliënt zo min mogelijk hinder te laten ondervinden van de administratieve processen en dat de juiste zorg zo snel als nodig kan starten.

Het Ministerie van VWS heeft Berenschot gevraagd een eind-evaluatie uit te voeren op het hiervoor beschreven experiment voor het thema indicatiestelling van het programma W&T. In deze rapportage doen wij verslag van onze bevindingen.

## 1.2 Doel en vraagstelling

Het doel van de evaluatie is om objectieve kennis te vergaren die het Ministerie van VWS helpt bij het maken van een weloverwogen keuze of het experiment met de indicatiestelling na 2017 wel of juist niet gecontinueerd dan wel uitgebreid moet worden.

Om deze doelstelling hanteerbaar te maken, hebben we voor de evaluatie in totaal 21 onderzoeksvragen geformuleerd (zie hierna). De vragen zijn opgedeeld naar de drie direct bij het experiment betrokken partijen: cliënten, zorgaanbieders en het CIZ.

**Perspectief cliënten**

1. Wat zijn de ervaringen van cliënt en diens mantelzorger met de werkwijze Indicatiestelling W&T? Wat is het oordeel van de cliënt, als de cliënt daartoe in staat is?
2. Welke verschillen in belasting (emotioneel en in tijd) ervaren de cliënt en diens mantelzorger bij tussen de werkwijze Indicatiestelling W&T en de reguliere werkwijze?
3. Hoe is de keuzevrijheid van de cliënt geborgd bij het gebruik van deze werkwijze en wat is het oordeel van de cliënt daarover? In hoeverre is men op de hoogte dat men altijd (nog) de aanvraag door het CIZ kan laten afhandelen en waarom men hiervoor zou kiezen<sup>1)</sup>?
4. Wat zijn de ervaringen met deze werkwijze ten opzichte van de reguliere procedure voor cliënten die Wlz-zorg nodig hebben, aansluitend op eerstelijnsverblijf of geriatrische revalidatiezorg?

**Perspectief van de zestien zorgaanbieders**

5. Kan de verpleegzorg thuis snel starten met behulp van de werkwijze Indicatiestelling W&T? Is dit een versnelling ten opzichte van de reguliere procedure?
6. Als de cliënt niet thuis kan blijven wonen, bewerkstelligt de werkwijze Indicatiestelling W&T dan een snelle(re) overgang van thuis naar opname in een zorgorganisatie?
7. Hoe hebben zorgorganisaties de werkwijze georganiseerd? Doen zich daarin verschillen voor tussen de zestien zorgaanbieders? Wat hebben zorgaanbieders hierin van elkaar geleerd?
8. Welke kennis heeft de zorgaanbieder nodig om op betrouwbare wijze indicaties te stellen? Hoe verkrijgt de zorgaanbieder deze kennis? Wat is de rol van het CIZ hierin geweest?
9. Wat zijn de ervaringen van de zorgaanbieder? Wat merkt de zorgaanbieder ervan, wat kost het de zorgaanbieder aan tijd, inzet en geld, wat levert het de zorgaanbieder op?
10. Welk beeld hebben zorgaanbieders van de rol van het CIZ bij het experiment?

11. Welke neveneffecten treden er volgens zorgaanbieders op in de praktijk? Hoe beoordelen ze deze neveneffecten?

**Perspectief van het CIZ**

12. Hoe heeft het CIZ zijn betrokkenheid bij het experiment georganiseerd?
13. Hoe heeft het CIZ de zorgorganisaties uit het experiment ondersteund? Heeft er kennisdeling plaatsgevonden met de organisaties?
14. Welk beeld heeft het CIZ van de manier waarop de zorgaanbieders het experiment uitvoeren?
15. Wat zijn de ervaringen van het CIZ, wat kost dit het CIZ qua tijd, inzet en geld, wat levert het op voor het CIZ?
16. Welke verschillen in doorlooptijd en kwaliteit van het indicatieadvies zijn zichtbaar tussen de gegevens 2016 (waarin de reguliere werkwijze werd gevolgd) en de gegevens 2017 (nieuwe werkwijze) op basis van de startdatum van het eerstelijnsverblijf of geriatrische revalidatiezorg, en de datum van het vaststellen van de Wlz-indicatie door het CIZ?

**Afweging van de voor- en nadelen**

17. Welke voor- en nadelen kent de werkwijze Indicatiestelling W&T in vergelijking tot de reguliere procedure voor alle drie betrokken partijen (cliënt, zorgaanbieder en het CIZ)?
18. Hoe verhouden de voor- en nadelen voor elke betrokken partij zich tot elkaar? En hoe verhouden de voor- en nadelen zich tot elkaar als de drie perspectieven samen worden genomen?

**Aanbevelingen voor randvoorwaarden en verbeteringen**

19. Welke verbetermogelijkheden zien de betrokken zorgaanbieders en het CIZ in de werkwijze Indicatiestelling W&T?
20. Aan welke voorwaarden zou het continueren van de werkwijze Indicatiestelling W&T volgens het CIZ en de betrokken zorgaanbieders moeten voldoen?
21. Welke randvoorwaarden en verbetermogelijkheden zijn op basis van het geheel van de evaluatiebevindingen te onderscheiden? En welke specifiek als het gaat om kennis en expertise die een zorgaanbieder in huis moet hebben om goed te kunnen adviseren over indicaties?

<sup>1)</sup> Hierbij lijkt het belangrijk dat de cliënt het verschil tussen de procedures is uitgelegd.

### 1.3 Dataverzameling

Onderstaande tabel toont per bij het experiment betrokken partij welke onderzoeksinstrumenten wij hebben ingezet voor de dataverzameling. Deze dataverzameling vond plaats van eind juni tot en met begin oktober 2017.

Tabel 1.1 Ingezette methoden van dataverzameling naar actor

ACTOR	ONDERZOEKSMETHODE	DOEL INZET METHODE
<b>Cliënten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Korte schriftelijke enquête (negen gesloten vragen) onder cliënten die via de experimentele werkwijze en op de reguliere werkwijze zijn geïndiceerd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achterhalen van verschillen in cliëntbeleving tussen de twee werkwijzen voor indicatiestelling</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veertien interviews met cliënten (en/of hun mantelzorgers) van zeven bij het experiment betrokken zorgaanbieders</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achterhalen cliëntperspectief bij de experimentele werkwijze voor indicatiestelling</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuele interviews met klantadviseurs van twaalf bij het experiment betrokken zorgaanbieders</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem</li> </ul>
<b>CIZ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studie interne documentatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inzicht in organisatie van de betrokkenheid van het CIZ bij het experiment</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opvragen van kwantitatieve gegevens met betrekking tot experimentele en reguliere werkwijze van indicatiestelling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inzicht in kwaliteit proces/tijdsbesteding/uitkomst voltooide indicatiestellingen</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eén groepsinterview met functionarissen die op beleids- en bestuurlijk niveau vanuit het CIZ betrokken zijn bij het experiment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verdieping en verbreding van inzichten over de opzet, uitvoering en werking van de experimentele werkwijze rondom de indicatiestelling, alsook vergelijking met reguliere werkwijze. Het gaat hier om ophalen perspectief CIZ</li> </ul>
<b>Zestien deelnemende zorgorganisaties</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eén groepsinterview met de vijf toetsers die op uitvoerend niveau vanuit het CIZ betrokken zijn bij het experiment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studie interne documentatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inzicht in organisatie van de betrokkenheid van de eigen organisatie bij het experiment</li> </ul>
<b>Vijf zorgorganisaties die niet deelnemen aan het experiment</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opvragen van kwantitatieve gegevens met betrekking tot experimentele werkwijze van indicatiestelling binnen de eigen organisatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inzicht in opzet en kwaliteit proces/tijdsbesteding/uitkomst voltooide indicatiestellingen</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Twintig individuele of groepsinterviews met functionarissen die op uitvoerend niveau vanuit de zorgorganisaties betrokken zijn bij het experiment. Het aantal interviews en de samenstelling van gesprekspartners verschilde per zorgorganisatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verdieping en verbreding van inzichten in de opzet, uitvoering en werking van de experimentele werkwijze rondom de indicatiestelling. Het gaat hier om ophalen perspectief van elk van de zestien betrokken zorgaanbieders</li> </ul>
<b>Zorginstituut Nederland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vijf individuele of groepsinterviews met functionarissen die binnen de zorgorganisaties uit de controlegroep op uitvoerend niveau betrokken zijn bij het reguliere indicatieproces vanuit het CIZ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inzicht in hoe organisaties die niet meedoen aan het experiment de opzet, uitvoering en werking van de reguliere werkwijze rondom de indicatiestelling ervaren. Dit dient als vergelijkingsinformatie voor de ervaringen in de experimentgroep</li> </ul>
<b>Zorginstituut Nederland</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eén duo-interview</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inzicht in het perspectief van Zorginstituut Nederland op het experiment</li> </ul>

In bijlage 2 van dit rapport gaan we uitgebreider in op de methodologie van onze dataverzameling.

## 1.4 Leeswijzer

Het vervolg van het onderzoeksrapport bestaat uit drie onderdelen. In hoofdstuk 2 gaan we in op de vooraf bepaalde opzet van het experiment rondom de indicatiestelling. In de daaropvolgende drie hoofdstukken presenteren we onze onderzoeksbevindingen met betrekking tot de werkelijke uitvoering van het experiment door het CIZ en de betrokken zestien zorgorganisaties (hoofdstuk 3 en 4) en de uitkomsten (hoofdstuk 5). De uitkomsten van het experiment vergelijken we hierbij op zeven criteria met die van de reguliere indicatieprocedure.

De verbeterpunten die het CIZ en de zorgorganisaties zelf al zien in de manier waarop ze nu het experiment uitvoeren, zijn opgenomen in hoofdstuk 6. Hoofdstuk 7 bevat de conclusies en daarnaast de randvoorwaarden die het CIZ en de zorgaanbieders hebben aangegeven, mocht besloten worden om de experimentele indicatiewerkwijze te continueren of naar meer zorgaanbieders uit te breiden.

In bijlage 1 beantwoorden wij kort de 21 onderzoeksvragen die het Ministerie van VWS ons voor deze evaluatieopdracht heeft meegegeven. Dit doen we op basis van de onderzoeksbevindingen die in de hoofdtekst van het rapport zijn beschreven. Daarbij verwijzen wij steeds naar de vindplaats van nadere informatie in het rapport.





# Opzet van het experiment rondom indicatiestelling

## Hoofdstuk 2

In dit hoofdstuk beschrijven we de opzet van het experiment rondom de indicatiestelling in het kader van Waardigheid en trots. Om in hoofdstuk 5 het experiment te kunnen vergelijken met de reguliere werkwijze, beginnen we met een beschrijving van het reguliere indicatieproces.

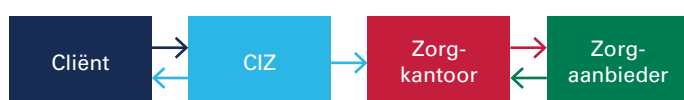




## 2.1 Reguliere indicatieprocedure Wlz

De Wet langdurige zorg (Wlz) is bedoeld voor mensen die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Om toegang te krijgen tot de Wlz, heeft de cliënt een Wlz-indicatie nodig. De cliënt vraagt zelf een Wlz-indicatie aan bij het CIZ, of machtigt een naaste/mantelzorger met een machtigingsformulier om een aanvraag in te dienen. Ook een zorgaanbieder kan namens een cliënt een aanvraag indienen. Voor een complete aanvraag dient de cliënt aanvullende informatie mee te sturen naar het CIZ: documenten met daarin de diagnose, door wie deze is gesteld en op welke datum. Ook documenten over het verloop van de ziekte of aandoening, de behandelingen en bijkomende problemen zijn verplicht. Daarnaast is het verplicht de aanvraag te ondertekenen. In onderstaand schema worden de verschillende partijen weergegeven die betrokken zijn bij het proces van een reguliere Wlz-aanvraag.

**Figuur 2.1** Proces reguliere indicatiestelling door het CIZ



Het CIZ toetst na binnenkomst de Wlz-aanvraag op grond van de door dit bestuursorgaan zelf vastgestelde beleidsregels Wlz. Als er informatie of een document ontbreekt, vraagt een medewerker van het CIZ dit schriftelijk of telefonisch op bij de cliënt. Daarvoor kan ook een huisbezoek of bezoek van cliënt aan het spreekuur plaatsvinden. Vervolgens beoordeelt een medewerker van het CIZ of de cliënt toegang heeft tot zorg vanuit de Wlz en wordt de cliënt geïnformeerd. De wettelijke termijn voor het CIZ om het besluit mee te delen na het indienen van de aanvraag, is zes weken. Daarnaast bestaat er een spoedprocedure waarbij het indicatiebesluit binnen twee weken wordt gemeld. Cliënten worden per brief op de hoogte gesteld van een indicatiebesluit.

Besluit het CIZ dat een aanvrager recht heeft op toegang tot de Wlz, dan kan de zorgvrager de zorg op verschillende manieren krijgen: in een zorgorganisatie of thuis. Kiest de cliënt voor zorg in een zorgorganisatie, dan regelt het zorgkantoor met een zorgaanbieder dat de zorg geleverd wordt. Bij het indienen van de aanvraag kan de cliënt al een voorkeur voor een zorgaanbieder aangeven, maar dit is niet verplicht. Een zorgaanbieder is daarentegen wel verplicht de zorg te leveren wanneer deze is aangemerkt als voorkeurszorgaanbieder in de aanvraag.

## 2.2 Landelijke opzet van het experiment Indicatiestelling W&T

In februari 2015 presenteerde staatssecretaris Van Rijn zijn plan 'Waardigheid en trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen' als startpunt voor het verbeteren van de ouderenzorg in Nederland. Speerpunten hierbij zijn kwaliteit door de ogen van de bewoner, de deur wagenwijd open voor mantelzorgers, trotse zorgverleners en ruim baan voor goede verpleeghuizen met ambitie. Binnen dit laatste speerpunt is ook de voortzetting van het deelexperiment rondom indicatiestelling uit het bredere Experiment regelarme instellingen (ERAI) uit 2011 opgepakt. Deze voortzetting is wederom vormgegeven als een experiment. Belangrijk verschil met het eerdere experiment is dat nu de taak tot het stellen van een Wlz-indicatie niet meer gemandateerd is aan de betrokken zorgorganisaties.

Het belang hiervan werd onderschreven in het interview met het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut). Daarbij werd aangegeven dat bewust in de Wlz is opgenomen dat de taak om over de toegang tot de Wlz te beslissen niet gemandateerd kan worden. In de Memorie van Toelichting op de Wlz staat: "In de Wlz zal het in beginsel niet mogelijk zijn om de

indicatiestelling te mandateren. Per 1 januari 2015 zal iedere indicatiestelling door het CIZ plaatsvinden na een persoonlijk contact met de aanvrager van het indicatiebesluit." Het Zorginstituut is van mening dat binnen het W&T-experiment de beslissing tot toegang tot de Wlz feitelijk belegd wordt bij de zorgorganisaties. Berenschot is van mening dat er feitelijk gezien geen sprake is van mandatering. Ook bij indicatieaanvragen die via de experimentele indicatiewijze worden behandeld, ligt het besluit over de toegang tot de Wlz namelijk bij het CIZ, en niet bij de betrokken zorgorganisaties.

De doelstelling van dit W&T-experiment is de indicatiestelling te versnellen en tevens minder belastend te laten zijn voor de cliënt. Alles moet erop gericht zijn de cliënt zo min mogelijk hinder te laten ondervinden van de administratieve processen en dat de juiste zorg zo snel als nodig kan starten.

De directe uitvoerders van het experiment zijn de zestien betrokken zorgorganisaties en het CIZ. De zorgorganisaties zijn niet allemaal tegelijk begonnen, zie tabel 2.1. Zes van de zestien organisaties participeerden ook in het eerdere ERAI-experiment.

**Tabel 2.1** Overzicht van de zestien bij het experiment Indicatiestelling W&T betrokken zorgaanbieders

	ORGANISATIES VOOR GEHANDICAPTENZORG (GHZ)	ORGANISATIES VOOR VERPLEGING EN VERZORGING (V&V)
<b>Deelnemers sinds 2015, ook deelnemer ERAI-experiment</b>	JP van den Bent Prisma Abrona Philadelphia	Opella Vilente
<b>Deelnemers sinds begin 2016</b>		Welthuis Norschoten NNCZ Magentazorg Zuidoostzorg
<b>Deelnemers sinds midden 2016</b>		Sensire + Azora Careaz Treant Zorgspectrum

Naast de direct betrokken zorgaanbieders en het CIZ was er vanuit het programma Waardigheid en trots een themacoördinator betrokken bij de uitvoering van het experiment. Deze themacoördinator begeleidde de deelnemende verpleeghuizen en had verder tot taak de onderlinge kennisdeling tussen organisaties, en tussen organisaties en het CIZ te bevorderen. Hiertoe hebben er gedurende het gehele experiment perio-

dieke overleggen plaatsgevonden in Utrecht, waarin ook het Ministerie van VWS participeerde.

## 2.3 De experimentele werkwijze toegelicht

Bij de experimentele werkwijze wordt het proces voor het indienen van de Wlz-aanvraag uitgevoerd door de zorgaanbieder die de voorkeur heeft van de cliënt. Dit gaat verder dan het namens

de cliënt bij het CIZ indienen van een Wlz-aanvraag. De zorgaanbieder stelt namelijk zelf een indicatieadvies op en geeft dat door aan het CIZ. Het CIZ toetst dit advies en zet dit bij een volledig, duidelijk en juist advies om in een formeel besluit.

**Figuur 2.2** Proces W&T-indicatiestelling



Hierin verschilt de experimentele werkwijze sterk van de reguliere werkwijze, waarbij de zorgaanbieder over het algemeen buiten beeld blijft totdat het CIZ het indicatiebesluit heeft genomen.

Een ander belangrijk verschil is dat in de reguliere procedure de cliënt binnen zes weken over een indicatiebesluit moet beschikken. De experimentele werkwijze zou tot een kortere doorlooptijd moeten leiden. Het streven van de experimentorganisaties was om in zo veel mogelijk gevallen binnen twee dagen duidelijkheid te geven aan de cliënt. Een ander beoogd voordeel voor de cliënt was dat hij maar één keer zijn zorgverhaal hoeft te vertellen. Daarnaast blijft in het geval van een opname de medewerker die betrokken was bij de indicatie ook na opname in beeld.

Vooraf benoemden het CIZ en het ZiN ook enkele mogelijke nadelen van de experimentele werkwijze. Zo zou het de keuzevrijheid van cliënten in de langdurige zorg kunnen beperken. In de reguliere werkwijze is er onderscheid in of de cliënt of diens familie een voorkeur heeft voor een zorgaanbieder. Indien een cliënt al een voorkeursaanbieder heeft, kan dit direct worden doorgegeven bij het aanvragen van de indicatie bij het CIZ. In dat geval komt de indicatie direct bij de zorgaanbieder terecht, zodat deze contact met cliënt op kan nemen. Als er geen voorkeursaanbieder is doorgegeven aan het CIZ, neemt het zorgkantoor contact op met de cliënt zodra deze de indicatie van het CIZ heeft ontvangen. De voorkeursaanbieder wordt tevens dossierhouder. Dat wil zeggen dat deze zorgaanbieder verantwoordelijk is voor de zorg. De zorgaanbieder moet ervoor zorgen dat de cliënt wordt opgenomen, indien de cliënt dit wenst. Ook als er een wachtlijst is, moet de zorgaanbieder de benodigde zorg voor de cliënt regelen.

De experimentele indicatiewijze bevat zes onderdelen die hierna worden toegelicht.

### **Intake**

De zorgaanbieder informeert de cliënt over de werkwijze Indiciestelling W&T en vraagt akkoord om de aanvraag via deze werkwijze in te dienen. Ook wordt de cliënt geïnformeerd over het voorgestelde zorgprofiel. In tegenstelling tot de reguliere werkwijze gebeurt dit niet aan de hand van een scorelijst, maar met behulp van uitgeschreven teksten. De cliënt behoudt het recht om de aanvraag door het CIZ te laten afhandelen en wordt door de zorgaanbieder ook hierop gewezen. De zorgaanbieder archiveert zelf de handtekening voor de aanvraag en de kopie van het ID.

### **Opstellen advies**

De zorgaanbieder onderbouwt zijn advies met een voorstel voor het best passende zorgprofiel door de zorgbehoefte van de cliënt in kaart te brengen met behulp van het afwegingskader uit de Beleidsregels Wlz. Dit wordt ingevuld op het verstrekte format Afwegingskader Indiciestelling (zie bijlage 5). Optioneel kan de zorgaanbieder medische gegevens toevoegen. Omdat de adviezen vertrouwelijke informatie bevatten, wordt de informatie eerst versleuteld voordat de zorgaanbieder zijn advies per mail kan voorleggen aan zijn vaste CIZ-beoordelaar.

### **Beoordeling advies**

De CIZ-beoordelaar toetst vervolgens het opgestelde advies en geeft terugkoppeling op drie punten:

- Of de aangeleverde informatie duidelijk en volledig is. Alle stappen van het afwegingskader moeten duidelijk en volledig in kaart gebracht zijn.
- Of er toegang tot de Wlz is.
- Of het zorgprofiel juist bepaald is.

Vervolgens geeft de CIZ-beoordelaar terugkoppeling aan de zorgaanbieder op het voorgestelde advies. Daarin zijn er vier mogelijkheden:

1. Het zorgprofiel is juist bepaald.
2. Het zorgprofiel is niet juist bepaald; het moet zorgprofiel xx zijn.
3. Het zorgprofiel is niet juist bepaald; uit de informatie kan niet worden afgeleid dat er toegang tot de Wlz is.
4. Het zorgprofiel is niet te bepalen op basis van de aangeleverde informatie. Het advies is om de aanvraag regulier in te dienen.

Belangrijk is dat CIZ-beoordelaars het indicatieadvies toetsen op basis van het door de zorgorganisaties ingevulde format, zonder zelf toegang te hebben tot de achterliggende medische informatie. Een zorgorganisatie kan er dus wel voor kiezen om medische gegevens aan het indicatieadvies aan het CIZ toe te voegen. In de praktijk blijkt er rondom de beoordeling van indicatieadviezen per e-mail of telefonisch contact mogelijk tussen zorgorganisaties en het CIZ. In de Handleiding Portero (het ICT-systeem van het CIZ) beschrijft het CIZ deze werkwijze ook als een algemene voorwaarde: voorafgaand aan het indienen van de Indicatiestelling - Verlenging ERAI-aanvraag in Portero wordt de aanvraag op basis van het vierogenprincipe besproken met de contactpersoon van het CIZ.

#### ***Aanvraag indienen***

Wanneer de zorgaanbieder terugkoppeling 1 of 2 ontvangt van de CIZ-beoordelaar, kan deze een W&T-indicatieaanvraag aanmaken en indienen in Portero<sup>2)</sup>. Deze aanvraag resulteert direct in een indicatiebesluit. Ontvangt de zorgaanbieder terugkoppeling 3, dan dient deze de aanvraag aan te passen zodat uit de informatie blijkt dat het juiste zorgprofiel is bepaald. Bij terugkoppeling 4 is het advies om de aanvraag regulier in te dienen.

#### ***Controle achteraf***

Na het einde van de maand controleert de CIZ-beoordelaar of de zorgaanbieder het juiste zorgprofiel in Portero heeft aangemaakt. Als dit niet het geval blijkt, wordt direct contact opgenomen met de zorgaanbieder en deze verzocht de gemaakte fout te corrigeren.

2) Het CIZ benoemt deze specifiek voor het W&T-experiment aangemaakte aanvraagcategorie als een 'aanvraag Verlengde ERAI'.





# Uitvoering experiment door de zorgaanbieders

## Hoofdstuk 3

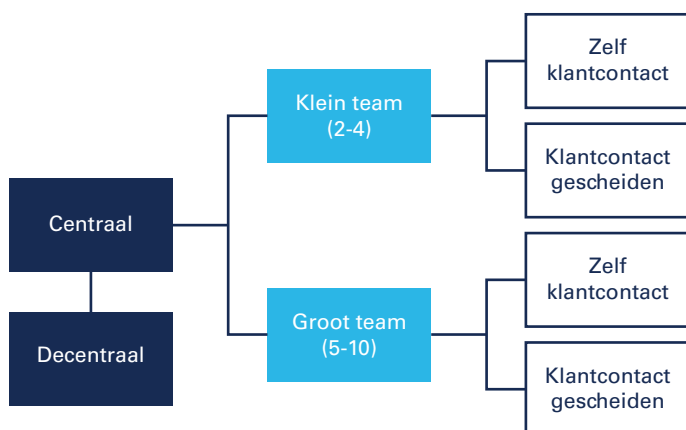
In dit hoofdstuk beschrijven we hoe de zestien zorgorganisaties in de praktijk invulling hebben gegeven aan de experimentele werkwijze zoals beschreven in hoofdstuk 2.



### 3.1 Inrichting W&T-indicatieproces door zorgaanbieders

De zestien zorgaanbieders hebben het W&T-indicatieproces op verschillende wijzen ingericht. Toch is het mogelijk om daarin een aantal hoofdlijnen vast te stellen, zie figuur 3.1.

**Figuur 3.1** Mogelijke varianten organisatie Indicatiestelling W&T



#### *Centrale versus decentrale belegging*

Allereerst kan een onderscheid worden gemaakt tussen *centrale* versus *decentrale* belegging van de verantwoordelijkheid voor het stellen van indicaties. De grote meerderheid van de deelnemende organisaties heeft het proces centraal belegd met één team van indicatiestellers die alle W&T-indicaties voor de gehele zorgorganisatie indienen bij het CIZ. De reden hiervoor is dat het opstellen van een advies specialistisch werk is en specifieke kennis vereist. Er bestaat ook een tussenvariant waarbij een centraal team de indicaties indient, maar de zorgprofessional de indicatiestelling verzorgt. Op deze manier is directe relatie tussen cliënt en zorgprofessional optimaal geborgd, is het vierogenprincipe op organisatieniveau belegd en wordt de kennis binnen het team gedeeld en geborgd. Een andere zorgaanbieder heeft twee centrale teams, op elke locatie één. Tot slot heeft één organisatie, JP van den Bent, het proces volledig decentraal belegd. Hier stellen diverse zorgprofessionals (cliëntenvertegenwoordigers, locatiecoördinatoren) de indicaties. Op elk van de 160 locaties in Nederland is een professional aanwezig die W&T-indicaties stelt. De zorgaanbieder zelf geeft aan dat met deze werkwijze professionals minder snel expertise opbouwen, omdat ze aanzienlijk minder aanvragen doen dan wanneer indicatiestelling centraal belegd zou zijn.

### Teamgrootte

Bij de zorgorganisaties die de indicatiestelling centraal hebben belegd, bestaan verschillen wat betreft het aantal mensen dat zich bezighoudt met het indiceren, ofwel de grootte van het team. Op hoofdlijnen zijn twee varianten zichtbaar: het werken met relatief kleine (twee tot vier personen) of relatief grote (vijf tot tien personen) teams. De meeste organisaties werken met relatief kleine teams.

### Wel of geen direct contact met cliënten

Binnen het centraal georganiseerde model bestaat verder een variant waarbij de indicatiestellers zelf rechtstreeks contact hebben met cliënten – bijvoorbeeld vanuit een rol als cliëntenmanager, maatschappelijk werker of als zorgverlener – en een variant waarbij dit niet het geval is: indicatiestellers hebben dan enkel contact met andere (medische) professionals binnen en buiten de organisatie.

## 3.2 Omvang van het experiment

Het is belangrijk om op te merken dat zorgaanbieders er binnen het experiment soms voor gekozen hebben om niet de gehele organisatie met W&T-werkwijze te belasten. Dit geldt zeker voor de organisaties die ervoor gekozen hebben slechts een deel van (her)indicaties experimenteel op te pakken.

In de praktijk is namelijk lang niet voor alle cliënten van de zestien experimentorganisaties de W&T-procedure gevolgd bij het afgeven van nieuwe indicaties en herindicaties. De aantallen nieuwe en herindicaties die worden aangevraagd via de W&T-procedure verschillen per zorgaanbieder. Uit gegevens van het CIZ blijkt dat drie aanbieders gedurende het experiment vrijwel alleen nog maar W&T-aanvragen hebben gedaan, vijf aanbieders deden dit voor ongeveer 80% van de aanvragen, vijf aanbieders voor ongeveer 40% en de overige drie voor minder dan 25%.

Daarnaast zetten de zorgaanbieders de experimentele werkwijze substantieel vaker in bij het aanvragen van herindicaties dan bij het aanvragen van nieuwe indicaties. Uit de tussenevaluatie van het CIZ blijkt dat 62% van de cliënten voor wie een aanvraag onder het W&T-experiment wordt ingediend, al een Wlz-indicatie heeft. Deze verhouding verschilt per zorgaanbieder. Voor deze eindevaluatie kon het CIZ geen actueel cijfer opleveren. De gesprekken bij de zorgaanbieders bevestigen overigens dat bij de meeste van hen het merendeel van de W&T-indicaties herindicaties betreft. De belangrijkste reden die men hiervoor geeft, is dat bij herindicaties de cliënten goed in beeld zijn bij de zorgorganisaties en dat dit bij nieuwe aanvragen vaak niet het geval is. Nieuwe cliënten komen vaak pas in beeld bij zorgorganisaties nadat er een Wlz-indicatie is afgegeven.

## 3.3 Benodigde kennis en expertise

Uit de interviews met verschillende actoren wordt duidelijk dat zorgorganisaties, willen ze duurzaam zelfstandig betrouwbare indicaties stellen, de nodige specialistische kennis en expertise in huis moeten hebben. In het volgende kader geven we de minimaal benodigde kennis en kunde weer.

Sommige organisaties noemden tevens dat voor het consistent succesvol indienen van aanvragen, kennis van de verwachtingen van het CIZ en het benodigde taalgebruik in de aanvragen hieromtrent noodzakelijk is. Het ontvangen van goedkeuring van voorlopige besluiten hangt mede hier van af.

### Benodigde kennis, expertise en organisatie om zelfstandig te kunnen indiceren

1. Kennis van regels en zorgprofielen.
2. Kennis van de beleidsregels op basis waarvan toegang tot de Wlz (thuis of in een zorgorganisatie) kan en mag worden verleend. De regelgeving verandert van tijd tot tijd, dus het blijvend bijhouden ervan dient structureel geborgd te worden.
3. Gedetailleerd inzicht in de verschillende zorgprofielen en grondslagen, en hoe deze samenhangen met ziektebeelden en wat ze concreet betekenen voor de te verlenen zorg.
4. Kennis van en begrip jegens cliënten.
5. Kennis van de cliënt, wat deze wel en niet meer kan, en in hoeverre dit al door behandelaars is vastgesteld/ beschreven of alsnog dient te worden vastgesteld.
6. Goed ontwikkelde communicatieve vaardigheden om met kwetsbare cliënten om te kunnen gaan.
7. Systematische expertiseopbouw en kennisdeling.
8. Systematische methoden om aanvragen in te vullen zodat aanvragen uniform worden ingediend vanuit de organisatie, los van de professional die deze invult.
9. 'Onafhankelijke' belegging en scheiding van de verantwoordelijkheid voor het stellen van indicaties enerzijds en het leveren van zorg anderzijds. Vervolgens moet de kennis die wordt opgedaan als onderdeel van de uitvoering van de gescheiden verantwoordelijkheden wel worden gedeeld, zodat men op elkaar ingespeeld raakt en efficiënt kan werken.



### 3.4 Ervaren voor- en nadelen gekozen inrichting indicatieproces

Uit vrijwel alle interviews - met de zestien experimentenzorgorganisaties, de organisaties uit de controlegroep en het CIZ - blijkt dat indiceren een vak is. Het is complex werk en er is specifieke kennis en expertise voor nodig (zie paragraaf 3.3), die enkel kan toenemen door het veelvuldig stellen van indicaties. Verreweg de meeste geïnterviewden zijn van mening dat het centraal beleggen van de verantwoordelijkheid voor het indiceren hiervoor een vereiste is, omdat het opbouwen van de benodigde kennis en expertise onvoldoende snel gaat als individuele medewerkers weinig indicaties stellen. Organisaties die een beperkt aantal zorgprofessionals zelf laten indiceren, geven aan dat rechtstreekse betrokkenheid bij het primaire proces en inbedding van het stellen van indicaties ook voordelen heeft. Indicatiestellers die rechtstreeks betrokken zijn bij de zorg van cliënten, zijn volgens hen beter in staat de voordelen van regelarm werken ten goede te laten komen van de zorg voor de cliënt. Ze kennen de cliënt, diens achtergrond en ziektebeeld goed, kunnen de indicatiestelling goed en snel afstemmen met andere interne en externe zorgprofessionals en de geïndiceerde zorg direct in praktijk brengen. De gedachte is dat ze zo beter in staat zijn in te spelen op de behoeften en wensen van de cliënt.

Wat de grootte van de teams betreft, lijkt er op basis van de interviews sprake van een afweging tussen expertiseopbouw en continuïteit. Hiervoor stelden we vast dat het snel opbouwen van specifieke kennis en expertise een vereiste is voor het succesvol indiceren binnen organisaties, en dat dit voornamelijk bereikt wordt door veel indicaties te stellen met een klein team. Anderzijds is bij kleine teams het risico groter op uitval van de (onvervangbare) medewerkers die deze kennis en expertise hebben opgebouwd. Voor de continuïteit achten sommige geïnterviewden het daarom wenselijk te werken met iets grotere teams.

De meeste geïnterviewde zorgorganisaties alsmede het CIZ geven de voorkeur aan 'onafhankelijke' indicatiestellers. Hoewel volledige onafhankelijkheid niet te realiseren is (indicatiestellers zijn in dienst bij de zorgorganisatie of worden in zelfstandig verband in ieder geval betaald door de zorgorganisatie), wordt hier met 'onafhankelijkheid' bedoeld dat er een zekere afstand is tot het primaire zorgproces. Dit betekent dat de indicatiestellers niet vanwege hiërarchische verhoudingen kunnen worden beïnvloed door bijvoorbeeld zorgmanagers die verantwoordelijk zijn voor de budgettaire dekking van de te verlenen zorg. Deze onafhankelijkheid verkleint in de ogen van de meeste geïnterviewden de kans op onwenselijke situaties zoals het indiceren van zwaardere zorg dan strikt noodzakelijk, of aanbodgestuurd indiceren. Toch geven enkele geïnterviewden van zowel de

deelnemende zorgorganisaties als de controlegroep van niet-deelnemende organisaties aan dat het risico op druk vanuit de eigen organisatie (managers, zorgcoördinatoren, zorgverleners) en/of ketenpartners (bijvoorbeeld de huisarts) om bepaalde zorgprofielen als best passend te zien, nog steeds aanwezig is.

### 3.5 Kwaliteitsborging

Uit de interviews wordt duidelijk dat de deelnemende zorgorganisaties grote waarde hechten aan het borgen van de kwaliteit van de gestelde indicaties. Tegelijkertijd wordt onderkend dat de onafhankelijkheid minder vanzelfsprekend geborgd is dan bij de reguliere indicatieprocedure. Het inrichten van het indicatieproces met een centraal klein team dat zelf geen klantcontact heeft, wordt vaak genoemd als de beste manier om ook intern tot een onafhankelijke indicatiestelling te komen.

Alle zorgaanbieders overziend zijn er drie mechanismen te onderscheiden waarmee de betrokken organisaties toezien op de kwaliteit van het indicatieproces. Ten eerste voeren veel zorgorganisaties interne controles uit. Vaak gaat het hier om een variant op het vierogenprincipe van het CIZ: een dubbele controle van een gestelde indicatie door een tweede collega (in sommige gevallen een leidinggevende, in andere gevallen een andere indicatiesteller). Daarnaast wisselen organisaties tot op zekere hoogte onderling informatie en expertise uit. Het beeld is dat zorgorganisaties wel onderling contact hebben via de landelijke bijeenkomsten in het kader van Waardigheid en trots, maar dat concrete uitwisseling en adoptie van werkwijzen van de een door de ander nauwelijks plaatsvindt. Wel hebben de meeste organisaties intensiever contact gehad met deelnemers die in dezelfde regio actief zijn (bijvoorbeeld Vilente met Opella en Norschoten) en dat kennis en expertise op deze manier wel wordt gedeeld.

Ten slotte stelt een aantal organisaties concrete eisen aan het profiel van de indicatiestellers, bijvoorbeeld dat indicatiestellers een zorginhoudelijke (verpleegkundige) achtergrond hebben. Eén organisatie stelt expliciet de eis dat indicatiestellers over een hbo-denken- en werkniveau moeten beschikken gegeven de complexiteit van het werk.

### 3.6 Keuzevrijheid in de praktijk

Een van de onderzoeksvragen is hoe bij de experimentele werkwijze de keuzevrijheid van de cliënt is geborgd en wat het oordeel van de cliënt daarover is. Bij de keuzevrijheid kan het gaan om de manier waarop iemand voor de Wlz-zorg is geïndiceerd (regulier of via W&T), maar ook om de keuze tussen verschillende zorgaanbieders en om de keuze tussen zorg in natura of een PGB. In theorie bestaat het risico op beperktere keuzevrijheid als gevolg van de experimentele indicatiestelling

doordat cliënten al vanaf het moment van indicatiestelling mogelijk slechts met één aanbieder in contact komen en deze hen onvoldoende voorlicht over eventuele andere aanbieders of de mogelijkheid om zorg zelf in te kopen. Het CIZ, het Zorginstituut en enkele niet-deelnemende organisaties uit de controlegroep, wijzen op dit risico. Het Zorginstituut geeft aan dat bij de reguliere procedure cliënten met een indicatiebesluit zich kunnen richten tot het zorgkantoor en in overleg kunnen bepalen hoe in de Wlz-zorg voorzien wordt. Hierbij gaat het niet alleen om de keuze voor een zorgorganisatie, maar ook om de wijze van levering (in natura of via VPT, MPT of PGB). Ook zou volgens het Zorginstituut de optie van verpleeghuiszorg thuis via het zorgkantoor langer in beeld blijven. In de gesprekken met de zorgorganisaties en cliënten is de keuzevrijheid van de cliënt aan bod gekomen, ook is in onze cliëntenenquête daarover een vraag opgenomen. In deze paragraaf beschrijven we onze bevindingen op dit punt.

In de gesprekken met vertegenwoordigers van cliënten en organisaties blijkt dat men betwijfelt of de keuzevrijheid van cliënten wordt beperkt door de werkwijze van het W&T-experiment. Men wijst bijvoorbeeld op het feit dat ook bij regulier afgegeven indicaties de keuzevrijheid voor cliënten vaak ontbreekt. Zo zijn er bij veel zorgorganisaties wachtlijsten, is voor specifieke zorgvragen vaak maar één aanbieder in de regio en hebben cliënten en familie vaak ook al voorafgaand aan een reguliere indicatie hun keuze gemaakt (zorgaanbieders in de bekende omgeving, etc.). Dit geldt zeker ook in geval van spoedopnames, iets wat steeds vaker voorkomt omdat ouderen langer thuis blijven wonen en opname pas in beeld komt als het eigenlijk al te laat is. Belangrijk punt van de zorgaanbieders is verder dat keuzevrijheid minder een issue is bij herindicaties. Cliënten zijn dan al in zorg bij een organisatie en zullen het vaak niet zien zitten om van zorgaanbieder te wisselen. Nu wil het geval dat bij veel deelnemende zorgaanbieders in het experiment de meeste W&T-indicaties juist betrekking hebben op herindicaties.

Meer in het algemeen gaven vrijwel alle zorgorganisaties tijdens de interviews aan, cliënten gedurende het proces expliciet te wijzen op hun keuzevrijheid, terwijl sommige organisaties verklaarden de W&T-procedure alleen in gang te zetten als cliënten al gekozen hadden. Dit geldt zowel voor de mogelijkheid om het CIZ te vragen de indicatie te doen als voor de mogelijkheid om zorg zelf in te kopen. De zorgaanbieders geven aan dat het ook daadwerkelijk wel eens voorgekomen is dat een cliënt (of de familie) toch besluit om de (her)indicatie niet door de organisatie te laten doen, maar door het CIZ. Bijvoorbeeld als de zorgaanbieder en de cliënt het niets eens zijn over welke zorg er geboden wordt. De zorgaanbieders zeggen overigens ook dat

ze soms een aanvraag starten als een W&T-indicatieprocedure, maar deze op een bepaald moment toch overdragen aan het CIZ. Dit speelt bijvoorbeeld bij ingewikkelde indicaties.

Berenschot heeft niet zelf kunnen vaststellen of organisaties de cliënten voldoende voorlichten over de alternatieven voor de W&T-indicatieprocedure en de zorg in natura bij de eigen organisatie. We hebben geen gesprekken over indicaties kunnen observeren en voor zover aangeleverd, hebben we in de door ons bekeken werkinstructies van de zorgorganisaties hierover ook niets teruggevonden. In de Handleiding Portero staat wel als voorwaarde voor de indicatiestelling W&T benoemd dat de cliënt akkoord moet zijn met de experimentele wijze van indicatiestelling en ook het recht behoudt de aanvraag door het CIZ te laten afhandelen. Deze voorwaarde verplicht de zorgaanbieder om de cliënt te informeren over diens keuzevrijheid. In de overeenkomst die elke zorgaanbieder met het CIZ heeft moeten sluiten om deel te nemen aan dit experiment, is genoemde voorwaarde niet terug te vinden.

De antwoorden op de vraag over keuzevrijheid in de door ons uitgevoerde cliëntenenquête wijzen op een significant verschil binnen de W&T-organisaties tussen cliënten die via de experimentele wijze waren geïndiceerd ten opzichte van cliënten die regulier door het CIZ zijn geïndiceerd: de eerste groep ervoer meer keuzevrijheid. Mogelijk is dit een gevolg van het feit dat de betrokken cliënten hierover zorgvuldig zijn geïnformeerd. We vinden geen significant effect wanneer we alle cliënten van de W&T-zorgorganisaties (dus zowel door de zorgorganisaties zelf als door het CIZ geïndiceerd) vergelijken met de cliënten die buiten het experiment door het CIZ zijn geïndiceerd.

Berenschot ziet op basis van het onderzoek geen reden om aan te nemen dat de keuzevrijheid van cliënten als gevolg van de W&T-werkwijze wordt belemmerd, maar kan dit op basis van de huidige resultaten ook niet verwerpen.

### 3.7 Ervaren voordelen en neveneffecten

#### *Wat levert het op?*

We hebben de geïnterviewde vertegenwoordigers van de zestien experimentorganisaties ook gevraagd wat in de kern de belangrijkste voordelen voor hun organisaties waren van deelname aan het experiment. Centraal binnen de genoemde voordelen staat de toename in *regie* op de procedure van indicatiestelling. Omdat de zorgorganisaties nu zelf in de lead zijn en definitieve besluiten vanuit het CIZ sneller kunnen ontvangen, is er eerder sprake van financiële dekking van de zorg die cliënten nodig hebben. Dit is in het bijzonder relevant bij herindicaties: hier

gaat het in de regel om een toename in de zorgbehoefte van een cliënt en dus intensivering van de zorg. Omdat het cliënten betreft voor wie de zorgorganisatie al verantwoordelijkheid draagt, schaal men de zorg in vrijwel alle gevallen hoe dan ook op. Echter, indien deze extra zorg niet gecompenseerd wordt, gaat dit automatisch ten koste van de beschikbare middelen voor de zorg aan overige cliënten. Door de regie op het proces van indicatiestelling te hebben, kan de zorgorganisatie het proces zo vlug mogelijk laten verlopen en kunnen middelen relatief sneller worden verkregen en ingezet. Dit voordeel doet zich in het bijzonder voor bij cliënten voor wie vanuit een eerstelijnsverblijf toegang tot de Wlz wordt aangevraagd: hier is bij uitstek snelheid geboden. Daarnaast gaven enkele zorgorganisaties aan dat in geval van wachtlijsten een versneld indicatieproces voor cliënten ook financiële voordelen kan hebben. Op het moment dat een cliënt op een wachtlijst komt, geldt namelijk een eigen bijdrage, afhankelijk van inkomen en vermogen, voor geleverde 'overbruggingszorg' op basis van de Wlz. In de praktijk betekent dit dat plaatsing op de wachtlijst zo lang mogelijk wordt uitgesteld en er zij-instroom plaatsvindt voor versneld geïndiceerden.

De toename in regie kan ook direct in het voordeel van cliënten worden ingezet wanneer cliënten lange tijd op de wachtlijst staan. Door cliënten pas vlak voordat ze de zorg kunnen krijgen te indiceren scheelt het hun in hun eigen bijdrage.

### *Zijn er neveneffecten?*

We hebben de geïnterviewde zorgorganisaties tot slot ook gevraagd te reflecteren op neveneffecten van het experiment. Op basis van de interviews zijn twee positieve neveneffecten van de nieuwe manier van indiceren te onderscheiden.

Ten eerste geven veel geïnterviewden aan dat het experiment de kennis en het bewustzijn van zorgprofielen (hoe deze zich verhouden tot de feitelijk te verlenen zorg en de wensen van cliënten) organisatiebreed vergroot. Verder verwachten ze dat deze kennis zich nog verder zal verspreiden binnen de organisatie. Op basis van deze constatering lijkt het dus mogelijk voor zorgorganisaties om expertise op te bouwen rondom de grondslagen voor de verschillende zorgprofielen. Dit is zoals eerder aangegeven een belangrijke vereiste om zelfstandig indicaties te kunnen (blijven) stellen. Een tweede neveneffect dat een aantal respondenten noemt, is verbetering van de samenwerking met ketenpartners (huisarts, wijkverpleegkundige, etc.) omdat men elkaar intensiever spreekt rondom indicaties en er een vertrouwensband ontstaat. Tevens ervaren sommige zorgorganisaties dat ze de ketenpartners kunnen ontlasten door het onderzoek zelf efficiënter te coördineren. Dit gaat overigens niet altijd op: samenwerking met huisartsen verloopt weleens stroef

omdat deze niet zomaar informatie willen/kunnen delen met zorgorganisaties.

Een belangrijk negatief neveneffect dat sommige zorgorganisaties ervaren, is een verandering in de relatie met het CIZ. Volgens een aantal geïnterviewden is bij het gezamenlijk afhandelen van indicaties geen sprake van een gelijkwaardige relatie en onderling vertrouwen. Doel van de experimentele werkwijze zou volgens hen moeten zijn dat het CIZ en de zorgorganisaties ieder vanuit hun eigen rol expertise inbrengen om het indicatieproces voor de betrokken cliënten te verbeteren. Dit gezamenlijk optrekken heeft in de beleving van de betrokken organisaties onvoldoende plaatsgevonden. Men voelt zich beoordeeld door het CIZ en geeft aan dat er sprake lijkt te zijn van een hiërarchische in plaats van een gelijkwaardige relatie. Bekeken vanuit het CIZ (zowel in de interviews als in de rapportage van het steekproefonderzoek) bestaan er zorgen over de juistheid van de door de zorgorganisaties voorbereide besluiten over de toegang tot de Wlz en het meest passende zorgprofiel. Dit kan volgens het CIZ gevolgen hebben voor de cliënt en het zorgstelsel. Uit de interviews met sommige van de zestien zorgorganisaties kregen we de indruk dat men niet altijd het belang inziet van de rol die het CIZ is toebedeeld in het huidige zorgstelsel. Dit maakt ook dat men niet altijd begrijpt wat vanuit de zorgorganisaties nodig is om het CIZ ook bij de uitvoering van dit experiment zijn rol te laten vervullen.

# Uitvoering experiment door het CIZ

## Hoofdstuk 4



#### 4.1 Inrichting W&T-indicatieproces door het CIZ

Hierna beschrijven we eerst hoe het CIZ het W&T-indicatieproces heeft ingericht als het gaat om de individuele W&T-indicatieadviezen. Daarna volgt een beschrijving van de activiteiten die men heeft verricht op het niveau van het gehele experiment.

##### *Betrokkenheid bij individuele indicatieadviezen*

In paragraaf 2.3 is de directe betrokkenheid van het CIZ bij de uitvoering van het experiment Indicatiestelling W&T wat betreft individuele indicatiestellingen al uitgeschreven. Praktisch heeft het CIZ deze betrokkenheid georganiseerd door vijf beoordelaars aan te wijzen die de indicatieadviezen via de experimentele procedure vanuit de zestien zorgorganisaties behandelen. Elke experimentorganisatie heeft daarbij in principe de gehele experimentperiode te maken gehad met één beoordelaar. In de reguliere procedure werkt het CIZ niet met vaste indicatiestellers per zorgaanbieder.

Over het algemeen zijn de geïnterviewden tevreden met de snelheid en kwaliteit van de reacties van het CIZ op de ingediende indicatieadviezen. Een enkele organisatie geeft aan dat men soms meer dan twee dagen op een reactie moest wachten, maar

dit is geen algemeen beeld. Daarbij merken zorgorganisaties wel op dat het CIZ nadrukkelijk toetst op specifieke bewoordingen (van ziektebeelden, etc.) in de aanvraag. Doel is om eventuele discussies over bewoordingen te voorkomen. Indien aan de juiste bewoordingen wordt voldaan, wordt het indicatieadvies snel overgenomen. Deze constatering heeft bij een aantal organisaties ertoe geleid dat iedere uitgaande aanvraag expliciet wordt getoetst op het benodigde woordgebruik, terwijl volgens de geïnterviewden dit niet per se de beste maatstaf voor een juiste aanvraag is.

Een aantal organisaties geeft aan zich beoordeeld te voelen tijdens interactie met het CIZ over individuele indicatieadviezen. Zij zijn van mening dat er onvoldoende sprake is van een gelijkwaardige relatie tussen de partijen. Het vierogenprincipe van het CIZ voelt in deze gevallen niet als 'teamwork' richting goede zorg voor de cliënt, maar als een vonnis met als mogelijk gevolg dat een organisatie naderhand minder vrijheid krijgt als gevolg van de level-systematiek (zie paragraaf 4.2).

##### *Betrokkenheid op niveau totale experiment*

Het CIZ heeft naast zijn rol als de beoordelaar van de door de zorgaanbieders voorgelegde individuele indicatieadviezen, ook

een meer overstijgende rol binnen het experiment gespeeld als informatieverstrekker van het indicatieproces. Hiertoe heeft het CIZ een landelijke projectleider aangesteld die ook deelnam aan de bijeenkomsten vanuit Waardigheid en trots in het kader van dit experiment.

Daarnaast heeft het CIZ zelf vanaf 2015 drie bijeenkomsten per jaar georganiseerd met de deelnemende zorgaanbieders en VWS. Hierin zijn vanuit het CIZ ervaringen en uitkomsten gedeeld.

De landelijke projectleider gaf ook elk kwartaal na informatie-analyse een terugkoppeling over de geleverde overall-kwaliteit op de aan het CIZ voorlegde adviezen. Deze terugkoppeling vond plaats op het niveau van de individuele zorgaanbieders en aan de groep als geheel. In hoofdstuk 5 hebben wij de informatie die het CIZ hiervoor gebruikte, hergebruikt in onze analyse van het criterium 'kwaliteit'.

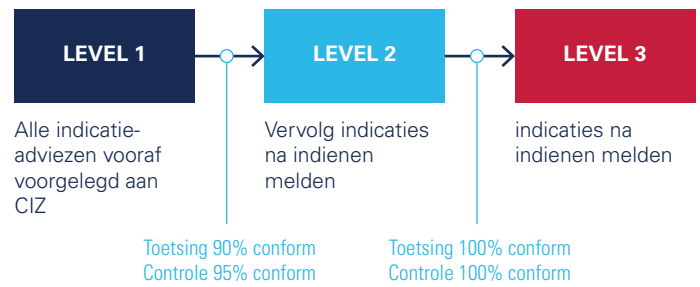
De deelnemende zorgorganisaties zijn over het algemeen positief over de manier waarop het CIZ zijn rol in het verspreiden van kennis en informatie tijdens het experiment heeft opgepakt. Men geeft aan dat het CIZ herhaaldelijk gehoor heeft gegeven aan de behoefte vanuit de deelnemende organisaties aan instructies en/of het delen van kennis en informatie. Dit is op prijs gesteld. Deze beoordeling is overigens gegeven voordat CIZ de uitkomsten van een door hen uitgevoerd dossieronderzoek aan de groep experimenteerorganisaties presenteerde. Dit heeft de beoordeling van hoe het CIZ hen heeft geïnformeerd over verwachtingen rond de kwaliteit van werken negatief beïnvloed. In paragraaf 4.3 lichten wij dit nader toe.

## 4.2 Introductie van de doorgroei-levels

Vanaf het laatste kwartaal van 2016 is het CIZ gestart met de zogenaamde level-aanpak voor de door de zorgaanbieders geleverde kwaliteit in relatie tot de door hen uitgevoerde experimentele indicatieprocedure. De introductie van deze werkwijze komt voort uit het voorstel 'doorgroei-levels' dat Opella (één van de deelnemende zorgaanbieders) tijdens het congres 'Een jaar later: ruimte voor verpleeghuizen' op 4 juli 2016 inbracht. Dit voorstel is door een cliëntenraadslid, een professional, VWS, het CIZ en het Zorginstituut besproken en ondersteund.

Kern van de level-aanpak is dat deelnemende zorgaanbieders drie levels doorlopen. Daarbij wordt op basis van de toetsingsresultaten over een afgesloten kwartaal de toetsingsprocedure voor een zorgorganisatie in het kwartaal erna eenvoudiger ingericht. De volgende figuur geeft dit schematisch weer.

**Figuur 4.1** Doorgroei-levels in het W&T-experiment



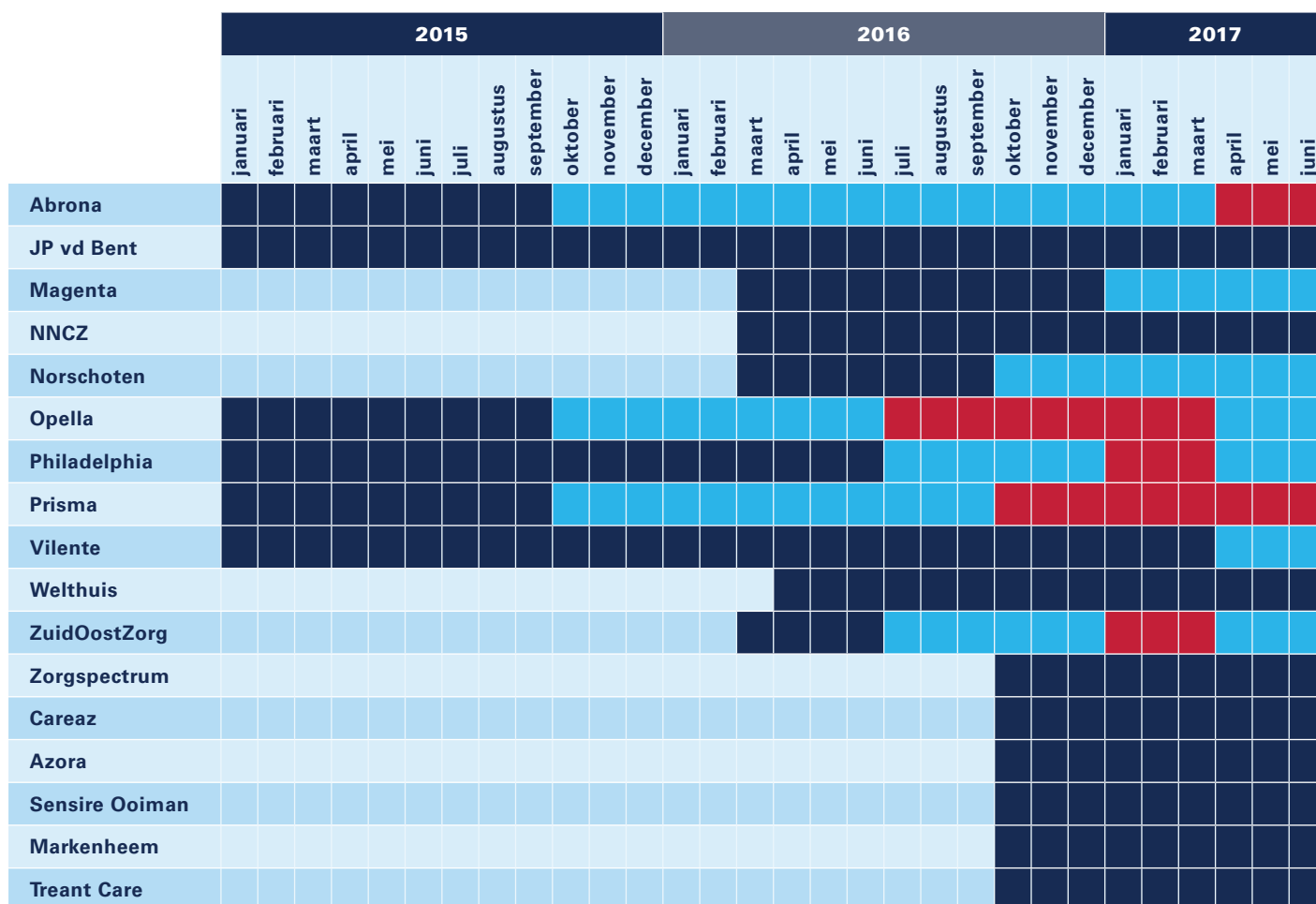
Zorgaanbieders in level 1 leggen al hun indicatieadviezen vooraf voor aan het CIZ. Wanneer bezien over een heel kwartaal en bij een voldoende aantal opgestelde adviezen, hun toetsing meer dan 90% en de controle voor meer dan 95% conform blijkt te zijn, groeien ze in het volgende kwartaal door naar level 2. In dit stadium mogen zorgaanbieders herindicaties gelijk indienen in Portero en vervolgens melden aan het CIZ. Wanneer toetsing en controle 100% conform blijken te zijn, groeit de zorgaanbieder door naar level 3 waarbij nieuwe en herindicaties gelijk ingediend mogen worden om dit vervolgens te melden aan het CIZ. Dit wederom bezien over een heel kwartaal en bij een voldoende aantal indicatiestellingen.

Doel van het werken met de doorgroei-levels is de zestien zorgaanbieders te stimuleren hoge kwaliteit te waarborgen waardoor ze meer verantwoordelijkheid en vrijheid (vertrouwen vanuit het CIZ) krijgen ten aanzien van de indicatiestelling. Uit de gegevens die het CIZ aan Berenschot beschikbaar stelde, bleek dat in Q2 2017 acht zorgaanbieders in level 1 zaten, zes in level 2 en twee in level 3. In sommige gevallen is het actuele level van een organisatie het gevolg van een terugzetting door het CIZ vanuit een hoger level.

Uit de interviews met de zorgorganisaties blijkt dat het werken met de level-systematiek begrepen wordt en op draagvlak kan rekenen. Men ziet in dat een hoger level extra tijdwinst oplevert en ambieert het hogere level dan ook. Dit geeft volgens zorgorganisaties een duidelijke beoordeling vanuit het CIZ dat men het proces van indicatiestelling steeds beter onder de knie krijgt. Terugval naar een lager level wordt niet altijd door de betrokken zorgorganisaties begrepen, zeker als dit te maken heeft met een te laag aantal verzorgde indicatiestellingen in een kwartaal.

## 4.3 Nadere onderzoeken

Om het experiment te kunnen monitoren, heeft het CIZ gedurende de experimentperiode twee nadere onderzoeken uitgevoerd. Allereerst een tussenevaluatie van het gehele experiment en verder een steekproef W&T-indicaties bij de zorgorganisa-

**Figuur 4.2** Zestien zorgorganisaties naar level (Q1 2015 t/m Q2 2017)

- Level 1: Uitgangssituatie bij deelname
- Level 2: Toetsing 90% conform, controle 95% conform
- Level 3: Toetsing 100% conform, controle 100% conform

ties, waarbij de aanwezigheid/juistheid van de achterliggende informatiebescheiden en de daarop door de zorgaanbieders gebaseerde besluitvorming is onderzocht. Van beide nadere onderzoeken heeft het CIZ de rapportage openbaar gemaakt.

### Tussenevaluatie

Het CIZ heeft over Q2 en Q3 2016 een tussenevaluatie uitgevoerd op de werkwijze Indicatiestelling W&T. Hierin zijn de resultaten van de werkwijze onder het W&T-experiment in kaart gebracht op basis van de input van de themacoördinator, CIZ-adviseur, deelnemende zorgaanbieders en CIZ-beoordelaars. De tussenevaluatie had betrekking op 590 door de experimentorganisaties opgestelde en aan het CIZ voorgelegde adviezen. De tussenevaluatie maakt op hoofdlijnen duidelijk dat de deelnemende zorgaanbieders hebben laten zien goed in

staat te zijn om de cliëntsituatie in kaart te brengen. Bij 88% was het advies duidelijk en volledig. Van de 12% die niet geheel duidelijk was, betrof het voornamelijk onduidelijkheden over de grondslag, ziekte, aandoening of stoornis. De CIZ-beoordelaar kon bij 96% op basis van het voorgelegd advies bepalen dat er toegang tot de Wlz was, en bij 92% van de 590 opgestelde adviezen is het zorgprofiel juist bepaald. Tot slot komt naar voren dat zorgaanbieders er daadwerkelijk naar streven om cliënten zo lang mogelijk thuis te laten blijven wonen. Indien uiteindelijk opname in het verpleeghuis nodig is, kan snel een indicatiebesluit afgegeven worden.

### Steekproefonderzoek

De tussenevaluatie geeft weer hoe het CIZ de indicatieadviezen ingediend via het format Afwegingskader Verlenging ERAI heeft

beoordeeld. Deze beoordelingen zijn gebaseerd op de informatie op het format, zonder kennis van onderliggende documenten. Dat is ook de reden dat het CIZ het hiervoor al beschreven steekproefonderzoek heeft uitgevoerd: om inzichtelijk te maken hoe de zorgorganisaties de onderliggende informatie hebben verwerkt en of deze uitkomsten overeenkomen met het ingevulde format dat het CIZ wel zelf heeft kunnen beoordelen. Het CIZ heeft dus achteraf op basis van bij de zorgorganisaties aanwezige informatie gekeken of op grond van zorgvuldig onderzoek een 'juist besluit' is genomen (zie ook onderstaand kader voor de definitie die het CIZ hierbij heeft gehanteerd). Bij het uitvoeren van het steekproefonderzoek heeft het CIZ zelf geen contact gehad met de cliënt en is er ook geen nieuwe of extra informatie opgevraagd. De detailresultaten van het steekproefonderzoek van het CIZ bespreken we in hoofdstuk 5. Hoofdbevinding van het dossieronderzoek is dat in 44% van de onderzochte indicatieadviezen er sprake is van een 'juist besluit'.

In het steekproefonderzoek heeft het CIZ nagegaan welk percentage van de meegenomen indicatieadviezen voldoet aan vier van de vijf benoemde subonderdelen (1a, 1b, 1c en 2) van de definitie 'juist besluit'. Een besluit is juist als deze onderdelen van de definitie juist zijn. Als een onderdeel niet duidelijk of niet juist is, dan is het voor het CIZ geen juist besluit. Onder niet juiste besluiten vallen:

- indicaties waarbij het onderzoek niet volledig en/ of zorgvuldig is gedaan, waardoor het besluit nog niet genomen had kunnen worden
- indicaties waar alle informatie aanwezig is, maar de regels niet juist zijn toegepast.

### Definitie 'juist besluit' volgens het CIZ

1. Er is terecht vastgesteld dat er wel/ geen toegang is tot de Wlz:
  - a. de grondslagbepaling is juist;
  - b. de vaststelling wel/geen permanent toezicht of 24 uur zorg nabij is juist;
  - c. de vaststelling dat de zorgbehoefte wel/niet blijvend is juist;
  - d. uitzonderingen op de toegangscriteria zijn juist toegepast.
2. Bij terechte toegang: het best passend zorgprofiel is gekozen

Bron: CIZ (2017). *Uitkomst steekproef Waardigheid en trots*.  
Utrecht: CIZ

Ter illustratie: het CIZ heeft in het dossieronderzoek ten eerste gekeken of de door zorgorganisaties aangeleverde grondslagbepaling juist is (1a uit kader hierboven). Hiertoe moet de zorgorganisatie gegevens aanleveren over de aandoening, beperking of handicap van de cliënt (ofwel, de 'grondslag'). Bijvoorbeeld documenten waaruit de diagnose(s) blijkt, door wie de diagnose is gesteld (naam en functie van de terzake deskundige) en de datum waarop de diagnose is gesteld. Indien niet is voldaan aan deze punten, komt het CIZ met het oordeel 'niet juist besluit'. Het is dus niet uitgesloten dat ook bij een 'niet juist besluit' de cliënt wel de zorg krijgt die hij nodig heeft en waar hij recht op heeft. Berenschot acht zich niet in de positie om te beoordelen of het CIZ de juiste regels hanteert om vast te stellen of er sprake is van een juist besluit. Hiervoor zouden wij namelijk kennis moeten hebben van alle operationaliseringsregels van het CIZ. Vanuit het perspectief van het beperken van administratieve lasten voor zorgorganisaties (zoals het experiment onder ERAI aanvankelijk ook is opgezet) is het belangrijk om goed te analyseren of de vertaalslag die het CIZ geeft aan de beleidsregel indicatiestelling Wlz (regulier en voor dit experiment) voldoende passend is. De vraag is of er volgens de letter of in de geest van de wet gehandeld moet worden.

De uitkomst van 44% 'juist besluit' is een veel negatiever beeld dan uit alle tussentijdse terugkoppelingen door het CIZ aan de zorgorganisaties naar voren kwam (inclusief de tussenevaluatie, zie hiervoor). De deelnemende zorgorganisaties geven aan dat zij ten tijde van het experiment er steeds meer van overtuigd raakten dat zij de kwaliteit goed (en steeds beter) borgden. Deze overtuiging was mede/vooral ook gebaseerd op de terugkoppeling van de CIZ-beoordelaars op de indicatieadviezen: de percentages conformiteit toegang tot de Wlz en de percentages conformiteit zorgprofiel juist bepaald. Ofwel, de scores die het level bepalen (zie figuur 4.2). Een aanzienlijk aantal organisaties is gestegen naar een hoger level en ziet dit als belangrijke indicatie van toegenomen kwaliteit. De zorgorganisaties zijn verder van mening dat de criteria waarop het CIZ hun werk in het kader van de indicatiestelling heeft beoordeeld in het dossieronderzoek, vooraf niet duidelijk waren. En dat deze criteria voorafgaand en tijdens het experiment ook niet duidelijk zijn gecommuniceerd. Het CIZ heeft hierop een andere zienswijze. Voor Berenschot is het moeilijk om achteraf te beoordelen of het CIZ zorgorganisaties nu wel of niet voldoende heeft geïnformeerd. Duidelijk is in ieder geval dat gedurende het experiment onvoldoende aandacht is besteed aan de (kwaliteits) criteria waarop de zorgorganisaties achteraf zouden worden beoordeeld.





# De reguliere en experimentele werkwijze vergeleken

## Hoofdstuk 5

In dit hoofdstuk staan we stil bij de uitkomsten van het experiment. Hiervoor vergelijken we de experimentele met de reguliere werkwijze aan de hand van een beoordelingskader met zeven specifieke criteria. Dit raamwerk presenteren we in paragraaf 5.1. De zeven beoordelingscriteria zijn afgestemd met VWS, de zorgaanbieders en het CIZ.



Per criterium toetsen we de werkwijzen op basis van verschillende data. Waar mogelijk gebruiken we objectieve – gedurende het proces van indicatiestelling door het CIZ geregistreerde – gegevens. Inzicht in de ervaringen van cliënten is afkomstig uit een door Berenschot gehouden enquête (kwantitatief) en een aantal interviews (kwalitatief) met cliënten. De visies van de deelnemende zorgorganisaties en het CIZ zijn afkomstig van interviews met deze partijen. Een nadere toelichting op de gebruikte onderzoeksmethoden is te vinden in bijlage 2.

## 5.1 Beoordelingskader

**Figuur 5.1** Beoordelingskader experimentele en reguliere werkwijze

CRITERIA	EENHEID
1. Algehele cliënttevredenheid	Rapportcijfer
2. (Administratieve) belasting van cliënten	--/++
3. Snelheid van indicatiestelling	Aantal dagen tussen datum aanvraag en datum indicatiestelling
4. Gemiddelde tijdsbesteding per indicatiestelling bij zorgorganisaties	Uren
5. Gemiddelde tijdsbesteding per indicatiestelling bij CIZ	Minuten
6. Juist vaststellen 'toegang tot Wlz' en 'best passende zorgprofiel'	% juist besluit conform definitie CIZ
7. Administratieve belasting zorgprofessionals	--/++

De criteria zijn samen te vatten onder drie kerncriteria: 1) de belasting van de cliënt en diens tevredenheid met het proces, 2) de belasting van de zorgorganisaties en het CIZ en 3) de kwaliteit van de gestelde indicaties voor wat betreft het juist vaststellen van de toegang tot de Wlz en het best passende zorgprofiel. We drukken de scores van de vergeleken werkwijzen (W&T-procedure en reguliere procedure) uit in een gedetailleerde eenheid (zie tabel 5.1). Daarnaast maken we in onze analyse ook gebruik van kwalitatieve data: deze spelen immers een belangrijke rol bij de interpretatie en duiding van de data. De kwantitatieve score moet vooral worden gezien als een inzichtelijke samenvatting.

## 5.2 Algehele cliënttevredenheid

### Beschrijving van de cliëntenenquête

Berenschot heeft drie specifieke cliëntgroepen een korte schriftelijke enquête voorgelegd (zie bijlage 3). **Groep 1** betreft cliënten die aan de hand van de W&T-indicatieprocedure zijn geïndiceerd binnen één van de zestien deelnemende zorgorganisaties in het experiment. **Groep 2** betreft eveneens cliënten van deze zestien zorgorganisaties, alleen is deze groep door het CIZ regulier geïndiceerd. **Groep 3** is ook door het CIZ geïndiceerd, maar geen cliënt van één van de zestien W&T-organisaties.

Binnen de **groepen 1, 2 en 3** werden sommige cliënten voor het eerst geïndiceerd en kregen dus voor het eerst toegang tot de Wlz. Voor anderen betrof de meest recente indicatie een herindicatie.

GROEP 1		GROEP 2		GROEP 3	
Cliënten die experimenteel zijn geïndiceerd, cliënt bij een W&T-organisatie		Cliënten die door het CIZ zijn geïndiceerd, cliënt bij een W&T-organisatie		Cliënten die door het CIZ zijn geïndiceerd, cliënt bij een andere zorgorganisatie (niet W&T)	
Nieuwe indicatie	Her-indicatie	Nieuwe indicatie	Her-indicatie	Nieuwe indicatie	Her-indicatie

De enquêteresultaten zijn geanalyseerd op verschillen tussen groepen 1, 2 en 3 als geheel en op verschillen tussen de subpopulaties met nieuwe en herindicaties binnen deze groepen<sup>4</sup>.

Berenschot schreef **1.000 cliënten** aan van wie er **425 (42,5%)** hebben gereageerd. Deze respons is relatief hoog voor beleidsonderzoek. Desalniettemin is de representativiteit van deze steekproef niet vast te stellen. Daarom is enige voorzichtigheid geboden bij het trekken van de conclusies. We lichten de respons en de implicaties hiervan nader toe in bijlage 2.

4) Analyse van de verschillen tussen kleinere subpopulaties, bijvoorbeeld cliënten die na initiëring van de W&T-procedure toch regulier door het CIZ zijn geïndiceerd, was vanwege een te klein aantal respondenten (N) niet zinvol.

### 5.2.1 Analyse cliëntenenquête

In de volgende tabellen presenteren we de gemiddelde rapportcijfers die de cliënten uit de verschillende groepen gaven aan hun ervaring met het gehele proces van indicatiestelling. We geven de resultaten weer in tabel 5.1.

**Tabel 5.1** Gemiddeld rapportcijfer (tussen 0-10) gegeven door cliënten aan het totale proces van indicatiestelling

	GEMIDDELD RAPPORT- CIJFER	AANTAL RESPON- DENTEN
<b>Alle respondenten</b>		
• Groep 1: experimenteel geïndiceerd, cliënt W&T-organisatie	7,47	212
• Groep 2: door CIZ geïndiceerd, cliënt W&T-organisatie	7,75	118
• Groep 3: door CIZ geïndiceerd, cliënt van een andere zorgorganisatie	7,35	88
<b>Respondenten met nieuwe indicaties</b>		
• Groep 1: experimenteel geïndiceerd, cliënt W&T-organisatie	7,49	130
• Groep 2: door CIZ geïndiceerd, cliënt W&T-organisatie	7,76	87
• Groep 3: door CIZ geïndiceerd, cliënt van een andere zorgorganisatie	7,64	58
<b>Respondenten met herindicaties</b>		
• Groep 1: experimenteel geïndiceerd, cliënt W&T-organisatie	7,29	130
• Groep 2: door CIZ geïndiceerd, cliënt W&T-organisatie	7,73	87
• Groep 3: door CIZ geïndiceerd, cliënt van een andere zorgorganisatie	6,80	58

Voor de groep ‘alle respondenten’ alsmede de subgroep respondenten die nieuwe indicaties ontvingen, zijn de verschillen in rapportcijfer voor het totale proces van indicatiestelling bescheiden en statistisch niet significant. Voor de cliënten die een herindicatie ontvingen, vinden we een significant verschil

tussen groep 2 en groep 3. Dit wil zeggen dat respondenten binnen W&T-organisaties die door het CIZ zijn geïndiceerd een significant hoger overall-rapportcijfer geven aan het proces dan respondenten van andere zorgorganisaties die door het CIZ zijn geïndiceerd. Vanuit de achtergrond van het experiment is dit resultaat opvallend, omdat het op voorhand meer voor de hand had gelegen dat juist de cliënten uit groep 1 het proces van indicatiestelling beter zouden waarderen. Het gaat hier om de groep die binnen de W&T-organisaties via de experimentele indicatiewerkwijze zijn geïndiceerd. Het gemiddelde rapportcijfer van deze groep, bevindt zich echter tussen dat van groep 2 en 3. Een mogelijke verklaring is dat voor cliënten met herindicaties geldt (meer dan bij nieuwe cliënten) dat de W&T-organisaties de relatief eenvoudige casussen zelf indiceren (groep 1), terwijl de complexere casussen door het CIZ worden geïndiceerd en beide partijen meer aandacht besteden aan de cliënt. Wellicht dat de cliënten in deze complexere casussen gedurende het proces meer het gevoel hebben dat aan hun wensen is voldaan. Dit is echter niet met zekerheid te zeggen.

#### 5.2.2 Samenvatting: algehele cliënttevredenheid

- Gekeken naar de totale groep respondenten (cliënten met nieuwe aanvragen en herindicaties) alsmede de subgroep respondenten met een nieuwe aanvraag, vinden we geen significante verschillen met betrekking tot het rapportcijfer dat ze geven aan het totale proces van indicatiestelling.
- Enkel gekeken naar respondenten die een herindicatie ontvingen, vinden we een significant verschil tussen cliënten van de zestien W&T-organisaties die door het CIZ zijn geïndiceerd en cliënten van andere zorgorganisaties voor wie dit geldt.

## 5.3 (Ervaren) belasting door cliënten

### 5.3.1 Enquêtevragen over cliëntbelasting

#### *Wat cliënten aangeven over het proces van indicatiestelling*

Cliënten kregen in de enquête drie vragen voorgelegd over het proces van de indicatiestelling. Ten eerste of er naar hun idee iemand bij hen langs was geweest in het kader van het onderzoek: oftewel het huisbezoek. In het geval van groep 1 is dat een professional vanuit een zorgorganisatie, in het geval van groep 2 en 3 in ieder geval ook iemand van het CIZ. Ten tweede werd cliënten gevraagd of de persoon die de indicatie voor hen aanvraag duidelijk had uitgelegd waarom de indicatie werd aangevraagd. Ten slotte vroegen we cliënten of iemand hun voor ontvangst van het schriftelijke besluit duidelijk had uitgelegd waarom ze de zorg zouden gaan krijgen die ze kregen. Respondenten konden op de eerste vraag antwoorden met 'Ja', 'Nee' of 'Ik weet het niet'. Op de laatste twee vragen konden ze antwoorden op een vijfpuntsschaal met een optie 'Ik weet het niet'.

#### *Oordeel van cliënten over aspecten van de indicatiestelling*

We stelden de cliënten ook 'oordeelsvragen' ofwel vragen waarbij ze hun mening over aspecten van het proces gaven. Daarbij maakten we onderscheid tussen vier belangrijke aspecten van de cliëntbeleving van het proces van indicatiestelling. Ook hier konden cliënten antwoorden op een vijfpuntsschaal, met de aanvullende optie 'ik weet het niet'. Zie voor de volledige vragenlijst bijlage 3.

### 5.3.2 Uitkomsten enquêtevragen over cliëntbelasting

Met behulp van statistische analyses (zie bijlage 2) is onderzocht of er sprake is van significante verschillen tussen de verschillende (sub)groepen bij de antwoorden op de vragen uit de vorige subparagraaf. Deze (sub)groepen zijn beschreven in het kader aan het begin van paragraaf 5.2. De belangrijkste uitkomsten van deze analyses beschrijven we hieronder.

#### *Huisbezoek en duidelijkheid communicatie*

We hebben geen significante verschillen gevonden tussen de verschillende (sub)groepen als het gaat om de procesvragen of er wel of geen huisbezoek heeft plaatsgevonden en de ervaren-

gen van duidelijke communicatie. Op basis van de bevindingen van Berenschot is het krijgen van huisbezoek of het ervaren van een bepaald mate van duidelijkheid in de communicatie gedurende het proces dus niet afhankelijk van de vraag of een cliënt door een W&T-organisatie of het CIZ is geïndiceerd. Ook hangt dit niet af van de vraag of men voor het eerst een indicatie ontvangt of al een bestaande cliënt is.

### **Belasting en wachttijd**

Respondenten uit groep 3 (door CIZ geïndiceerd, cliënt van een andere zorgorganisatie buiten het experiment) geven significant vaker aan redelijk tot heel lang te moeten wachten op hun besluit en de procedure redelijk tot heel erg belastend te ervaren dan respondenten uit groepen 1 en 2 (beide groepen cliënten van de W&T-organisaties). Dit geldt voor de totale groep cliënten en ook voor de subgroep nieuwe cliënten. Voor de subgroep herindicaties vinden we alleen een significant verschil voor wat betreft de wachttijd. Op basis van de gegevens van Berenschot lijkt het er dus op dat indicaties van cliënten uit W&T-organisaties, zeker voor wat betreft nieuwe indicaties, volgens cliënten leiden tot een reductie in wachttijd en belasting. Echter, we vinden geen significant verschil tussen groep 1 en 2. Met andere woorden, het verschil lijkt niet direct te worden veroorzaakt door de experimentele indicatiewerkwijze. Mogelijk zijn de W&T-organisaties als gevolg van het experiment wel in zijn algemeenheid efficiënter gaan werken. Dit is echter niet met zekerheid te zeggen.

### **Bejegening**

Nieuwe cliënten uit groep 1 (experimenteel geïndiceerd, cliënt van een W&T-organisatie) geven significant vaker aan blij of heel blij te zijn met de manier waarop er met hen is omgegaan. Dit verschil gaat niet op bij groep 3 (door CIZ geïndiceerd, cliënt bij een andere zorgorganisatie buiten het experiment). Op basis van de gegevens van Berenschot lijkt het er dus op dat de invloed van het experiment voor wat betreft de bejegening en van cliënten zoals door hen ervaren zich vooral binnen de W&T-organisaties voordoet. En dus niet per se tussen de groep die via de experimentele werkwijze is geïndiceerd en de groep die door het CIZ is geïndiceerd.

**Tabel 5.2** verschillen in het oordeel van cliënten nader geduid

VARIABLE	NADERE ANALYSE VERSCHILLEN TUSSEN GROEPEN
Perceptie wachttijd	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respondenten uit groep 3 geven significant vaker aan redelijk tot heel lang te moeten wachten dan respondenten uit groepen 1 en 2.</li> <li>• Dit geldt voor de totale groep respondenten alsook voor de subgroepen nieuwe cliënten en cliënten met herindicaties.</li> </ul>
Perceptie bejegening	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nieuwe cliënten uit groep 1 geven significant vaker aan blij of heel blij te zijn met de manier waarop er met ze is omgegaan dan nieuwe cliënten uit groep 2.</li> </ul>
Perceptie belasting	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respondenten uit groep 3 geven significant vaker aan de procedure redelijk tot heel belastend te vinden ten opzichte van groepen 1 en 2. Dit geldt voor de totale groep respondenten en voor de subgroep nieuwe cliënten.</li> <li>• Voor de subgroep herindicaties geldt dat cliënten uit groep 1 significant vaker aangeven de procedure niet echt of helemaal niet belastend te vinden dan cliënten uit groep 3.</li> </ul>

### **Verdiepende analyses**

Om nader inzicht te krijgen in de samenhang tussen procesfactoren en het oordeel van cliënten over de procedure (uitkomsten), hebben we een nadere analyse uitgevoerd. Hieruit bleek dat de perceptie van een nieuw geïndiceerde cliënt van diens bejegening in het proces, significant samenhangt met het wel of niet plaatsvinden van een huisbezoek: men is tevredener als men zich een huisbezoek herinnert. Deze bevinding gaat niet op voor cliënten die een herindicatie ontvangen. Dit is ook logisch, aangezien niet alle geherindiceerde cliënten nog een huisbezoek krijgen. Op basis van de gegevens is niet duidelijk of cliënten weten of de persoon die het huisbezoek verricht werkzaam is bij het CIZ of een zorgorganisatie. Het vermoeden van Berenschot op basis van de interviews met cliënten is dat dit niet het geval is.

Het rapportcijfer dat cliënten geven aan hun algehele ervaring, is eveneens significant (bijna een volledig punt) hoger indien men zich een huisbezoek herinnert. Er is sprake van enige

relatie tussen de vragen of aan een cliënt duidelijk is uitgelegd waarom er een indicatie wordt aangevraagd en op welke zorg de cliënt recht heeft, en het oordeel dat cliënten hebben over de ervaren bejegening en belasting. Dit geldt ook voor het totale oordeel over de procedure, maar deze relaties zijn (hoewel statistisch significant) zwak tot middelmatig. Dit is logisch, aangezien deze factoren op zichzelf geanalyseerd zijn terwijl ze in de praktijk tegelijkertijd gezamenlijk de ervaring van een cliënt beïnvloeden, en omdat dit niet de enige relevante factoren zijn die de ervaring beïnvloeden.

### 5.3.3 Samenvatting: visie cliënten op tevredenheid en ervaren belasting

#### Verschillen in cliëntervaringen op hoofdlijnen

- Respondenten van zorgorganisaties buiten het experiment die door het CIZ zijn geïndiceerd, geven vaker aan relatief of heel lang te hebben moeten wachten op hun besluit dan cliënten van de zestien W&T-organisaties (die door deze zorgaanbieders zelf of door het CIZ zijn geïndiceerd).
- Respondenten van zorgorganisaties buiten het experiment die door het CIZ zijn geïndiceerd, geven vaker aan de procedure van indicatiestelling als redelijk tot erg belastend te ervaren dan cliënten van de zestien W&T-organisaties (die door deze zorgaanbieders zelf of door het CIZ zijn geïndiceerd).
- Geherindiceerde respondenten van zorgorganisaties buiten het experiment die door het CIZ zijn geïndiceerd, lijken de procedure van indicatiestelling als belastender te ervaren dan geherindiceerde respondenten van de W&T-organisaties die te maken hebben gehad met de experimentele werkwijze.
- Nieuwe cliënten van W&T-organisaties die via de experimentele werkwijze geïndiceerd zijn, geven vaker aan blij of heel blij te zijn met de manier waarop met hen is omgegaan dan nieuwe cliënten binnen deze zelfde organisaties die door het CIZ regulier geïndiceerd zijn.

#### Samenhang tussen cliëntenoordelen en aspecten van het indicatiestellingsproces

- Nieuw geïndiceerde respondenten die zich een huisbezoek herinneren, oordelen een stuk positiever over de manier waarop met hen is omgegaan en over hun totale ervaring met het indicatiestellingsproces dan nieuw geïndiceerde cliënten die zich geen huisbezoek herinneren.
- Er is sprake van enige relatie tussen een door respondenten als duidelijk ervaren uitleg over de reden waarom er een Wlz-indicatie voor hen wordt aangevraagd en welke zorg als het best passend wordt beschouwd enerzijds, en het oordeel van deze cliënten over aspecten van hun indicatiestellingprocedure anderzijds. Deze relatie is echter zwak tot middelmatig.



#### 5.3.4 Visie van zorgorganisaties

De geïnterviewde zorgorganisaties zijn overwegend positief over de gevolgen van de W&T-werkwijze voor cliënten. Berenschot onderscheidt op basis hiervan op hoofdlijnen twee directe voordelen voor cliënten.

##### *Eerder duidelijkheid over het indicatiebesluit*

De deelnemende zorgorganisaties stellen vast dat cliënten eerder duidelijkheid hebben over de vraag of ze recht hebben op zorg op basis van de Wlz en op basis van welk zorgprofiel binnen de W&T-werkwijze. Gezien de bevindingen over de doorlooptijd van W&T-aanvragen ten opzichte van reguliere aanvragen (zie paragraaf 5.4), acht Berenschot deze constatering plausibel. De snellere duidelijkheid heeft volgens sommige geïnterviewden een wezenlijk positieve invloed op de gemoedsrust van de cliënten, hun naasten en vertegenwoordigers. Bovendien kunnen zorgorganisaties op het moment dat er een plek vrij komt en een cliënt kenbaar heeft gemaakt 'in zorg' te willen, snel schakelen met de cliënt, diens mantelzorger en andere zorgverleners om een voorlopige indicatie in te dienen bij het CIZ. Op deze manier wordt efficiëntiewinst geboekt in het verkorten van de eigen wachtlijsten die zorgorganisaties blijken bij te houden. Het gaat hier zeker niet om de (regionale) wachtlijsten bijgehouden door zorgkantoren.

##### *Klantvriendelijkheid*

De W&T-wijze van indiceren biedt volgens de geïnterviewde vertegenwoordigers de mogelijkheid om klantvriendelijker om te gaan met cliënten. Dit wordt veroorzaakt door twee factoren. Ten eerste stelt de experimentele werkwijze de organisaties in staat om de cliënt te voorzien van één gezicht dat van begin tot eind bij het proces betrokken is. De cliënt hoeft zijn verhaal en situatie slechts één of hooguit een paar keer te delen in plaats van telkens opnieuw met diverse professionals. Daarnaast raakt de cliënt gemakkelijker vertrouwd met een vaste contactpersoon.

De visie van de vertegenwoordigers is dat klantadviseurs en/of zorgprofessionals van de zorgorganisatie de situatie van de cliënt beter kunnen inschatten dan beoordelaars die minder bekend zijn met de cliënt. Aangegeven is dat de klantadviseurs en/of zorgprofessionals bekender zijn met de cliënt en diens situatie, en ook met het netwerk van mantelzorgers, familie, vrienden en zorgverleners rondom de cliënt. Deze omgevingsfactoren zijn belangrijk bij het bepalen van een indicatie, zo is het idee.

Ten slotte kan in de optiek van sommige geïnterviewden met de W&T-werkwijze het proces van indicatiestelling synchroon worden georganiseerd met het oriëntatieproces dat veel zorgorganisaties hebben ingericht. Hierbij wordt samen met de cliënt op een laagdrempelige en begrijpelijke manier bekeken welke zorg de cliënt nodig heeft. Zo wordt de cliënt niet dubbel belast en kan snel zorg op maat worden geleverd na ontvangst van een definitief besluit.

## 5.4 Snelheid van indicatiestelling

### 5.4.1 Leidt de experimentele werkwijze tot snellere ontvangst van besluiten?

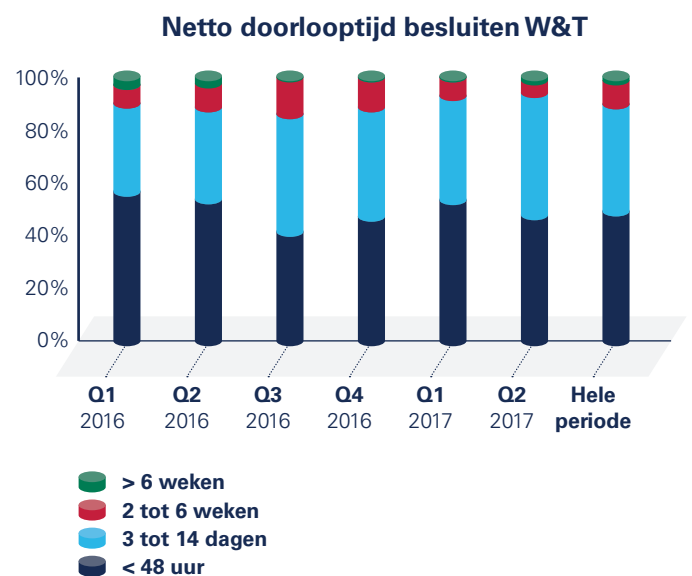
Eén van de belangrijkste motivaties voor het opnemen van het thema indicatiestelling binnen W&T is de wens om de doorlooptijd tussen het starten van een aanvraag voor een Wlz-indicatie en de ontvangst van het uiteindelijke besluit door de cliënt te verkorten. Om inzicht te verkrijgen in het antwoord op deze vraag, analyseerden we alle (N=2.169) bij het CIZ ingediende W&T-indicatieadviezen vanaf Q1 2016. Vervolgens vergeleken we deze met de doorlooptijd van reguliere aanvragen zoals door het CIZ gerapporteerd in zijn kwartaalrapportages.

#### Doorlooptijden reguliere aanvragen

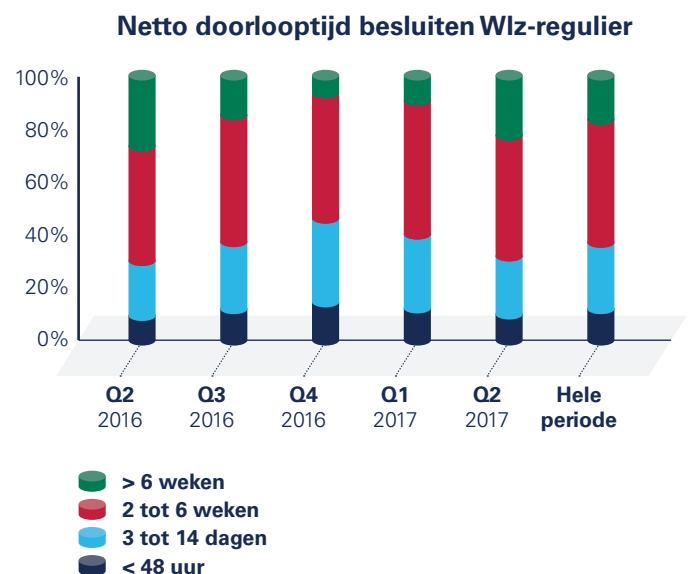
Het CIZ houdt de doorlooptijden van reguliere aanvragen bij vanaf het moment dat een aanvraag wordt ingediend bij het CIZ tot en met het moment dat het definitieve besluit erover wordt afgegeven aan de cliënt. Daarnaast houdt het CIZ de looptijden van W&T-aanvragen bij vanaf het moment dat de zorgorganisatie het voorlopige besluit indient in Portero (het digitale aanvraagstelsel) tot en met de afgifte van het door het CIZ getoetste (definitieve) besluit.

In figuur 5.2 rapporteren we de beschikbare gegevens over de periode Q1 2016 tot en met Q2 2017. In figuur 5.3 rapporteren we gegevens over periode vanaf Q2 2016.

**Figuur 5.2** Percentage W&T-aanvragen Q1 2016 t/m Q2 2017 in de vier hoofdcategorieën



**Figuur 5.3** Percentage reguliere aanvragen Q2 2016 t/m Q2 2017 in de vier hoofdcategorieën



De figuren laten zien dat de netto doorlooptijd van de W&T-indicatieprocedure over het algemeen aanzienlijk korter is dan bij de reguliere procedure. Waar onder de W&T-procedure besluiten in meer dan 40% van de gevallen binnen 48 uur binnen zijn en in circa 80% van de gevallen binnen twee weken, is dit voor reguliere aanvragen respectievelijk 11% binnen 48 uur en 26% binnen twee weken.

#### ***Invloed van het onderzoek op de doorlooptijd bij de vergeleken procedures***

We gaven al aan dat dit verschil zeker voor een deel zal worden verklaard door het feit dat het onderzoek (het verzamelen van de gegevens van de cliënt rondom ziektebeeld, etc. en de beoordeling daarvan) niet is meegenomen in de doorlooptijd van de W&T-procedure en wel in de doorlooptijd van de reguliere procedure. Deze belemmering heeft ongetwijfeld invloed gehad op het hiervoor gepresenteerde verschil. Om na te gaan hoe groot dit verschil is en wat de invloed ervan is op de situatie van een cliënt, legden we deze vraag voor in interviews aan het CIZ en de zorgorganisaties. Zorgorganisaties geven aan dat het hun gemiddeld een aantal werkdagen kost om de gegevens te verzamelen, en dat ze verwachten dat hun dit in de regel sneller lukt dan het CIZ vanwege de integrale inbedding in het directe zorgproces. Zorgorganisaties voeren het onderzoek uit op basis van gegevens die zij (vanuit het ECD) of al tot hun beschikking hebben of eenvoudig kunnen opvragen bij (medische) professionals, zoals de huisarts en/of wijkverpleegkundige. Hiermee hebben ze vanwege afstemming rond het primaire proces al korte lijnen. Berenschot vindt dit een plausibele verklaring en beschouwt de kans klein dat, indien de periode die het onderzoek in beslag neemt zou worden meegenomen, het grote verschil in doorlooptijd tussen de W&T en reguliere procedure volledig zou verdwijnen. Aannemelijker is dat er in ieder geval ook tijdwinst wordt geboekt gedurende het verrichten van het onderzoek en het beoordelen van de situatie van de cliënt. Anderzijds blijkt uit interviews met de zorgorganisaties en het CIZ dat zorgorganisaties, zeker in deze fase van het experiment, de relatief complexe gevallen vaak regulier laten indiceren door het CIZ. Vermoedelijk zouden dergelijke cliënten wanneer ze via de W&T-werkwijze geïndiceerd zouden worden, de gemiddelde doorlooptijd doen stijgen. Wellicht infla- teert dit gegeven het verschil tussen de werkwijzen enigszins.

Daarnaast geeft het CIZ aan te vrezen dat deze tijdwinst ten koste kan gaan van de kwaliteit van het onderzoek. Op basis van het dossieronderzoek dat het CIZ uitvoerde, constateert men ook een lagere kwaliteit van dossiervorming en archivering dan het CIZ zelf bijhoudt in het geval van reguliere indicaties. Het CIZ is van mening dat, zou het onderzoek en de dossiervorming en archivering volgens deze maatstaven worden uitgevoerd, het de zorgorganisaties veel meer tijd kost dan nu het geval is. Berenschot erkent het belang van goede dossiervorming en archivering in het kader van de experimentele werkwijze, zeker omdat het ook het CIZ in staat stelt om achteraf controles uit te voeren op de juistheid van de door de zorgorganisaties voorbereide besluitvorming rondom toegang tot de Wlz en het best passende zorgprofiel. Dit wordt overigens onderschreven door de meeste geïnterviewde zorgorganisaties.

#### 5.4.2 Samenvatting: snelheid indicatiestellingen W&T en regulier vergeleken

- Berenschot acht het op basis van een analyse van de kwantitatieve gegevens van het CIZ alsmede de verrichte interviews aannemelijk dat de W&T-wijze van indicatiestelling ten opzichte van de reguliere wijze de duur van het proces vanaf het eerste contact met de cliënt tot afgifte van het definitieve besluit aanzienlijk verkort.
- De verklaring voor deze kortere wachttijd is minder eenduidig te benoemen. Een mogelijke verklaring ligt in de tijdwinst die de zorgorganisaties boeken omdat het onderzoek voorafgaand aan de indicatiestelling onder de experimentele indicatiemethoden effectiever in het zorgverleningsproces kan worden geïntegreerd. Dit staat los van de vraag of de W&T-zorgorganisaties hierbij de dossiervoering en archivering op een afdoende niveau uitvoeren. Dit is op basis van het huidige onderzoek niet vast te stellen.

## 5.5 Gemiddelde tijdsbesteding per indicatiestelling binnen zorgorganisaties

In de interviews gaven de vertegenwoordigers van de zorgorganisaties aan dat de tijdsinvestering voor een W&T-indicatiestelling voor een nieuwe indicatie over het algemeen twee tot acht uur bedraagt voor alle betrokkenen vanuit de zorgorganisatie. Voor een herindicatie betreft dit twee tot drie uur. De uiteindelijke tijdsinvestering hangt samen met de aard van het uit te voeren onderzoek, dit kan relatief eenvoudig zijn maar ook complex. Genoemde tijdsinvestering houdt overigens niet in dat een voorlopig indicatiebesluit binnen enkele uren kan worden ingediend in Portero. Dit moet immers door verschillende mensen worden afgestemd, en duurt in de regel zeker enkele dagen. In zijn halfjaarrapportage beschrijft het CIZ hoe lang het zorgorganisaties kost om een W&T-indicatiestelling te doen ten opzichte van een reguliere aanvraag. Deze gegevens komen grotendeels overeen met hetgeen Berenschot vindt op basis van dit onderzoek. Duidelijk is in ieder geval dat zorgorganisaties per aanvraag een paar uur meer kwijt zijn voor een W&T-indicatie dan voor een reguliere indicatie. Dit komt doordat de zorgorganisaties naast het verzamelen van de benodigde informatie voor het onderzoek, het onderzoek nu ook zelf uit dienen te voeren. Wel geven de zorgorganisaties in de interviews aan dat de tijdsinvestering afneemt naarmate men meer indicaties doet, dit vanwege de handigheid die men erin ontwikkelt. De coördinatie van het onderzoek en het merendeel

van de rapportage en archivering ervan komt voor rekening van ondersteunende klantadviseurs. Interne zorgverleners, zoals specialisten ouderengeneeskunde (SO's) en verpleegkundigen, en externe zorgverleners, zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen of een ingehuurd behandel- en/of paramedische dienst, spelen een ondersteunende rol door middel van het aanleveren van de benodigde informatie over aspecten van de gezondheid van de cliënt. Zorgorganisaties die met interne behandel- en paramedische diensten werken, geven aan dat dit in relatie tot het voorgaande een voordeel biedt. De communicatie- en afstemmingslijnen zijn korter en het kost betrokkenen bij de indicatiestelling daarom minder tijd dan als er gewerkt moet worden met externen.

In de gesprekken met de zorgaanbieders geven zij ook aan deze additionele tijdsinvestering en belasting die gepaard gaat met de W&T-werkwijze zeker te zien en dat deze deels zal blijven bestaan. Men stelt echter ook duidelijk dat deze investering loont, gezien de voordelen die de experimentele werkwijze de cliënt en de eigen organisatie oplevert. In paragraaf 3.7 hebben we deze voordelen al beschreven, die in de kern inhouden dat de zorgorganisaties een zeer wenselijke toename in regie over het proces van de indicatiestelling ervaren.

**Tabel 5.3** gemiddelde tijdsbesteding per indicatiestelling binnen zorgorganisaties

	TIJDSINVESTERING REGULIER - CIZ HALFJAARRAPPORTAGE	TIJDSINVESTERING ERAI - CIZ HALFJAARRAPPORTAGE	TIJDSINVESTERING ERAI - INTERVIEWS
<b>Nieuwe indicatie</b>	2 tot 3 uur	4 tot 6 uur	2 tot 8 uur
<b>Herindicatie</b>	1 tot 2 uur	2 tot 3 uur	2 tot 3 uur

## 5.6 Gemiddelde tijdsbesteding per indicatiestelling binnen het CIZ

In zijn tussentijdse evaluatie rapporteert het CIZ de volgende gemiddelde tijdsbesteding voor W&T-indicaties ten opzichte van reguliere indicaties.

**Tabel 5.4** gemiddelde tijdsbesteding per indicatiestelling binnen het CIZ

	W&T	REGULIER V&V	REGULIER GHZ
<b>Tijdsinvestering CIZ: advies, terugkoppeling en controle achteraf</b>	30 minuten	90 minuten	120 minuten

Bij deze cijfers zijn een paar belangrijke kanttekeningen te plaatsen:

- Deze cijfers gelden *uitsluitend* voor indicaties die volledig worden afgehandeld door de zorgorganisaties, waarbij het CIZ enkel de controle achteraf uitvoert en een definitief ('conform') besluit afgeeft. Dit gaat niet altijd op: zorgorganisaties dienen regelmatig in eerste instantie een W&T-aanvraag in en kiezen uiteindelijk toch voor regulier, hetgeen de organisaties en het CIZ een dubbele tijdsinvestering kost.
- De tijdsinvestering vanuit het CIZ blijft niet beperkt tot individuele indicaties. Zo wordt er voortdurend geschakeld met de zorgorganisaties om de kwaliteit te blijven verbeteren, met name omdat binnen organisaties met regelmaat nieuwe indicatiestellers worden aangesteld die moeten worden ingewerkt. Ook vanuit het CIZ is hier een tijdsinvestering mee gemoeid, die ontbreekt bij de reguliere werkwijze.

Het CIZ geeft in interviews aan te verwachten dat deze 'secundaire' tijdsbesteding min of meer permanent zal zijn bij eventuele voortzetting van de W&T-werkwijze.

### 5.6.1 Samenvatting tijdsinvestering zorgorganisaties en CIZ

- Indien enkel wordt gekeken naar de tijdsinvestering die direct is toe te wijzen aan *individuele indicaties*, is er sprake van een forse toename (ongeveer een verdubbeling) van het aantal uren dat zorgorganisaties steken in het voorbereiden van de aanvragen. Voor het CIZ geldt in dit geval dat de tijdsinvestering fors afneemt.
- Tegenover de additionele tijdsinvestering en belasting die gepaard gaat met de W&T-werkwijze, staat volgens de zorgorganisaties een zeer wenselijke toename in regie over het proces van de indicatiestelling. Deze toename in regie zorgt er volgens hen voor dat besluiten sneller kunnen worden afgegeven, er beter kan worden geschakeld met ketenpartners en de benodigde zorg sneller kan worden verleend.
- De secundaire tijdsinvestering neemt voor zorgorganisaties af doordat men minder lang hoeft te wachten op besluiten. Voor het CIZ neemt wanneer wordt gekeken naar het *totale beeld* de tijdsinvestering toe vanwege de continue begeleiding die nodig is voor de indicatiestellers en de extra tijd die men steekt in aanvragen die in eerste instantie volgens de ERAI-werkwijze maar in tweede instantie alsnog regulier worden ingediend.

## 5.7 Juist vaststellen 'toegang tot Wlz' en 'best passende zorgprofiel'

In de kern gaat het bij indicatiestelling om het juist vaststellen van iemands toegang tot de Wlz en het daarin best passende zorgprofiel. Alleen dan is er in de ogen van het CIZ sprake van een juist besluit (zie kader in paragraaf 4.3). Bij de reguliere indicatiewerkwijze liggen de werkzaamheden die moeten leiden tot een juist besluit bij het CIZ. In het experiment voeren de zestien W&T-organisaties deze werkzaamheden uit en neemt het CIZ op basis daarvan het indicatiebesluit. Hierna presenteren we de beschikbare informatie over de vergelijking tussen indicaties gesteld door de W&T-organisaties en die door het CIZ voor wat betreft het percentage 'juist besluit' volgens de definitie van het CIZ.

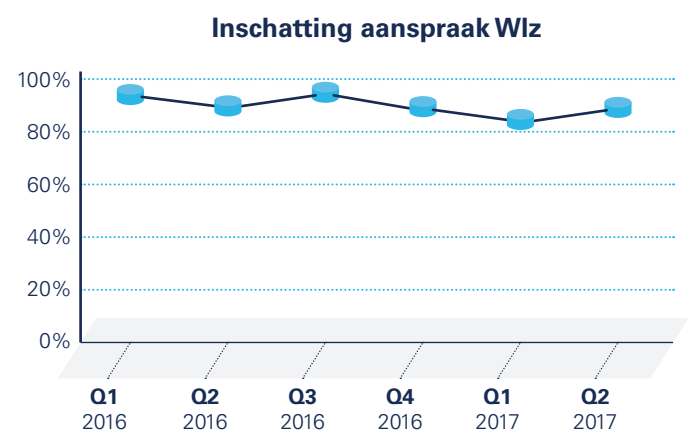
### 5.7.1 Cijfers uit de kwartaalmonitor van het CIZ

Op verzoek van Berenschot heeft het CIZ de gegevens aangeleverd omtrent alle door het CIZ beoordeelde W&T-indicatieadviezen die door de zorgorganisaties zijn ingediend vanaf Q1 2016 tot en met Q2 2017. In totaal gaat het hier om 2.169 ingediende adviezen. Berenschot gebruikt deze gegevens als maatstaf omdat ze een goede, structureel geregistreerde indicatie geven van de onafhankelijke beoordeling van door de zorgorganisaties ingediende indicatieadviezen door het CIZ op de onderdelen juist vaststellen van de toegang tot de Wlz en het best passende zorgprofiel. We presenteren hierna de uitkomsten van deze analyses. Dit doen we in de hoofdtekst voor het totale aantal door de W&T-organisaties ingediende indicatieadviezen. Bijlage 6 bevat de uitkomsten van een aantal subgroepanalyses, waarin we uitkomsten vergelijken tussen V&V en GHZ-organisaties en tussen organisaties die in verschillende stadia bij het experiment betrokken zijn. De belangrijkste uitkomst is dat wij geen verschillen hebben aangetroffen tussen de deelnemende V&V- en GHZ-organisaties wat betreft de juistheid van de gestelde indicaties. Er lijkt verder enige toename in de juistheid van de besluiten te bespeuren naarmate organisaties langer deelnemen aan het experiment. Maar dit is op basis van de kwantitatieve gegevens niet met zekerheid vast te stellen of te ontcrachten.

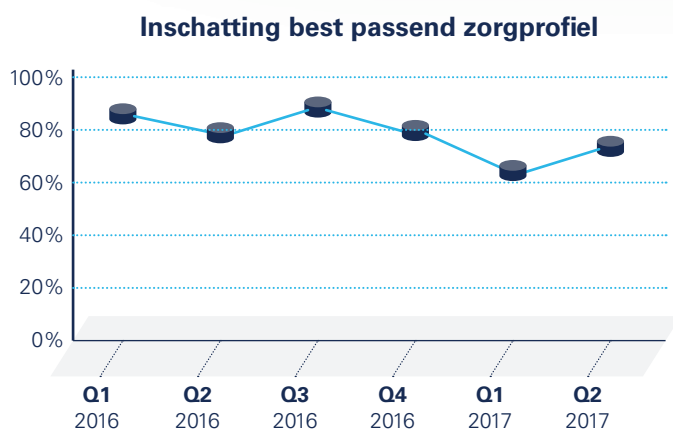
In figuur 5.4 presenteren we het percentage adviezen uit alle in de periode Q1 2016 tot en met Q2 2017 aan het CIZ voorgelegde adviezen die door het CIZ zijn beoordeeld als conform voor wat betreft de inschatting van de aanspraak op de Wlz. Figuur 5.5 toont een vergelijkbaar percentage voor wat betreft de mate waarin het CIZ de door de zorgorganisaties voorgelegde indicatieadviezen als conform beoordeelde voor wat betreft de inschatting van het best passende zorgprofiel.

Uit figuur 5.4 blijkt dat het CIZ op basis van de informatie in het aanleverformaat in meer dan 90% van de gevallen constateert dat de door de organisaties geïndiceerde toegang tot de Wlz juist is. Dit cijfer is min of meer constant gebleven tussen Q1 2016 en Q2 2017.

**Figuur 5.4** beoordeling inschatting toegang tot de Wlz, weergegeven voor alle door de zestien zorgorganisaties ingediende en door het CIZ beoordeelde W&T-indicatieadviezen



**Figuur 5.5** beoordeling inschatting best passend zorgprofiel voor de cliënt, weergegeven voor alle door de zestien zorgorganisaties ingediende en door het CIZ beoordeelde W&T-indicatieadviezen



Een bewerking van Berenschot van de kwartaalgegevens laat het percentage zien van de door de W&T-organisaties aan het CIZ voorgelegde indicatieadviezen, waarin het CIZ beoordeeld heeft dat er sprake is van een juist indicatiebesluit: 89% over Q4 2016 en 73,5% over Q1 2017. Over de twee kwartalen gezamenlijk komt dit percentage uit op 81,3%. Hierbij gebruiken we de hoofdcategorieën van de CIZ-definitie dat er sprake is van een 'juist besluit' als de toegang tot de Wlz en het best passende zorgprofiel juist is vastgesteld, maar die in dit geval dus op hoofdlijnen zijn beoordeeld in plaats van op het niveau van de subonderdelen zoals weergegeven op pagina 32. De afname in het percentage in Q1 2017 komt overeen met de dip die we zien in figuur 5.4 en 5.5.

### 5.7.2 Steekproefsgewijs dossieronderzoek op door CIZ gestelde indicaties

Ook op de regulier door het CIZ verzorgde indicatiestellingen Wlz wordt intern steekproefsgewijs dossieronderzoek uitgevoerd om te zien of er sprake is van een 'juist besluit'. Hierover wordt per kwartaal aan het Ministerie van VWS gerapporteerd en ook het openbare jaarbericht bevat de uitkomsten van deze interne toetsing. Het CIZ heeft aangegeven dat de interne toetsing op de 'eigen' indicatiebesluiten methodologisch en qua definitie van 'juist besluit' een vergelijkbare opzet heeft als het hierna beschreven steekproefsgewijs dossieronderzoek. De uitkomsten van beide toetsingen zouden daarmee vergelijkbaar zijn. Berenschot heeft dit niet zelf kunnen vaststellen.

Berenschot heeft van het CIZ over de gehele periode van Q1 2016 tot en met Q2 2017 geen informatie ontvangen over de uitkomsten van de interne toetsing op de eigen indicaties van het CIZ. Wel rapporteert het CIZ het percentage juiste reguliere besluiten over de kwartalen Q4 2016 en Q1 2017 in zijn steekproefonderzoek. In beide gevallen bedraagt het percentage juiste besluiten 89%. Uit het openbare jaarbericht over 2016 halen we dat over heel 2016 dit percentage identiek was. Vergelijken we het percentage van 89% met de hiervoor benoemde percentages 'juist besluit' na beoordeling van de door de W&T-organisaties ingediende indicatieadviezen, dan concluderen wij dat over Q4 2016 deze percentages identiek zijn. Over Q1 2017 ligt dit percentage voor de door de zorgorganisaties verzorgde indicatieadviezen wel 15,5% lager dan de 89% van de door CIZ zelf verzorgde indicaties.

### 5.7.3 Uitkomsten steekproefsgewijs dossieronderzoek CIZ

We gaven in hoofdstuk 4 al aan dat het CIZ bij het beoordelen van de juistheid van de ingediende W&T-indicatieadviezen enkel gebruik kan maken van het door de zorgorganisaties aangeleverde format op basis van het onderzoek dat de organisaties verrichten en de informatie die zij daartoe verzameld hebben. Bij reguliere indicatiestellingen verricht het CIZ het onderzoek zelf en beschikt men logischerwijs over meer gegevens. Het CIZ heeft daarom een steekproefsgewijs dossieronderzoek verricht over de periode Q4 2016 tot en met Q1 2017. Dit onderzoek benoemden we eerder in paragraaf 4.3. We bespreken hier enkel het resultaat dat voor het onderzoek van Berenschot het meest relevant is. Voor het volledige onderzoek verwijzen we de lezer naar de openbare rapportage van het CIZ<sup>5)</sup>.

Op basis van het dossieronderzoek stelt het CIZ vast dat, indien het CIZ de beschikking heeft over dezelfde *schriftelijk vastgelegde* informatie omtrent de situatie van cliënten (verzameld met behulp van het door de zorgorganisaties verrichte onderzoek) als de zorgorganisaties, ze slechts bij 44% van de ingediende W&T-indicatieadviezen tot de conclusie komt dat er sprake is

5) CIZ (2017). Uitkomst steekproef. Waardigheid en trots; thema Indiciestelling Q4 2016- Q1 2017. 29 september 2017. Utrecht: CIZ

van een juist besluit. In onderstaande kader is uitgewerkt hoe dit percentage tot stand is gekomen.

Het percentage 'juist besluit' dat het steekproefsgewijs dossieronderzoek van het CIZ heeft opgeleverd, vertegenwoordigt bijna een halvering van het cijfer dat het CIZ vaststelde op het moment dat het enkel beschikte over de door de zorgverleners ter beoordeling aan het CIZ aangeleverde indicatieadviezen. Belangrijke kanttekening die Berenschot maakt bij de uitkomsten van het dossieronderzoek voor wat betreft de W&T-indicaties, is dat niet duidelijk is wat het effect van onvolledige

informatie/dossiers is geweest op het uiteindelijke percentage 'juist besluit'. Het CIZ geeft in zijn rapportage over het dossieronderzoek wel aan dat bij een substantieel deel van de onderzochte indicatiestellingen de bij de organisaties aangetroffen informatie onvolledig of niet juist was, maar neemt deze indicatiestellingen met onvolledige informatiedossiers vervolgens wel mee bij het berekenen van het genoemde kwaliteitspercentage. Hierdoor valt niet goed vast te stellen of het lage percentage vooral beïnvloed wordt door de onvoldoende kwaliteit van de dossiervorming binnen de zorgorganisaties of door onvoldoende kwaliteit bij de indicatiestelling zelf. Dit behoeft volgens Berenschot een nadere onafhankelijke analyse.

### Percentage toegelicht

In het steekproefonderzoek heeft het CIZ voor alle subonderdelen van zijn definitie van een 'juist besluit' (zie paragraaf 4.3) gemeten welk percentage van de door de W&T-zorgorganisaties ingediende indicatieadviezen daaraan voldoet. Een besluit is door het CIZ alleen als juist gedefinieerd indien aan alle subonderdelen is voldaan. Dit percentage baseert het CIZ op een studie van alle dossiers die zijn meegenomen in het steekproefonderzoek, dus ook onvolledige dossiers zijn hierin meegenomen. De conclusie van het CIZ is als volgt (geparafraseerd):

- 1a (grondslagbepaling) bij 68% (N=122) van alle getoetste dossiers (N=180) was de gekozen grondslag juist verwerkt op basis van de aanvullende informatie.
- 1b (24 uur zorg): in 65% (N=117) van alle getoetste dossiers (N=180) was de aanvullende informatie juist verwerkt bij stap 2; permanent toezicht of 24 uur nabij.
- 1c (zorgbehoefte blijvend): in 63% (N=112) van alle getoetste dossiers (N=177) was de aanvullende informatie juist verwerkt bij stap 3; vaststellen van de blijvende zorgbehoefte.
- 1d (uitzondering): wordt niet als aparte post vermeld.
- 2 (best passend zorgprofiel): in 60% (N=103) van alle getoetste dossiers (N=172) is op basis van de aanvullende informatie en het *format* het best passend zorgprofiel gekozen.

Het percentage dossiers waarin al deze aspecten juist zijn, betreft het totaalcijfer van 44%.

### 5.7.4 Samenvatting kwaliteit van de gestelde indicaties

- Op basis van cijfers uit de kwartaalrapportages van het CIZ stelt Berenschot vast dat het percentage 'juist' gestelde indicaties volgens de definitie van het CIZ iets lager ligt voor de door de W&T verzorgde indicaties (81,3%) dan voor de Wlz-indicaties in zijn geheel (89%).
- Op basis van de cijfers uit het steekproefonderzoek van het CIZ is het verschil groter: bij 44% van de door W&T-organisaties verzorgde indicatieadviezen is volgens CIZ sprake van een juist besluit, vergeleken met 89% van de indicaties waar alleen het CIZ betrokken is. Hierbij maken wij de kanttekening dat bij het berekenen van het kwaliteitspercentage van 44% de indicatiestellingen met onvolledige informatiedossiers zijn meegeteld. Hierdoor valt niet goed vast te stellen of het lage percentage vooral beïnvloed wordt door de onvoldoende kwaliteit van de dossiervorming binnen de zorgorganisaties of door onvoldoende kwaliteit bij de indicatiestelling zelf. Dit behoeft volgens Berenschot een nadere onafhankelijke analyse.
- Op basis van de cijfers uit de kwartaalrapportages van het CIZ vindt Berenschot geen verschillen tussen de deelnemende V&V- en VG-organisaties wat betreft de kwaliteit van de gestelde indicaties.
- Er lijkt enige toename in kwaliteit van de ingediende indicaties te bespeuren naarmate organisaties langer deelnemen aan het experiment, maar dit is op basis van de kwantitatieve gegevens niet met zekerheid vast te stellen of te ontcrachten.



## 5.8 (Administratieve) belasting van zorgprofessionals

In de gesprekken met de zestien zorgaanbieders en de zorgorganisaties uit de controlegroep is ook aandacht besteed aan de (administratieve) belasting van zorgprofessionals als het gaat om de reguliere en experimentele manier van indicatiestelling. Hierbij verstaan wij onder 'zorgprofessionals' de medewerkers die direct betrokken zijn bij de zorg aan cliënten en ook de interne behandelaars. Voor de W&T-zorgorganisaties rekenen wij de eigen indicatiestellers in het kader van het experiment niet mee, op hun tijdsbesteding/belasting zijn we in paragraaf 5.5 ingegaan. Kernvraag was of in de beleving van de respondenten het voor de (administratieve) belasting van zorgprofessionals uitmaakt of het om een W&T-indicatie gaat of om een reguliere indicatie. Uit de antwoorden blijkt er op dit punt geen duidelijk definieerbaar verschil te bestaan tussen de experimentele en de reguliere werkwijze. Dit wordt met name veroorzaakt door het feit dat deze zorgprofessionals in beide gevallen veelal een secundaire rol spelen (als beoordelaar of leverancier van informatie) in het proces van de indicatiestelling.

Voor wat betreft de belasting van overige zorgprofessionals maakt het volgens zorgaanbieders niet (veel) uit of zij betrokken worden bij een reguliere indicatie of een W&T-indicatie.

## 5.9 Uitkomsten samengevat binnen het beoordelingskader

Aan het begin van dit hoofdstuk presenteerden we het door ons toegepaste beoordelingskader. Aan de hand van de gepresenteerde gegevens en analyses zijn we per gekozen criterium tot een oordeel gekomen of de W&T-werkwijze dan wel de reguliere werkwijze beter scoort. Voor een aantal criteria hebben we ook vastgesteld dat er geen verschil te zien is tussen beide werkwijzen. Zoals eerder aangegeven drukken we de scores van de vergeleken werkwijzen (W&T en regulier) in een gedetailleerde en per criterium specifieke eenheid uit (zie tabel 5.5).

In Tabel 5.10 vatten we het oordeel van Berenschot per criterium kwantitatief samen. Uit de tabel blijkt dat de experimentele wijze van indicatiestellen gunstiger scoort dan de reguliere wijze wat betreft de wachttijd tot het definitieve besluit, de belasting van cliënten en de tijdsbesteding die het CIZ per indicatie gemiddeld kwijt is. De reguliere wijze scoort gunstiger wat betreft de tijdsbesteding die de zorgorganisaties gemiddeld per indicatie kwijt zijn en wat betreft de kwaliteit van de indicaties volgens de definitie 'juist besluit' die het CIZ hanteert. De alternatieven zijn volgens Berenschot gelijkwaardig op de criteria algehele cliënttevredenheid en de belasting van zorgprofessionals. Onder de tabel geven wij een nadere toelichting op onze beoordeling.

Tabel 5.5 vergelijking W&amp;T- en reguliere werkwijze per criterium

	EENHEID <sup>6)</sup>	INDICATIESTELLING W&T	REGULIERE INDICATIESTELLING DOOR HET CIZ
<b>Criteria</b>			
<b>Cliënttevredenheid</b>	Rapportcijfer	7,47	7,35
<b>(Administratieve) belasting van cliënten</b>	--/++	-+	-+
<b>Snelheid van indicatiestelling</b>	Aantal dagen tussen datum aanvraag en datum indicatiestelling	40% < 48 uur, 80% < 14 dagen	11% < 48 uur, 26% < 14 dagen
<b>Gemiddelde tijdsbesteding per indicatiestelling bij zorgorganisaties</b>	Uren	4-6 nieuwe indicatie, 2-3 herindicatie	2-3 nieuwe indicatie, 1-2 herindicatie
<b>Gemiddelde tijdsbesteding per indicatiestelling bij CIZ</b>	Minuten	30	90 V&V, 120 GHZ
<b>Juist vaststellen 'toegang tot Wlz' en 'best passende zorgprofiel'</b>	% juist besluit conform definitie CIZ (Q4 2016 en Q1 2017)	81,3% (op basis van beoordeling van ingediende indicatieadviezen) 44% (op basis van steekproefsgewijs dossieronderzoek CIZ naar ingediende indicatieadviezen)	89% (op basis van steekproefsgewijs dossieronderzoek op eigen indicatiestellingen)
<b>Administratieve belasting zorgprofessionals</b>	--/++	-/+	-/+

Toelichting oordelen in tabel 5.5

#### **Cliënttevredenheid**

Uit de analyse van het rapportcijfer dat cliënten in de enquête gaven aan hun ervaring van het totale proces van indicatiestelling, bleek er geen significant verschil te bestaan tussen de gemiddelde rapportcijfers van cliënten die W&T of regulier geïndiceerd waren.

#### **Belasting van cliënten**

Geherindiceerde respondenten die buiten W&T-zorgorganisaties op de reguliere wijze zijn geïndiceerd, geven minder vaak aan de procedure van indicatiestelling als nauwelijks tot helemaal niet belastend te ervaren dan geherindiceerde respondenten die onder W&T geïndiceerd zijn. Berenschot concludeert op basis hiervan dat voor deze groep cliënten de W&T-procedure

lijkt te leiden tot een verlaging in ervaren belasting. Respondenten die buiten W&T-zorgorganisaties op de reguliere wijze zijn geïndiceerd, geven vaker aan de procedure van indicatiestelling als redelijk tot erg belastend te ervaren dan cliënten binnen W&T-zorgorganisaties. Het is echter onduidelijk of dit door het experiment wordt veroorzaakt.

#### **Snelheid van indicatiestelling**

In het geval van de experimentele werkwijze ontvangen cliënten in 40% van de gevallen binnen twee dagen hun definitieve indicatiebesluit en in 80% van de gevallen binnen twee weken na aanmelding in Portero. In het geval van de reguliere wijze ontvangen cliënten in 11% van de gevallen binnen twee dagen na het eerste contact hun definitieve besluit en in 26% van de gevallen binnen twee weken. Berenschot acht het voldoende aangetoond dat, ondanks het niet meenemen van het onderzoek in het cijfer voor de experimentele werkwijze (zie paragraaf 5.4.1), de gemiddelde doorlooptijd van de indicatiestelling onder de experimentele werkwijze korter is dan onder de reguliere.

6) Waarin --/++ staat voor een vijfpuntsschaal, lopend van (zeer) negatief, via neutraal, tot (zeer) positief.

### ***Gemiddelde tijdsbesteding per gestelde indicatie in uren bij zorgorganisaties***

De zorgorganisaties gaven aan fors meer tijd kwijt te zijn per gestelde indicatie onder de experimentele werkwijze ten opzichte van de reguliere, waardoor de balans in het voordeel van de reguliere werkwijze uitvalt.

### ***Gemiddelde tijdsbesteding in uren per gestelde indicatie bij het CIZ***

Het CIZ gaf aan minder tijd kwijt te zijn per gestelde indicatie onder de experimentele werkwijze ten opzichte van de reguliere, waardoor de balans in het voordeel van de experimentele werkwijze uitvalt. Daarbij merkt Berenschot op dat het moeilijk is de extra tijdsinvestering die het CIZ kwijt is aan secundaire aan het experiment gerelateerde activiteiten te kwantificeren. Deze is daarom niet meegenomen in dit cijfer.

### ***Percentage 'juist' besluit***

De score 'juist besluit' onder de experimentele werkwijze valt zowel op basis van de kwartaalrapportage van het CIZ (81%) als op basis van het steekproefonderzoek van het CIZ (44%) nadelig uit ten opzichte van de score onder de reguliere werkwijze zoals vastgesteld in het steekproefonderzoek naar de eigen indicatiestellingen van het CIZ (89%) over het vierde kwartaal 2016 en het eerste kwartaal 2017. Berenschot stelt op basis van deze gegevens vast dat het aannemelijk is dat de kwaliteit van de reguliere indicaties (uitgedrukt in percentage 'juist besluit') zoals beoordeeld door het CIZ met de door deze organisatie gehanteerde definitie, hoger ligt dan die van de indicatieadviezen zoals ingediend onder het experiment.

### ***Administratieve belasting zorgprofessionals***

Op basis van het onderzoek stelt Berenschot vast dat het er geen duidelijk definieerbaar verschil bestaat tussen de experimentele en de reguliere werkwijze voor wat betreft de belasting van zorgprofessionals. Dit wordt met name veroorzaakt door het feit dat deze professionals in beide gevallen veelal een secundaire rol spelen (als beoordelaar of leverancier van informatie) in het proces van de indicatiestelling.



# Verbeterpunten volgens de experimentpartijen

## Hoofdstuk 6

In de gesprekken die wij met de experimentpartijen hebben gevoerd, hebben de betrokkenen ons een aantal verbeterpunten benoemd die zij of anderen moeten oppakken als de experimentele werkwijze wordt doorgezet na 2017. In dit hoofdstuk beschrijven wij deze aangedragen verbeterpunten, geordend naar vier thema's.



## 6.1 Stroomlijning documentatie en verbetering technische ondersteuning

De werkwijze indicatiestelling W&T is een experiment. Logischerwijs zijn systemen nog niet volledig ingericht om deze werkwijze te ondersteunen. Dit resulteert in een aantal duidelijke verbetermogelijkheden. Waar de betrokken partijen met name tegenaan lopen, is dat de achterliggende documentatie voor de indicatiestelling, die intern worden opgevraagd bij onder andere behandelaren, niet goed aansluit bij de informatie die ingevuld dient te worden in Portero. Dit is de voornaamste oorzaak voor het hoge percentage onvolledige dossiers (50%) dat het CIZ heeft geïdentificeerd tijdens het steekproefonderzoek. De zorgorganisaties geven aan sterk behoefte te hebben aan duidelijke en volledige richtlijnen omtrent dossiervorming, met minder ruimte voor vrije vertaling, zodat ze beter in staat zijn volledige dossiers aan te leggen. Hiertoe kan ook de interne administratie bij de zorgorganisaties verbeteren, zodat de benodigde informatie op één plek te vinden is, bijvoorbeeld in het ECD.

De technische ondersteuning kent een aantal kinderziektes. Documenten worden nu als zipfile verstuurd om te voldoen aan de privacyeisen voor cliëntgegevens. Een foutgevoelige en inefficiënte methode. Er is een online omgeving nodig waar

gegevens automatisch veilig kunnen worden ingevoerd. Ook moeten organisaties soms informatie in Portero dubbel invoeren, of verouderde informatie eerst wissen. Door de technische ondersteuning te verbeteren, is er een aanzienlijke efficiencywinst te behalen.

## 6.2 Collectieve standaardisatie

Uit de interviews blijkt dat zorgorganisaties gedurende het project steeds beter worden in de werkwijze Indiciestelling W&T. Dit blijkt volgens de zorgorganisaties ook uit het feit dat een aantal van hen gedurende het project in hogere levels terecht zijn gekomen. Wel is er geregeld sprake van individuele verschillen tussen indicatiestellers. Bijvoorbeeld in de wijze waarop ze informatie opvragen bij medewerkers dan wel ketenpartners, of in de manier waarop ze het format invullen. Zorgorganisaties moeten toewerken naar meer interne standaardisatie. Bijvoorbeeld door een intern level-systeem in te richten, zoals één van de zorgorganisaties heeft gedaan. Daar wordt per indicatiesteller de percentages conformiteit van de ingediende indicaties bijgehouden. Hoge scores betekenen een hoger level met meer autonomie.

Ook de standaardisatie binnen het CIZ kan verbeteren. Vanuit het CIZ zijn vijf beoordelaars betrokken bij het indicatiestellen

W&T, met elk een vaste groep zorgaanbieders voor wie ze de controles uitvoeren. Uit het onderzoek blijken de beoordelaars het format op verschillende manieren te toetsen, waarbij er sprake is van 'strengere' en 'coulante' beoordelaars. Dit kwam naar voren toen bij een aantal organisaties de vaste beoordelaar tijdelijk vervangen werd en bij het uitwisselen van ervaringen tussen de deelnemers. Zorgorganisaties geven aan gedurende het project de *stijl* van hun beoordelaar te herkennen, waarbij een bepaalde woordkeus een rol speelt. Enige vorm van variatie tussen mensen is waarschijnlijk niet uit te sluiten, toch zou de beoordeling vanuit het CIZ zo uniform mogelijk moeten zijn: verschillen moeten worden geminimaliseerd, bijvoorbeeld door geen vaste beoordelaar meer toe te wijzen aan een aantal zorgaanbieders maar te rouleren.

Verder kunnen het CIZ en zorgorganisaties onderling meer op één lijn komen op het gebied van enerzijds interpretatie van beleidsregels en anderzijds het ziektebeeld/zorgvraag van de cliënt. Bijvoorbeeld door het delen van kennis en expertise.

### 6.3 Gelijkwaardigheid in relatie zorgaanbieders en CIZ

Het merendeel van de zorgorganisaties geeft aan de relatie met het CIZ als ongelijkwaardig te hebben ervaren. Er lijkt in die gevallen meer sprake van een beoordelingsrelatie dan van een samenwerkingsrelatie. Wanneer de indicatie is ingediend, heeft men het gevoel te moeten wachten op het oordeel van het CIZ. Als het format vervolgens niet naar behoren is ingevuld, wordt dit gelijk meegenomen in de scores waarmee het level van de organisatie wordt bepaald. Bij een aantal zorgaanbieders was dit niet aan de orde. Daar had men juist het gevoel dat er samen werd opgetrokken met de beoordelaar van het CIZ om een zo goed mogelijke indicatie af te geven en als er sprake was van onduidelijkheid kon dit snel en telefonisch worden opgelost.

Het CIZ geeft aan zelf ook eerder betrokken te willen worden, zodat er een dialoog kan starten over de juiste indicatie in plaats van alleen een controle achteraf. Het CIZ geeft wel aan meer volledige gegevens nodig te hebben om op basis van dezelfde informatie het juiste oordeel te kunnen vellen. Eén zorgorganisatie stelt intervisie voor als middel om een meer gelijkwaardige relatie te bewerkstelligen. Hierbij kunnen het CIZ en de zorgaanbieders aan de hand van een casus van elkaar leren en elkaar beter gaan begrijpen.

### 6.4 Waarborging specialistische kennis van het indicatieproces

Uit het onderzoek is gebleken dat indicatiestelling de nodige kennis en competenties vereist. De indicatiestellers van de verschillende zorgorganisaties bouwen expertise op naarmate ze meer indicaties hebben ingediend. Wanneer binnen de organisatie een klein team verantwoordelijk is voor het opstellen en indienen van de indicatie, is dit leerproces het meest efficiënt. De meerderheid van de zorgorganisaties heeft het indicatieproces dan ook met een klein team ingericht. Dit vormt echter een gevaar voor de continuïteit. Bijvoorbeeld wanneer een teamlid een periode afwezig is of van baan wisselt, valt daarmee ook een aanzienlijk deel van de expertise weg. Tot nu toe is hiervoor nog geen borgingsproces ingericht, dit is wel wenselijk.

Verder is het belangrijk om ook de specialistische kennis rondom wet- en regelgeving up-to-date te houden, zeker omdat er op het gebied van beleidsregels met enige regelmaat wijzigingen plaatsvinden. Zorgorganisaties zijn in de veronderstelling dat het CIZ nieuwe kennis deelt met de eigen indicatiestellers door middel van sessies. Het CIZ geeft echter aan geen interne trainingen te verzorgen voor (nieuwe) indicatiestellers, ze leren de methodiek vanuit de beleidsregels en worden op de werkvloer gecoacht. Via het vierogen principe leren zij van de ervaringen van collega's.



# Conclusies en randvoorwaarden voor een eventueel vervolg

## Hoofdstuk 7

Aan het begin van deze rapportage beschreven we het doel van dit onderzoek: het vergaren van objectieve kennis die het Ministerie van VWS en andere betrokken partijen helpt bij het maken van een weloverwogen keuze of het experiment met de indicatiestelling wel of niet gecontinueerd dan wel uitgebreid moet worden.





We presenteren daarbij een set onderzoeksvragen die kennis omtrent de voor- en nadelen van het experiment bezien vanuit het perspectief van de belangrijkste stakeholders (cliënt, zorgorganisaties en het CIZ) dienden op te leveren. In de hoofdstukken 3 tot en met 5 presenteren we de empirische resultaten met behulp waarvan de onderzoeksvragen kunnen worden beantwoord. In bijlage 1 geven we kort antwoord op de 21 onderzoeksvragen.

In dit hoofdstuk presenteren we bondig de overall-conclusies die Berenschot trekt op basis van de onderzoeksresultaten. We sluiten af met een paragraaf over de noodzakelijke randvoorwaarden die de experimentpartijen hebben benoemd, mocht besloten worden om het experiment te continueren of uit te breiden.

## 7.1 Overall-conclusies

Aan het eind van hoofdstuk 5 vatten we de uitkomsten van het onderzoek samen in het beoordelingskader. Daaruit bleek de experimentele wijze van indicatiestelling gunstiger te scoren dan de reguliere wijze wat betreft de wachttijd tot het definitieve besluit, de belasting van cliënten en de tijdsbesteding die het CIZ per indicatie gemiddeld kwijt is. De reguliere wijze scoort

gunstiger wat betreft de tijdsbesteding die de zorgorganisaties gemiddeld per indicatie kwijt zijn en wat betreft de kwaliteit van de indicaties volgens de definitie 'juist besluit' van het CIZ. Berenschot heeft geen specifiek gewicht gehecht aan elk van deze verschillende aspecten: het is aan het ministerie en de betrokken partijen om te bepalen hoe zwaar deze wegen en wat uiteindelijk als meest gunstige beleidsalternatief wordt beschouwd: doorgaan/uitbreiden van het experiment of ermee stoppen.

Per stakeholder maakt Berenschot als volgt de balans op.

## 7.2 Gevolgen van de experimentele werkwijze voor de cliënt

### 1. Cliënten hebben onder de experimentele werkwijze eerder duidelijkheid omtrent het besluit

Berenschot vindt voldoende bewijs in het onderzoek dat de W&T-wijze van indicatiestelling ten opzichte van de reguliere werkwijze leidt tot een aanzienlijk korter proces vanaf het eerste contact met de cliënt tot afgifte van het definitieve besluit. Dit blijkt uit objectieve gegevens en ook cliënten lijken het als zodanig te ervaren. Voor wat betreft de perceptie van cliënten

kan niet worden uitgesloten dat dit aan de werkwijze (dienstverlening) van de deelnemende zorgorganisaties ligt en niet per se aan de experimentele werkwijze.

## 2. Respondenten van W&T-zorgorganisaties ervaren hun indicatiestelling minder vaak als belastend

Deelnemers aan de cliëntenenquête die cliënt zijn bij W&T-zorgorganisaties geven minder vaak aan hun indicatiestelling als belastend te ervaren dan deelnemers die buiten W&T-zorgorganisaties regulier zijn geïndiceerd. Berenschot vond geen verschil tussen de wijze van indicatiestelling (experimenteel of regulier) binnen de W&T-zorgorganisaties voor wat betreft deze ervaring. Dit lijkt dus vooral beïnvloed te worden door de kwaliteit van de algehele dienstverlening vanuit de W&T-zorgorganisaties. Zoals eerder aangegeven, kan op basis van de respons niet met zekerheid geconcludeerd worden dat de (niet) gevonden verschillen representatief zijn voor heel Nederland. Wel concludeert Berenschot dat het verschil dermate groot is (8,4% W&T-experimenteel, 6,3% W&T-regulier, 20,8% buiten W&T) dat het aannemelijk is dat er ook echt een verschil bestaat.

## 3. Persoonlijk contact in de vorm van het huisbezoek hangt samen met het oordeel van cliënten

Berenschot vond op basis van de enquêteresultaten een correlatie tussen de vraag of cliënten zich het huisbezoek herinneren, het oordeel dat ze velden over de manier waarop met hen is omgegaan en het rapportcijfer dat ze geven aan hun totale ervaring. Dit staat los van de wijze waarop een cliënt geïndiceerd is (experimenteel versus regulier). Let wel: het gaat hier niet per se om de vraag of een huisbezoek al dan niet heeft plaatsgevonden, maar om de vraag of een cliënt het zich herinnert. Berenschot concludeert op basis hiervan dat het erop lijkt dat persoonlijk contact belangrijk is voor de ervaring van een cliënt met het proces.

## 4. Of en zo ja hoe de experimentele werkwijze de keuzevrijheid van de cliënt beïnvloedt, is onduidelijk

Op basis van de antwoorden uit de enquête stelde Berenschot een significant verschil vast binnen W&T-organisaties tussen cliënten die via de experimentele wijze en zij die via de reguliere weg zijn geïndiceerd: de eerste categorie ervoer meer keuzevrijheid. Dit verschil zet zich echter niet door buiten de organisaties, en is dus niet zonder meer toe te wijzen aan de experimentele werkwijze. Vrijwel alle zorgorganisaties gaven gedurende interviews aan cliënten gedurende het proces expliciet

te wijzen op hun keuzevrijheid, terwijl sommige organisaties aangaven de W&T-procedure alleen in gang te zetten als cliënten al gekozen hadden. Het CIZ en het Zorginstituut geven in interviews aan het risico op een afname in keuzevrijheid wel te zien als bijeffect van de experimentele indicatieprocedure. Berenschot ziet op basis van het onderzoek geen reden om aan te nemen dat de keuzevrijheid van cliënten als gevolg van de werkwijze wordt belemmerd, maar kan dit op basis van de huidige resultaten ook niet verwerpen.

## 7.3 Gevolgen van en opvattingen over het experiment gezien vanuit zorgorganisaties

### 1. Deelnemende zorgorganisaties voelen zich in staat gesteld klantvriendelijker te werken

De W&T-wijze van indiceren biedt volgens de geïnterviewde vertegenwoordigers de mogelijkheid om klantvriendelijker om te gaan met cliënten. Dit wordt veroorzaakt door twee factoren:

- De experimentele werkwijze stelt de organisaties in staat om de cliënt te voorzien van één gezicht dat van begin tot eind bij het proces betrokken is.
- Met behulp van de experimentele werkwijze kan het proces van indicatiestelling synchroon worden georganiseerd met het oriëntatieproces dat veel zorgorganisaties hebben ingericht. Hierbij wordt samen met de cliënt op een laagdrempelige en begrijpelijke manier bekeken welke zorg de cliënt nodig heeft.

### 2. De W&T-werkwijze gaat voor deelnemende zorgorganisaties gepaard met een aanzienlijke extra tijdsinvestering per indicatie

Enkel gekeken naar de tijdsinvestering die direct is toe te wijzen aan individuele indicaties, constateert Berenschot een forse toename (ongeveer een verdubbeling) van het aantal uren dat zorgorganisaties steken in het voorbereiden van de aanvragen onder de experimentele werkwijze. Wel hoeven organisaties als gevolg van de experimentele werkwijze minder lang te wachten op het definitieve indicatiebesluit.

### 3. Toename in belasting levert meer regie over het proces op

Tegenover de additionele tijdsinvestering en belasting die gepaard gaat met de W&T-werkwijze, staat volgens de zorgorganisaties een zeer wenselijke toename in regie over

het proces van de indicatiestelling. Deze toename in regie zorgt er volgens hen voor dat besluiten sneller kunnen worden afgegeven, er beter kan worden geschakeld met ketenpartners en de benodigde zorg sneller kan worden verleend. Dit nadeel en voordeel tegen elkaar afwegende zijn de deelnemende zorgorganisaties positief gestemd.

#### 4. **Zorgorganisaties die aan het experiment deelnemen, zijn unaniem voor voortzetting van de W&T-werkwijze**

Alle deelnemende zorgorganisaties geven in interviews aan voorstander te zijn van voortzetting van de ERAI-werkwijze, zij het onder voorwaarden (zie verbeterpunten en randvoorwaarden).

#### 5. **Organisaties die niet deelnemen aan het experiment, oordelen terughoudender over de experimentele werkwijze**

Berenschot sprak vijf organisaties die op dit moment niet deelnemen aan het experiment. Deze organisaties hebben twijfels bij een bredere uitrol van de W&T-werkwijze. Ze erkennen de voordelen van toegenomen regie voor de organisatie en een sneller indicatiebesluit, maar vragen zich af of de zorgorganisaties de verantwoordelijkheid van het indiceren wel aankunnen. Dit kent twee oorzaken:

- Men vraagt zich af of zorgorganisaties wel in staat kunnen worden geacht om continu gedurende een langere periode indicatieadviezen op te stellen van voldoende kwaliteit.
- Men constateert dat bij de experimentele werkwijze de indicatiestellers altijd in dienst zijn van een zorgorganisatie, die mogelijk ook een eigen financieel belang heeft bij de uitkomst van de indicatiestelling. Daardoor kan het proces van indicatiestelling nooit zo onafhankelijk georganiseerd worden als nu het geval is door het CIZ als onafhankelijke derde tussen de cliënt en de zorgorganisatie.

Het CIZ deelt deze twijfels (zie paragraaf 7.4).

## 7.4 **Gevolgen van en opvattingen over het experiment zoals gezien door het CIZ**

### 1. **De W&T-werkwijze gaat voor het CIZ gepaard met een aanzienlijke daling in tijdsinvestering per indicatie, maar leidt niet vanzelfsprekend tot een algehele daling**

Alleen gekeken naar de tijdsinvestering die direct is toe te wijzen aan *individuele indicaties*, neemt de tijdsinvestering

van het CIZ fors af onder de W&T-werkwijze ten opzichte van de reguliere werkwijze. Wanneer gekeken wordt naar het *totale beeld*, neemt de tijdsinvestering voor het CIZ echter toe vanwege de continue tijdsinvestering die nodig is voor het begeleiden van de indicatiestellers en de extra tijd die men steekt in aanvragen die in eerste instantie volgens de W&T-werkwijze maar in tweede instantie alsnog regulier worden ingediend.

### 2. **Het CIZ ervaart een risico met betrekking tot de kwaliteit van gestelde indicaties**

In zijn steekproefonderzoek concludeert het CIZ dat de W&T-zorgorganisaties in slechts 44% van de onderzochte gevallen een 'juist besluit' hadden ingediend. Deze conclusie baseert het CIZ op een analyse van alle achterliggende schriftelijke documentatie van de zorgorganisaties die zij hebben gebruikt bij het opstellen van de bij CIZ ingediende indicatieadviezen. Berenschot constateert op basis van de kwartaalrapportages van het CIZ, die is opgesteld op basis van geringere documentatie van de zorgorganisaties (slechts de bij CIZ ingediende indicatieformats), een percentage 'juist besluit' van 81%. Desgevraagd geeft het CIZ aan sterk te twifelen aan de mogelijkheid om de kwaliteit van de door de zorgorganisaties gestelde indicaties op de lange termijn te borgen. Berenschot is hier niet direct van overtuigd, omdat in het steekproefonderzoek de analyse ontbreekt of vooral de onvolledige dossiervorming bij zorgorganisaties het door CIZ lage percentage 'juist besluit' heeft bepaald, of dat de zorgorganisaties het proces van indicatiestelling echt niet hoogwaardig kunnen uitvoeren.

### 3. **Het CIZ twijfelt aan de onafhankelijkheid van indicatieadviezen onder de W&T-werkwijze**

Volgens de geïnterviewde indicatiestellers van het CIZ is het niet mogelijk de onafhankelijkheid van de indicatieadviezen onder de W&T-werkwijze te garanderen. Men heeft op basis van ervaring het vermoeden dat dit in de praktijk zo nu en dan leidt tot druk op de indicatiestellers van de organisaties. Het CIZ erkent dat belegging van de indicatiestelling op één centrale plek in de organisatie, waar indicatiestellers niet direct onder invloed staan van zorgverleners en coördinatoren, de onafhankelijkheid ten goede komt. Toch acht men de onafhankelijkheid in deze situatie suboptimaal.

#### 4. Het CIZ oordeelt niet op voorhand positief over voortzetting van de W&T-werkwijze

De geïnterviewde respondenten van het CIZ (indicatiestellers, hoofd onderzoek en analyse, strategisch adviseur en directeur) oordelen op basis van de hiervoor beschreven twijfels niet op voorhand positief over voortzetting van de W&T-wijze of verdere uitrol ervan.

## 7.5 Randvoorwaarden bij continueren of uitbreiden van het experiment

We hebben het CIZ en de zestien zorgorganisaties tot slot ook gevraagd wat noodzakelijke randvoorwaarden zijn mocht besloten worden om het experiment te continueren of uit te breiden. Hieronder volgen de antwoorden op deze vraag.

### *Perspectief CIZ*

Uit de interviews met het CIZ blijkt dat de organisatie weinig tot geen voordelen ziet in de experimentele werkwijze. De tijdwinst die ermee wordt geboekt, gaat volgens het CIZ ten koste van de kwaliteit en onafhankelijkheid van de indicaties. Daarnaast blijft volgens het CIZ het risico op beperking van de keuzevrijheid bij nieuwe cliënten bestaan. Ze vrezen bijvoorbeeld dat wanneer een cliënt wordt geïndiceerd door een zorgaanbieder, hij niet wordt geïnformeerd over het PGB. Het CIZ ziet in dat dit bij herindicaties niet aan de orde is en is daarom positiever gestemd over de experimentele werkwijze bij herindicaties. Bij voortzetting van het experiment ziet het CIZ het dan ook als een betere optie om de experimentele werkwijze alleen toe te staan voor herindicaties. Daarbij tekent het CIZ nog aan dat in dat geval de kwaliteit en onafhankelijkheid het beste geborgd kunnen worden door het proces van indicatiestelling centraal te beleggen, met een klein team dat zelf geen klantcontact heeft en zich enkel bezighoudt met indicatietaken. Daarnaast geeft het CIZ aan bij continuering strikter te moeten toetsen.

### *Perspectief zorgorganisaties*

Zorgorganisaties zien zoals besproken in hoofdstuk 3 wel aanzienlijke voordelen in de werkwijze Indicatiestelling W&T. De zestien deelnemers hopen dan ook sterk na het eindigen van het experiment te mogen doorgaan met deze werkwijze. De zorgorganisaties noemen een aantal voorwaarden voor continuering. Ten eerste vinden de meeste organisaties dat het indicatieproces centraal moet worden belegd, waarbij expliciet rekening wordt gehouden met het waarborgen van een onafhankelijk oordeel en de opbouw en deling van kennis van de Wlz, de profielen en onderliggende ziektebeelden. De meningen zijn verdeeld over de vraag of de indicatiestellers zelf wel of geen klantcontact zouden moeten hebben. Voorstanders van klant-

contact beargumenteren dat op die manier de zorgsituatie het best kan worden vertaald naar een passende indicatie. De meerderheid is er echter van overtuigd dat het *onafhankelijker* is om indicatietaken te scheiden van het klantcontact en dat dit argument zwaar meetelt.

Ten tweede blijft het volgens zorgorganisaties belangrijk om van buiten een vorm van *countervailing power* (tegenmacht) te organiseren op de indicatiestelling door zorgorganisaties zelf. Men ziet met andere woorden een blijvende toetsende rol van het CIZ in het indicatieproces. Deze toets door het CIZ op door de zorgaanbieders voorbereide indicaties kan volgens zorgorganisaties het beste achteraf plaatsvinden. Bijvoorbeeld doordat het CIZ hier steekproefsgewijs onderzoek naar doet. Tijdens de interviews was in dat licht herhaaldelijk de uitspraak 'high trust, high penalty' te horen. Richt het systeem in vanuit vertrouwen, maar mocht dit vertrouwen worden beschaamd, treed dan ook hard op. Voor controle achteraf door het CIZ zijn duidelijke richtlijnen en procedures nodig over welke documentatie gearchiveerd moet worden en aan welke eisen deze moet voldoen.

Tot slot moeten zorgorganisaties systematisch rekening houden met de bijkomende tijdsinvestering van de werkwijze Indicatiestelling W&T. De verantwoordelijke medewerkers moeten voldoende ruimte hebben in hun rooster om de indicatietaken te kunnen uitvoeren. Daarnaast is het belangrijk dat de medewerkers voldoende geschoold zijn om de indicatietaken te kunnen uitvoeren, wat betreft algemeen kennisniveau en kennisniveau op het gebied van zorg.

# Bijlage 1: Beantwoording onderzoeksvragen

In deze bijlage beantwoorden wij de 21 onderzoeksvragen die het Ministerie van VWS ons voor deze evaluatieopdracht heeft meegegeven. Dit doen we op basis van de onderzoeksbevindingen die in de hoofdtekst van dit rapport zijn beschreven. Wij zullen daarom hier de verschillende onderzoeksvragen slechts kort beantwoorden, en vooral verwijzen naar de vindplaats van nadere informatie elders in het rapport.

## Perspectief cliënten

1. Wat zijn de ervaringen van cliënt en diens mantelzorgers met de werkwijze Indicatiestelling W&T? Wat is het oordeel van de cliënt, als de cliënt daartoe in staat is?

Gemiddeld genomen oordelen de cliënten en mantelzorgers die aan het onderzoek deelnamen gelijkwaardig over de werkwijze indicatiestelling W&T ten opzichte van de reguliere werkwijze.

2. Welke verschillen in belasting (emotioneel en in tijd) ervaren de cliënt en diens mantelzorgers bij tussen de werkwijze Indicatiestelling W&T en de reguliere werkwijze?

Cliënten hebben onder de experimentele werkwijze eerder duidelijkheid omtrent het besluit. Respondenten van W&T-zorgorganisaties ervaren hun indicatiestelling minder vaak als belastend. Persoonlijk contact in de vorm van het huisbezoek hangt samen met het oordeel van cliënten.

3. Hoe is de keuzevrijheid van de cliënt geborgd bij het gebruik van deze werkwijze en wat is het oordeel van de cliënt daarover? In hoeverre is men op de hoogte dat men altijd (nog) de aanvraag door het CIZ kan laten afhandelen en waarom men hiervoor zou kiezen<sup>7)</sup>?

Op basis van de antwoorden uit de enquête stelde Berenschot een significant verschil vast binnen W&T-organisaties tussen cliënten die via de experimentele wijze

en zij die via de reguliere weg zijn geïndiceerd: de eerste categorie ervoer meer keuzevrijheid. Dit verschil zet zich echter niet door buiten de organisaties, en is dus niet zonder meer toe te wijzen aan de experimentele werkwijze. Berenschot ziet op basis van het onderzoek geen reden om aan te nemen dat de keuzevrijheid van cliënten als gevolg van de werkwijze wordt belemmerd, maar kan dit op basis van de huidige resultaten ook niet verwerpen.

4. Wat zijn de ervaringen met deze werkwijze ten opzichte van de reguliere procedure voor cliënten die Wlz-zorg nodig hebben, aansluitend op eerstelijnsverblijf of geriatrische revalidatiezorg?

Door de regie op het proces van indicatiestelling te hebben, kan de zorgorganisatie het proces zo vlug mogelijk laten verlopen en kunnen middelen relatief sneller worden verkregen en ingezet. Dit voordeel doet zich in het bijzonder voor bij cliënten voor wie vanuit een eerstelijnsverblijf toegang tot de Wlz wordt aangevraagd: hier is bij uitstek snelheid geboden.

## Perspectief van de zestien zorgaanbieders

5. Kan de verpleegzorg thuis snel starten met behulp van de werkwijze Indicatiestelling W&T? Is dit een versnelling ten opzichte van de reguliere procedure?
6. Als de cliënt niet thuis kan blijven wonen, bewerkstelligt de werkwijze Indicatiestelling W&T dan een snelle(re) overgang van thuis naar opname in een zorgorganisatie?

Voor beide groepen cliënten geldt: ze hebben onder de experimentele werkwijze eerder duidelijkheid omtrent het besluit. Zorgorganisaties geven daarnaast aan dat op het moment dat er een plek vrij komt en een cliënt kenbaar heeft gemaakt 'in zorg' te willen, ze snel kunnen schakelen met de cliënt, diens mantelzorgers en andere zorgverleners om een indicatie-advies voor te leggen aan het CIZ. Op deze manier wordt efficiëntiewinst geboekt in het verkorten van de eigen wachtlijsten die zorgorganisaties blijken bij te houden. Het gaat hier zeker niet om de (regionale) wachtlijsten bijgehouden door zorgkantoren.

7) Hierbij lijkt het belangrijk dat de cliënt het verschil tussen de procedures is uitgelegd.

7. Hoe hebben zorgorganisaties de werkwijze georganiseerd? Doen zich daarin verschillen voor tussen de zestien zorgaanbieders? Wat hebben zorgaanbieders hierin van elkaar geleerd?

Zie hoofdstuk 3 voor een volledige toelichting. Belangrijkste keuze bij het organiseren van de W&T-werkwijze is of deze centraal of decentraal belegd wordt. De meeste organisaties beleggen het centraal, een paar decentraal. Centrale belegging geniet volgens Berenschot op basis van het onderzoek de voorkeur. Ervaringen worden zowel landelijk als regionaal gedeeld.

8. Welke kennis heeft de zorgaanbieder nodig om op betrouwbare wijze indicaties te stellen? Hoe verkrijgt de zorgaanbieder deze kennis? Wat is de rol van het CIZ hierin geweest?

Zie paragraaf 3.3 voor een volledig overzicht van de benodigde kennis. Samengevat gaat het om 1) kennis omtrent de Wlz en de beleidsregels, 2) kennis van zorgprofielen en hoe deze overeenkomen met ziektebeelden van cliënten en 3) de capaciteit om indicatieadviezen systematisch in te dienen. Kennis wordt zowel landelijk als regionaal gedeeld tussen zorgorganisaties. Het CIZ en de themacoördinator hebben tevens kennisdeling gefaciliteerd in bijeenkomsten.

9. Wat zijn de ervaringen van de zorgaanbieder? Wat merkt de zorgaanbieder ervan, wat kost het de zorgaanbieder aan tijd, inzet en geld, wat levert het de zorgaanbieder op?

Deelnemende zorgorganisaties voelen zich in staat gesteld klantvriendelijker te werken. De W&T-werkwijze gaat voor deelnemende zorgorganisaties gepaard met een aanzienlijke extra tijdsinvestering per indicatie. Tegenover deze toename in belasting staat volgens de zorgorganisaties een wenselijke toename in regie over het proces.

10. Welk beeld hebben zorgaanbieders van de rol van het CIZ bij het experiment?

Het merendeel van de zorgorganisaties geeft aan de relatie met het CIZ als ongelijkwaardig te hebben ervaren. Er lijkt in die gevallen meer sprake van een beoordelingsrelatie dan van een samenwerkingsrelatie. Wanneer de indicatie is ingediend, heeft men het gevoel te moeten wachten op het oordeel van het CIZ. Als het format vervolgens niet naar behoren is ingevuld, wordt dit gelijk meegenomen in de scores waarmee het level van de

organisatie wordt bepaald. Bij een aantal zorgaanbieders was dit niet aan de orde. Daar had men juist het gevoel dat er samen werd opgetrokken met de beoordelaar van het CIZ om een zo goed mogelijke indicatie af te geven en als er sprake was van onduidelijkheid kon dit snel en telefonisch worden opgelost.

11. Welke neveneffecten treden er volgens zorgaanbieders op in de praktijk? Hoe beoordelen ze deze neveneffecten?

Veel geïnterviewden geven aan dat het experiment de kennis en het bewustzijn van zorgprofielen (hoe deze zich verhouden tot de feitelijk te verlenen zorg en de wensen van cliënten) organisatiebreed vergroot. Een tweede neveneffect dat een aantal respondenten noemt, is verbetering van de samenwerking met ketenpartners (huisarts, wijkverpleegkundige, etc.) omdat men elkaar intensiever spreekt rondom indicaties en er een vertrouwensband ontstaat. Tevens ervaren sommige zorgorganisaties dat ze de ketenpartners kunnen ontlasten door het onderzoek zelf efficiënter te coördineren. Een belangrijk negatief neveneffect dat sommige zorgorganisaties ervaren, is een verandering in de relatie met het CIZ. Volgens een aantal geïnterviewden is bij het gezamenlijk afhandelen van indicaties geen sprake van een gelijkwaardige relatie en onderling vertrouwen.

### Perspectief van het CIZ

12. Hoe heeft het CIZ zijn betrokkenheid bij het experiment georganiseerd?

Zie hoofdstuk 4 voor een nadere toelichting. Het CIZ vervult op hoofdlijnen drie rollen: men toetst de indicatieadviezen van de organisaties, men deelt kennis en faciliteert kennisdeling door anderen en men monitort de kwaliteit van de ingediende indicatieadviezen en rapporteert hier met regelmaat over.

13. Hoe heeft het CIZ de zorgorganisaties uit het experiment ondersteund? Heeft er kennisdeling plaatsgevonden met de organisaties?

Zie hoofdstuk 4 en antwoorden op vragen 8 en 12.

14. Welk beeld heeft het CIZ van de manier waarop de zorgaanbieders het experiment uitvoeren?

Het CIZ ervaart een risico met betrekking tot de kwaliteit van gestelde indicaties en twijfelt aan de onafhankelijkheid van indicatieadviezen onder de W&T-werkwijze.

15. Wat zijn de ervaringen van het CIZ, wat kost dit het CIZ qua tijd, inzet en geld, wat levert het op voor het CIZ?

De W&T-werkwijze gaat voor het CIZ gepaard met een aanzienlijke daling in tijdsinvestering per indicatie, maar leidt niet vanzelfsprekend tot een algehele daling. Overall oordeelt het CIZ niet op voorhand positief over voortzetting van de W&T-werkwijze.

16. Welke verschillen in doorlooptijd en kwaliteit van het indicatieadvies zijn zichtbaar tussen de gegevens 2016 (waarin de reguliere werkwijze werd gevolgd) en de gegevens 2017 (nieuwe werkwijze) op basis van de startdatum van het eerstelijnsverblijf of geriatrische revalidatiezorg, en de datum van het vaststellen van de Wlz-indicatie door het CIZ?

De gemiddelde doorlooptijd van indicaties onder de W&T-werkwijze is aanzienlijk korter dan de gemiddelde doorlooptijd van indicaties onder de reguliere werkwijze. Op basis van de definitie 'juist besluit' die het CIZ hanteert is er sprake van een hoger percentage 'juiste' besluiten onder de reguliere werkwijze.

### Afweging van de voor- en nadelen

17. Welke voor- en nadelen kent de werkwijze Indicatiestelling W&T in vergelijking tot de reguliere procedure voor alle drie betrokken partijen (cliënt, zorgaanbieder en het CIZ)?
18. Hoe verhouden de voor- en nadelen voor elke betrokken partij zich tot elkaar? En hoe verhouden de voor- en nadelen zich tot elkaar als de drie perspectieven samen worden genomen?

Zie tabel 5.9 in paragraaf 5.5 voor een gedetailleerd overzicht. Uit het onderzoek van Berenschot blijkt de experimentele wijze van indicatiestelling gunstiger te scoren dan de reguliere wijze wat betreft de wachttijd tot het definitieve besluit, de belasting van cliënten en de tijdsbesteding die het CIZ per indicatie gemiddeld kwijt is. De reguliere wijze scoort gunstiger wat betreft de tijdsbesteding die de zorgorganisaties gemiddeld per indicatie

kwijt zijn en wat betreft de kwaliteit van de indicaties volgens de definitie 'juist besluit' van het CIZ.

### Aanbevelingen voor randvoorwaarden en verbeteringen

19. Welke verbetermogelijkheden zien de betrokken zorgaanbieders en het CIZ in de werkwijze Indicatiestelling W&T?
20. Aan welke voorwaarden zou het continueren van de werkwijze Indicatiestelling W&T volgens het CIZ en de betrokken zorgaanbieders moeten voldoen?
21. Welke randvoorwaarden en verbetermogelijkheden zijn op basis van het geheel van de evaluatiebevindingen te onderscheiden? En welke specifiek als het gaat om kennis en expertise die een zorgaanbieder in huis moet hebben om goed te kunnen adviseren over indicaties?

De stroomlijning van de aan het CIZ aan te leveren documentatie kan worden verbeterd, evenals de technische ondersteuning (Portero) hierbij. Verschillen tussen de indicatieadviezen van individuele indicatiestellers van de zorgaanbieders dienen te worden verkleind. Volgens zorgorganisaties kan de gelijkwaardigheid in de relatie tussen hen en het CIZ worden verbeterd. Er moet gewaakt worden voor een balans in het opbouwen van specialistische kennis (dat vooral met een klein team indicatiestellers wordt bereikt) en het borgen van continuïteit (dat vooral met een groter team wordt bereikt).

Als belangrijkste randvoorwaarden voor eventuele continuering kunnen worden opgemaakt: 1) centrale belegging van het stellen van indicaties, 2) het waarborgen van onafhankelijkheid van de indicatiestellers binnen de zorgorganisaties, 3) het waarborgen van een countervailing power (tegenmacht) die onafhankelijk de indicatieadviezen toetst, 4) het (in begroting en formatie binnen de zorgorganisaties) rekening houden met de extra tijdsinvestering die het zorgorganisaties kost om de indicatieadviezen op te stellen.

# Bijlage 2: Nadere toelichting op onderzoeksmethodologie

Voor dit onderzoek is gebruikt gemaakt van verschillende bronnen van data en verschillende onderzoeksmethoden. In deze bijlage wordt beknopt weergegeven met behulp van welke onderzoeksmethoden welke data zijn verzameld en geanalyseerd.

## 1. Beleidsdocumenten van de zorgorganisaties en het CIZ

Om zich een beeld te vormen van de wijze waarop de zorgorganisaties het de experimentele werkwijze rondom de indicatiestelling hebben opgepakt en georganiseerd heeft Berenschot relevante beleidsdocumenten en –notities opgevraagd bij de deelnemende organisaties en het CIZ. Deze documenten zijn kwalitatief georganiseerd en dienen als basis voor de omschrijving van de uitvoering van het experiment zoals beschreven in hoofdstuk 2 van deze rapportage.

## 2. Kwantitatieve data omtrent de indicatiestellingen

Berenschot heeft voor het vaststellen van de ‘kwaliteit’ en de doorlooptijd van de W&T-indicatieadviezen ten opzichte van reguliere indicaties gebruikgemaakt van kwantitatieve data verzameld door het CIZ.

### *Kwartaalmonitor*

Het CIZ houdt structureel de interactie tussen haarzelf en de deelnemende zorgorganisaties bij in het kader van de door de organisaties ingediende indicatieadviezen. Berenschot heeft van het CIZ data ontvangen omtrent de beoordeling van het CIZ van alle door de organisaties ingediende indicatieadviezen vanaf Q1 2016 tot en met Q2 2017. Deze gegevens zijn geanalyseerd en worden besproken in hoofdstuk 3 van deze rapportage.

### *Steekproefonderzoek*

Naast de kwartaalmonitor heeft het CIZ tevens een steekproefonderzoek verricht (zie hoofdstuk 2 van deze rapportage). Berenschot heeft gebruikgemaakt van een aantal kengetallen uit dit onderzoek ten behoeve van het bepalen van de ‘kwaliteit’ (zoals beoordeeld door het CIZ) van de W&T-indicatieadviezen ten opzichte van de reguliere indicaties zoals gesteld door het CIZ zelf.

## 3. Interviews met aan het experiment deelnemende zorgorganisaties

Binnen alle 16 aan het experiment deelnemende zorgorganisaties zijn diepte-interviews van minimaal 1 en maximaal 2 uur afgenomen. Deelnemers aan de interviews waren indicatiestellers, klantadviseurs, zorgcoördinatoren- en managers, locatiecoördinatoren en zorgprofessionals. In de interviews werd ingegaan op de ervaringen van de organisaties en de specifieke functionarissen met het experiment. Tevens werd hen gevraagd te reflecteren op de samenwerking met andere partijen waaronder ketenpartners en het CIZ, en stil te staan bij belangrijke randvoorwaarden voor eventuele voortzetting van de W&T-werkwijze voor indicatiestelling binnen en buiten de deelnemende organisaties.

## 4. Interviews met een controlegroep van niet-deelnemende organisaties

In 4 organisaties die niet aan het experiment deelnemen zijn interviews gehouden met dezelfde doelgroepen als hierboven benoemd voor de deelnemende organisaties. Het doel van deze interviews was om te toetsen hoe buiten de deelnemende organisaties gedacht wordt over het experiment en over belangrijke thema’s daarbinnen, zoals bijvoorbeeld de keuzevrijheid van de cliënt, de snelheid van de indicatiestelling en de omgang met cliënten binnen de W&T- en reguliere werkwijze.

## 5. Interviews met het CIZ

Bij het CIZ zijn twee groepsinterviews gehouden van 1 à 1,5 uur gehouden: één interview met de directeur, strategisch adviseur en het hoofd analyse en onderzoek, en één interview met een vijftal beoordelaars die naast het stellen van indicaties tevens de W&T-indicatieadviezen van de deelnemende organisaties beoordelen. Deelnemers aan de interviews werd gevraagd te reflecteren op thema’s als hun ervaringen met het experiment, de kwaliteit van de door de organisaties ingediende indicatieadviezen, de rol van het CIZ binnen het experiment en de interactie met de zorgorganisaties en naar mogelijkheden om de uitvoering van het experiment te verbeteren.



## 6. Duo-interview met het Zorginstituut Nederland

Om inzicht te krijgen in het perspectief van het Zorginstituut Nederland op de opzet en het verloop van het experiment indicatiestelling, heeft er een duo-interview plaats gevonden met twee vertegenwoordigers van deze organisatie.

## 7. Dataverzameling onder cliënten

### Cliëntenenquête

#### Ontwikkeling enquête

Berenschot heeft een enquête met 9 vragen ontwikkeld waarmee cliënten zijn bevraagd naar hun ervaringen met hun (meest recente) indicatiestelling. Deze vragen gingen enerzijds over het proces van de indicatiestelling en of bepaalde handelingen daar deel van uit maakten. Anderzijds werden vragen gesteld over het oordeel van de cliënt over de indicatiestelling. Met één vraag werd gecontroleerd of cliënten de vragenlijst zelf invulden of dat dit werd gedaan door een ander. De enquête is inhoudelijk afgestemd met VWS, de programmamanager Waardigheid en trots en het CIZ en voorgelegd aan alle aan het experiment deelnemende organisaties. Tevens is de enquête gecontroleerd en aangepast op passend taalgebruik voor de doelgroep door een gespecialiseerd taalbureau. Tenslotte is de

enquête getest in twee zorgorganisaties alvorens een definitieve versie werd opgesteld.

#### Steekproef en verzending enquête

Op basis van een door Berenschot opgestelde handleiding is door het hoofd onderzoek en analyse van het CIZ een steekproef getrokken van 1000 cliënten. Deze cliënten zijn met een schriftelijke enquête benaderd door de vaste communicatiepartner van het CIZ waardoor Berenschot geen inzage heeft gehad in de identiteit of gegevens van cliënten. Drie weken na de oorspronkelijke verzending is éénmalig een reminder (met nieuwe enquête) verstuurd aan cliënten die tot dan toe nog niet gereageerd hadden. De cliënten zijn onder te verdelen in drie hoofdgroepen. De eerste groep (500) betreft cliënten van de W&T-organisaties die via de experimentele W&T-route geïndiceerd zijn. De tweede groep (250) betreft ook cliënten van deze W&T-organisaties, maar deze groep is door het CIZ geïndiceerd zijn. Deze groep is toegevoegd aan het onderzoek omdat het vermoeden bestond dat W&T-organisaties de cliënten met relatief minder complexe ziektebeelden, grondslagen, en verwachte zorgprofielen zelf indiceren terwijl ze voor de complexere gevallen een reguliere aanvraag indienen. De derde groep (250) bevraagde cliënten betreft cliënten van organisaties die niet meedoen aan het experiment en dus automatisch door het CIZ zijn geïndiceerd. Binnen de drie groepen zijn alle benaderde cliënten willekeurig geselecteerd.

	<b>GROEP 1: EXPERIMENTEEL GEÏNDICEERD BINNEN W&amp;T-ORGANISATIES</b>	<b>GROEP 2: DOOR CIZ GEÏNDICEERD BINNEN W&amp;T-ORGANISATIES</b>	<b>GROEP 3: DOOR CIZ GEÏNDICEERD, MAAR BIJ ANDERE ZORGORGANISATIES</b>
<b>Benaderd</b>	500	250	250
<b>Gereageerd</b>	215 (43%)	121 (48%)	89 (36%)

Uit de tabel blijkt dat 42,5% van de benaderde cliënten heeft gereageerd. Dit is dit is een hoge respons binnen beleidsonderzoek. Voor de uitgevoerde statistische analyses is deze steekproef voldoende om eventuele verschillen te kunnen detecteren. Wel geldt dat met deze respons, die minder dan de helft van het totaal betreft, voorzichtigheid geboden is bij het interpreteren van analyse uitkomsten en het trekken van conclusies.

### *Data analyse*

De met behulp van de enquête verzamelde gegevens omtrent cliëntervaringen zijn met behulp van vergelijkende statistiek geanalyseerd om vast te stellen of er sprake is van verschillen tussen de beleving en ervaring van de verschillende groepen. De volgende analyses zijn gebruikt.

- **Vergelijking uitkomsten hoofdgroepen**

Eventuele verschillen in de uitkomsten van de drie hoofdgroepen zijn met behulp van Chi-kwadraattoetsen getoetst op significantie. Voor Chi-kwadraattoetsen is gekozen omdat het hier data betreft die niet normaal verdeeld zijn. Met behulp van z-toetsen is getoetst of er significante verschillen bestaan tussen de door de groepen aangevinkte specifieke antwoordopties. Voor het gemiddelde rapportcijfer dat cliënten konden geven aan het proces van de indicatiestelling is gebruikgemaakt van de Kruskal-Wallistoets.

- **Samenhang proces- en oordeelsvariabelen**

Om te toetsen of er samenhang bestaat tussen de ervaringen van cliënten rondom het proces (o.a. of ze zich een huisbezoek herinneren) en het oordeel van cliënten erover (b.v. met betrekking tot ervaren belasting) is gebruikgemaakt van Spearman's correlatiecoëfficiënt voor niet-normaal verdeelde data.

### **Interviews met cliënten en cliëntenvertegenwoordigers**

Er zijn door Berenschot in 7 zorgorganisaties 14 korte kwalitatieve interviews van 15 à 30 minuten gehouden met cliënten en naasten (cliëntenvertegenwoordigers) met het doel nader inzicht te krijgen in de ervaringen van cliënten met het proces van de indicatiestelling en om de kwantitatieve resultaten beter te kunnen duiden.

# Bijlage 3: Vragenlijst cliëntenenquête

## Vragenlijst over uw ervaringen met de indicatiestelling

### Inleiding

U ontvangt langdurige zorg, bij u thuis of in een organisatie (zoals een verpleeg- of verzorgingshuis of een woonvorm in de gehandicaptenzorg). Om te bepalen op welke zorg u recht heeft en welke zorg het best passend is bij uw situatie vroeg uw zorgaanbieder in overleg met u een indicatie aan. Uiteindelijk ontving u van het CIZ hierover een brief waarin stond welk zorgpakket u nu krijgt. Deze brief heet het indicatiebesluit. De tijd tussen uw aanvraag en het indicatiebesluit noemen we de procedure voor een indicatiestelling. Daarover gaat deze vragenlijst.

### Hoe vult u deze vragenlijst in?

- Er zijn 9 vragen. Vul deze allemaal in.
- Zet bij iedere vraag een kruisje bij het antwoord dat het beste past bij uw situatie of mening.
- Het gaat om uw ervaring. De antwoorden die u geeft zijn dus nooit fout.
- Uw antwoorden hebben geen invloed op de zorg die u nu ontvangt.
- Controleer aan het eind of u alle vragen heeft ingevuld. Stuur dan de lijst naar ons terug.

### Heeft u nog vragen?

Dan kunt u bellen of mailen met één van de onderzoekers.

### Begin van de vragenlijst

- 
1. **Vult u de vragenlijst in voor uzelf of voor een ander? Dat wil zeggen: bent u zelf cliënt bij een zorgorganisatie of vult u de vragenlijst in namens een cliënt?** Indien u niet zelf cliënt bent, vult u dan de vragenlijst in op basis van de ervaringen van de cliënt (uw naaste, familielid, bekende).

- Voor mijzelf  
 Voor een ander (ik ben familie of een bekende van de cliënt)

- 
2. **Het indicatiebesluit is de brief waarin staat op welke zorg u recht heeft en waarom. Hoelang duurde het naar uw gevoel voordat u het indicatiebesluit ontving? Vanaf het moment dat uw zorgaanbieder samen met u de indicatie had aangevraagd bij het CIZ.**

1 vakje aankruisen.

- Heel kort  
 Redelijk kort  
 Niet kort, maar ook niet lang  
 Redelijk lang  
 Heel lang  
 Ik weet het niet

- 
3. **Is degene (b.v. medewerker van een zorgaanbieder) die uw aanvraag voor u heeft ingediend bij u langs geweest om te kijken welke zorg u nodig had? Bijvoorbeeld thuis, in het ziekenhuis of uw verblijfplaats?**

1 vakje aankruisen.

- Ja  
 Nee  
 Ik weet het niet

- 
4. **Is door degene (b.v. medewerker van een zorgaanbieder) die uw aanvraag voor u heeft ingediend duidelijk met u besproken waarom er namens u een aanvraag voor zorg is ingediend?**

1 vakje aankruisen.

- Ja, heel duidelijk  
 Ja, duidelijk  
 Nee, niet duidelijk  
 Nee, helemaal niet duidelijk  
 Niet van toepassing: is niet met mij besproken  
 Ik weet het niet

---

5. **Is de best passende zorg voor uw situatie door uw zorgaanbieder of een medewerker van het CIZ duidelijk aan u toegelicht voordat u de brief met het indicatiebesluit van het CIZ ontving?**

1 vakje aankruisen.

- Ja, heel duidelijk
- Ja, duidelijk
- Nee, niet duidelijk
- Nee, helemaal niet duidelijk
- Niet van toepassing: is niet met mij besproken
- Ik weet het niet

---

6. **Wat vond u van de manier waarop degene (b.v. medewerker van een zorgaanbieder) die uw aanvraag heeft ingediend met u omging?**

1 vakje aankruisen.

- Ik was er heel blij mee
- Ik was er blij mee
- Ik was er niet blij mee, maar ik vond het ook niet vervelend
- Ik vond het vervelend
- Ik vond het heel vervelend
- Ik weet het niet

---

7. **Hoe belastend vond u de procedure van de indicatiestelling (dus vanaf het moment van aanvraag tot indicatiebesluit)?**

- Helemaal niet belastend
- Niet echt belastend
- Een beetje belastend
- Behoorlijk belastend
- Heel erg belastend
- Ik weet het niet

---

8. **Had u het gevoel dat u van zorgaanbieder kon veranderen (als u dat zou willen) tijdens het proces van aanvraag of nadat u het indicatiebesluit had gekregen?**

1 vakje aankruisen.

- Ja
- Nee
- Ik weet het niet
- Niet van toepassing

---

9. **Welk rapportcijfer geeft u aan de hele procedure voor uw indicatiestelling? Dus vanaf het moment dat de aanvraag besproken is en door de zorgaanbieder is ingediend tot het moment waarop u het indicatiebesluit ontving?**

U mag kiezen uit de cijfers 1 tot en met 10.

Het cijfer 1 betekent *heel slecht*, het cijfer 10 betekent *perfect*.

Ik geef het rapportcijfer: \_\_\_\_\_

# Bijlage 4: Detailuitkomsten cliëntenenquête

## Totale respons per hoofdgroep

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
<b>Totaal benaderd</b>	500	250	250	1000
<b>Gereageerd N</b>	215	121	89	425
<b>Gereageerd %</b>	43,0%	48,4%	35,6%	42,5%

**Groep 1:** W&T-geïndiceerd, , cliënten van een W&T-organisatie

**Groep 2:** door CIZ geïndiceerd, cliënten van een W&T-organisatie

**Groep 3:** door CIZ geïndiceerd, geen cliënten van een W&T-organisatie

## Totale respons verdeeld naar nieuwe en bestaande cliënten

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
<b>Nieuwe cliënten N</b>	132	89	59	280
<b>Nieuwe cliënten %</b>	61,4%	73,6%	66,3%	65,9%
<b>Bekende cliënten N</b>	83	32	30	145
<b>Bekende cliënten %</b>	38,6%	26,4%	33,7%	34,1%
<b>Totaal</b>	215	121	89	425

## RESPONS VRAAG 1

Vult u de vragenlijst in voor uzelf of voor een ander? Dat wil zeggen: bent u zelf cliënt bij een zorgorganisatie of vult u de vragenlijst in namens een cliënt?

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
<b>Voor uzelf N</b>	37	22	32	91
<b>Voor uzelf %</b>	18,0%	18,6%	36,0%	22,0%
<b>Voor een ander N</b>	169	96	57	322
<b>Voor een ander %</b>	82,0%	81,4%	64,0%	78,0%
<b>Totaal</b>	206	118	89	413
<b>Niet ingevuld</b>	9	3	0	12

NB: Berenschot vond geen significante verschillen tussen de antwoorden van respondenten die de vragenlijst voor zichzelf invulden en respondenten die de vragenlijst voor een ander invulden op de overige enquêtevragen

## RESPONS VRAAG 2

Het indicatiebesluit is de brief waarin staat op welke zorg u recht heeft en waarom.

Hoelang duurde het naar uw gevoel voordat u het indicatiebesluit ontving? Vanaf het moment dat uw zorgaanbieder samen met u de indicatie had aangevraagd bij het CIZ.

### Totale respons

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
Heel kort - N (%)	43 (22,3%)	26 (23,2%)	11 (13,1%)	80 (20,6%)
Redelijk kort - N (%)	73 (37,8%)	36 (32,1%)	31 (36,9%)	140 (36,0%)
Niet kort maar ook niet lang - N (%)	53 (27,5%)	38 (33,9%)	20 (23,8%)	111 (28,5%)
Redelijk lang - N (%)	19 (9,8%)	9 (8,0%)	13 (15,5%)	41 (10,5%)
Heel lang - N (%)	5 (2,6%)	3 (2,7%)	9 (10,7%)	17 (4,4%)
Totaal	193	112	84	389
Niet ingevuld	22	9	5	36

### Respons nieuwe cliënten

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
Heel kort - N (%)	27 (22,9%)	20 (23,8%)	8 (14,3%)	55 (21,3%)
Redelijk kort - N (%)	50 (42,4%)	25 (29,8%)	23 (41,1%)	98 (38,0%)
Niet kort maar ook niet lang - N (%)	29 (24,6%)	29 (32,5%)	13 (23,2%)	71 (27,5%)
Redelijk lang - N (%)	10 (8,5%)	8 (9,5%)	7 (12,5%)	25 (9,7%)
Heel lang - N (%)	2 (1,7%)	2 (2,4%)	5 (8,9%)	9 (3,5%)
Totaal	118	84	56	258
Niet ingevuld	6	2	0	8

### Respons bekende cliënten

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
Heel kort - N (%)	16 (21,3%)	6 (21,4%)	3 (10,7%)	25 (19,1%)
Redelijk kort - N (%)	23 (30,7%)	11 (39,3%)	8 (28,6%)	42 (32,1%)
Niet kort maar ook niet lang - N (%)	24 (32,0%)	9 (32,1%)	7 (25,0%)	40 (30,5%)
Redelijk lang - N (%)	9 (12,0%)	1 (3,6%)	6 (21,4%)	16 (12,2%)
Heel lang - N (%)	3 (4,0%)	1 (3,6%)	4 (14,3%)	8 (6,1%)
Totaal	75	28	28	131
Niet ingevuld	2	1	1	4

**RESPONS VRAAG 3**

Is degene (b.v. medewerker van een zorgaanbieder) die uw aanvraag voor u heeft ingediend bij u langs geweest om te kijken welke zorg u nodig had? Bijvoorbeeld thuis, in het ziekenhuis of uw verblijfplaats?

*Totale respons*

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
<b>Ja - N (%)</b>	172 (80,8%)	104 (86,0%)	74 (83,1%)	350 (82,7%)
<b>Nee - N (%)</b>	23 (10,8%)	9 (7,4%)	8 (9,0%)	40 (9,5%)
<b>Ik weet het niet - N (%)</b>	18 (8,5%)	8 (6,6%)	7 (7,9%)	33 (7,8%)
<b>Totaal</b>	213	121	89	423
<b>Niet ingevuld</b>	1	0	0	1

*Respons nieuwe cliënten*

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
<b>Ja - N (%)</b>	106 (81,5%)	76 (85,4%)	51 (86,4%)	233 (83,8%)
<b>Nee - N (%)</b>	12 (9,2%)	7 (7,9%)	3 (5,1%)	22 (7,9%)
<b>Ik weet het niet - N (%)</b>	12 (9,2%)	6 (6,7%)	5 (8,5%)	23 (8,3%)
<b>Totaal</b>	130	89	59	278
<b>Niet ingevuld</b>	1	0	0	1

*Respons bekende cliënten*

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
<b>Ja - N (%)</b>	66 (79,5%)	28 (87,5%)	23 (76,7%)	117 (80,7%)
<b>Nee - N (%)</b>	11 (13,3%)	2 (6,3%)	5 (16,7%)	18 (12,4%)
<b>Ik weet het niet - N (%)</b>	6 (7,2%)	2 (6,3%)	2 (6,7%)	10 (6,9%)
<b>Totaal</b>	83	32	30	145
<b>Niet ingevuld</b>	0	0	0	0

**RESPONS VRAAG 4**

Is door degene (b.v. medewerker van een zorgaanbieder) die uw aanvraag voor u heeft ingediend duidelijk met u besproken waarom er namens u een aanvraag voor zorg is ingediend?

*Totale respons*

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
<b>Ja, heel duidelijk - N (%)</b>	77 (39,9%)	52 (64,4%)	34 (42,0%)	163 (42,2%)
<b>Ja, duidelijk - N (%)</b>	106 (54,9%)	56 (50,0%)	44 (54,3%)	206 (53,4%)
<b>Nee, niet duidelijk - N (%)</b>	7 (3,6%)	3 (2,7%)	2 (2,5%)	12 (3,1%)
<b>Nee, helemaal niet duidelijk - N (%)</b>	3 (1,6%)	1 (0,9%)	1 (1,2%)	5 (1,3%)
<b>Totaal</b>	193	112	81	386
<b>Niet ingevuld</b>	22	9	8	39

*Respons nieuwe cliënten*

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
<b>Ja, heel duidelijk - N (%)</b>	53 (43,4%)	36 (43,9%)	25 (48,1%)	114 (44,5%)
<b>Ja, duidelijk - N (%)</b>	63 (51,6%)	43 (52,4%)	26 (50,0%)	132 (51,6%)
<b>Nee, niet duidelijk - N (%)</b>	4 (3,3%)	2 (2,4%)	1 (1,9%)	7 (2,7%)
<b>Nee, helemaal niet duidelijk - N (%)</b>	2 (1,6%)	1 (1,2%)	0 (0,0%)	3 (1,2%)
<b>Totaal</b>	122	82	52	256
<b>Niet ingevuld</b>	10	7	7	24

*Respons bekende cliënten*

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
<b>Ja, heel duidelijk - N (%)</b>	24 (33,8%)	16 (53,3%)	9 (31,0%)	49 (37,7%)
<b>Ja, duidelijk - N (%)</b>	43 (60,6%)	13 (43,3%)	18 (62,1%)	74 (56,9%)
<b>Nee, niet duidelijk - N (%)</b>	3 (4,2%)	1 (3,3%)	1 (3,4%)	5 (3,8%)
<b>Nee, helemaal niet duidelijk - N (%)</b>	1 (1,4%)	0 (0,0%)	1 (3,4%)	2 (1,5%)
<b>Totaal</b>	71	30	29	130
<b>Niet ingevuld</b>	12	2	1	15



**RESPONS VRAAG 5**

Is de best passende zorg voor uw situatie door uw zorgaanbieder of een medewerker van het CIZ duidelijk aan u toegelicht voordat u de brief met het indicatiebesluit van het CIZ ontving?

*Totale respons*

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
<b>Ja, heel duidelijk - N (%)</b>	52 (28,3%)	36 (31,9%)	22 (29,3%)	110 (29,6%)
<b>Ja, duidelijk - N (%)</b>	113 (61,4%)	69 (61,1%)	48 (64,0%)	230 (61,8%)
<b>Nee, niet duidelijk - N (%)</b>	14 (7,6%)	6 (5,3%)	4 (5,3%)	24 (6,5%)
<b>Nee, helemaal niet duidelijk - N (%)</b>	5 (2,7%)	2 (1,8%)	1 (1,3%)	8 (2,2%)
<b>Totaal</b>	184	113	75	372
<b>Niet ingevuld</b>	31	8	14	53

*Respons nieuwe cliënten*

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
<b>Ja, heel duidelijk - N (%)</b>	33 (27,7%)	23 (27,7%)	17 (35,4%)	73 (29,2%)
<b>Ja, duidelijk - N (%)</b>	75 (63,0%)	54 (65,1%)	28 (58,3%)	157 (62,8%)
<b>Nee, niet duidelijk - N (%)</b>	8 (6,7%)	4 (4,8%)	3 (6,3%)	15 (6,0%)
<b>Nee, helemaal niet duidelijk - N (%)</b>	3 (2,5%)	2 (2,4%)	0 (0,0%)	5 (2,0%)
<b>Totaal</b>	119	83	48	250
<b>Niet ingevuld</b>	13	6	11	30

*Respons bekende cliënten*

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
<b>Ja, heel duidelijk - N (%)</b>	19 (29,2%)	13 (43,3%)	5 (18,5%)	37 (30,3%)
<b>Ja, duidelijk - N (%)</b>	38 (58,5%)	15 (50,0%)	20 (74,1%)	73 (59,8%)
<b>Nee, niet duidelijk - N (%)</b>	6 (0,2%)	2 (6,7%)	1 (3,7%)	9 (7,4%)
<b>Nee, helemaal niet duidelijk - N (%)</b>	2 (3,1%)	0 (0,0%)	1 (3,7%)	3 (2,5%)
<b>Totaal</b>	65	30	27	122
<b>Niet ingevuld</b>	18	2	3	23

**RESPONS VRAAG 6**

Wat vond u van de manier waarop degene (b.v. medewerker van een zorgaanbieder) die uw aanvraag heeft ingediend met u omging?

*Totale respons*

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
<b>Ik was er heel blij mee- N (%)</b>	44 (22,7%)	33 (29,5%)	17 (20,5%)	94 (24,2%)
<b>Ik was er blij mee - N (%)</b>	114 (58,8%)	48 (42,9%)	47 (56,6%)	209 (53,7%)
<b>Niet blij mee, niet vervelend- N (%)</b>	32 (16,5%)	27 (24,1%)	17 (20,5%)	76 (19,5%)
<b>Ik vond het vervelend - N (%)</b>	3 (1,5%)	3 (2,7%)	0 (0,0%)	6 (1,5%)
<b>Ik vond het heel vervelend- N (%)</b>	1 (0,5%)	1 (0,9%)	2 (2,4%)	4 (1,0%)
<b>Totaal</b>	194	112	83	389
<b>Niet ingevuld</b>	21	9	6	36

*Respons nieuwe cliënten*

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
<b>Ik was er heel blij mee- N (%)</b>	29 (24,0%)	25 (30,5%)	13 (23,6%)	67 (26,0%)
<b>Ik was er blij mee - N (%)</b>	74 (61,2%)	32 (39,0%)	29 (52,7%)	135 (52,3%)
<b>Niet blij mee, niet vervelend- N (%)</b>	16 (13,2%)	22 (26,8%)	11 (20,0%)	49 (19,0%)
<b>Ik vond het vervelend - N (%)</b>	1 (0,8%)	2 (2,4%)	0 (0,0%)	3 (1,2%)
<b>Ik vond het heel vervelend- N (%)</b>	1 (0,8%)	1 (1,2%)	2 (3,6%)	4 (1,6%)
<b>Totaal</b>	121	82	55	258
<b>Niet ingevuld</b>	11	7	4	22

*Respons bekende cliënten*

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
<b>Ik was er heel blij mee- N (%)</b>	15 (20,5%)	8 (26,7%)	4 (14,3%)	27 (20,6%)
<b>Ik was er blij mee - N (%)</b>	40 (54,8%)	16 (53,3%)	18 (64,3%)	74 (56,5%)
<b>Niet blij mee, niet vervelend- N (%)</b>	16 (21,9%)	5 (16,7%)	6 (21,4%)	27 (20,6%)
<b>Ik vond het vervelend - N (%)</b>	2 (2,7%)	1 (3,3%)	0 (0,0%)	3 (2,3%)
<b>Ik vond het heel vervelend- N (%)</b>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b>Totaal</b>	73	30	28	131
<b>Niet ingevuld</b>	10	2	2	14

**RESPONS VRAAG 7**

Hoe belastend vond u de procedure van de indicatiestelling (dus vanaf het moment van aanvraag tot indicatiebesluit)?

*Totale respons*

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
<b>Helemaal niet belastend- N (%)</b>	55 (27,2%)	24 (21,6%)	19 (23,2%)	98 (24,8%)
<b>Niet belastend- N (%)</b>	86 (42,6%)	52 (46,8%)	27 (32,9%)	165 (41,8%)
<b>Een beetje belastend - N (%)</b>	42 (20,8%)	28 (25,2%)	19 (23,2%)	89 (22,5%)
<b>Behoorlijk belastend - N (%)</b>	11 (5,4%)	5 (4,5%)	13 (15,9%)	29 (7,3%)
<b>Heel erg belastend - N (%)</b>	6 (3,0%)	2 (1,8%)	4 (4,9%)	12 (3,0%)
<b>Totaal</b>	202	111	82	395
<b>Niet ingevuld</b>	13	10	7	30

*Respons nieuwe cliënten*

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
<b>Helemaal niet belastend- N (%)</b>	28 (22,8%)	14 (17,3%)	15 (27,8%)	57 (22,1%)
<b>Niet belastend- N (%)</b>	59 (48,0%)	41 (50,6%)	18 (33,3%)	118 (45,7%)
<b>Een beetje belastend - N (%)</b>	26 (21,1%)	21 (25,9%)	9 (16,7%)	56 (21,7%)
<b>Behoorlijk belastend - N (%)</b>	6 (4,9%)	3 (3,7%)	9 (16,7%)	18 (7,0%)
<b>Heel erg belastend - N (%)</b>	3 (2,4%)	2 (2,5%)	3 (5,6%)	8 (3,1%)
<b>Totaal</b>	123	81	54	258
<b>Niet ingevuld</b>	9	8	5	22

*Respons bekende cliënten*

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
<b>Helemaal niet belastend- N (%)</b>	27 (34,2%)	10 (33,3%)	4 (14,3%)	41 (29,9%)
<b>Niet belastend- N (%)</b>	27 (34,2%)	11 (36,7%)	9 (32,1%)	47 (34,3%)
<b>Een beetje belastend - N (%)</b>	16 (20,3%)	7 (23,3%)	10 (35,7%)	33 (24,1%)
<b>Behoorlijk belastend - N (%)</b>	5 (6,3%)	2 (6,7%)	4 (14,3%)	11 (8,0%)
<b>Heel erg belastend - N (%)</b>	3 (3,8%)	0 (0,0%)	1 (3,6%)	4 (2,9%)
<b>Totaal</b>	79	30	28	137
<b>Niet ingevuld</b>	4	2	2	8

**RESPONS VRAAG 8**

Had u het gevoel dat u van zorgaanbieder kon veranderen (als u dat zou willen) tijdens het proces van aanvraag of nadat u het indicatiebesluit had gekregen?

*Totale respons*

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
Ja - N (%)	51 (36,7%)	22 (27,5%)	19 (31,7%)	92 (33,0%)
Nee - N (%)	48 (34,5%)	32 (40,0%)	17 (28,3%)	97 (34,8%)
Ik weet het niet - N (%)	40 (28,8%)	26 (32,5%)	24 (40,0%)	90 (32,3%)
Totaal	139	80	60	279
Niet ingevuld	76	41	29	146

*Respons nieuwe cliënten*

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
Ja - N (%)	36 (40,0%)	15 (23,8%)	11 (28,2%)	62 (32,3%)
Nee - N (%)	30 (33,3%)	26 (41,3%)	14 (35,9%)	70 (36,5%)
Ik weet het niet - N (%)	24 (26,7%)	22 (34,9%)	14 (35,9%)	60 (31,3%)
Totaal	90	63	39	192
Niet ingevuld	42	26	20	88

*Respons bekende cliënten*

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
Ja - N (%)	15 (30,6%)	7 (41,2%)	8 (38,1%)	30 (34,5%)
Nee - N (%)	18 (36,7%)	6 (35,3%)	3 (14,3%)	27 (31,0%)
Ik weet het niet - N (%)	16 (32,7%)	4 (23,5%)	10 (47,6%)	30 (34,5%)
Totaal	49	17	21	87
Niet ingevuld	34	15	9	58

**RESPONS VRAAG 9**

Welk rapportcijfer geeft u aan de hele procedure voor uw indicatiestelling? Dus vanaf het moment dat de aanvraag besproken is en door de zorgaanbieder is ingediend tot het moment waarop u het indicatiebesluit ontving?

*Totale respons*

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
<b>Respons</b>	212	118	88	418
<b>Gemiddeld rapportcijfer</b>	7,47	7,75	7,36	7,53
<b>Niet ingevuld</b>	3	3	1	7

*Respons nieuwe cliënten*

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
<b>Respons</b>	130	87	58	275
<b>Gemiddeld rapportcijfer</b>	7,59	7,76	7,64	7,66
<b>Niet ingevuld</b>	2	2	1	5

*Respons bekende cliënten*

	GROEP 1	GROEP 2	GROEP 3	TOTAAL
<b>Respons</b>	82	31	30	143
<b>Gemiddeld rapportcijfer</b>	7,29	7,73	6,80	7,27
<b>Niet ingevuld</b>	1	1	0	2

# Bijlage 5: Format Afwegingskader Indicatiestelling

## Formulier Afwegingskader Indicatiestelling – Verlenging Erai versie 4; maart 2017



Naam cliënt	
Geboortedatum	
BSN nummer	
Huidige besluit	
Datuminvullen	
Naam invuller	
Functie invuller	

### Reden aanvraag

--

### 1 In kaart brengen zorgsituatie

- Ziekte, aandoening, stoornis
- Beperkingen
- Vaststellen

In deze stap wordt vastgesteld wat de verzekerde wel en niet kan. Blz. 12 en verder van de beleidsregels.

#### Ziekte, aandoening, stoornis:

(relevante) ziektebiografie:

Oriëntatiestoornis:

Psychisch:

Motorisch functioneren:

Probleemgedrag/veiligheid:

Psychosociaal welbevinden:

Verslavingsproblematiek:

#### Beperkingen en participatieprobleem:

Sociale redzaamheid:

Bewegen en verplaatsen:

Persoonlijke verzorging:

Huishoudelijk leven:

Sociale relatie en maatschappelijk:

**Grondslag** (die het meeste invloed heeft op de zorgbehoefte)

**Grondslag** (eventueel andere grondslag)

<b>2</b>	<b>Vaststellen 'permanent toezicht' of '24 uur per dag zorg in de nabijheid'</b>	Blz. 13 en verder van de beleidsregels
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanent toezicht</li> <li>• 24 uur per dag zorg in de nabijheid <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fysieke problemen</li> <li>- Zware regieproblemen</li> </ul> </li> <li>• Voorkomen escalatie/ernstig nadeel</li> </ul>		
<b>Permanent toezicht of 24 uren nabij:</b>		
<b>3</b>	<b>Vaststellen of de zorgbehoefte blijvend is</b>	Afwegen of op basis van de ziekte, aandoening, stoornissen en beperkingen er nog verbetering of herstel mogelijkheden zijn.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blijvend</li> <li>• Afwegen mogelijkheid (functionele) verbetering/herstel/ontwikkeling</li> </ul>		Blz. 13 en verder van de beleidsregels.
<b>Blijvendheid:</b>		
<b>4</b>	<b>Vaststellen toegang tot de Wlz</b>	In deze stap wordt vastgesteld of en in welke mate er sprake is van wettelijke of algemeen gebruikelijke voorzieningen.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebruikelijke zorg van ouders aan hun kind</li> <li>• Zorg uit ander domein</li> <li>• Uitzondering op toegangscriteria</li> </ul>		Blz. 13 en verder van de beleidsregels.
<b>Zorg uit andere domeinen:</b>		
<b>5</b>	<b>Vaststellen recht op zorg</b>	In deze stap wordt het indicatiebesluit Wlz vastgesteld waarop de verzekerde is aangewezen.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Best passend zorgprofiel</li> <li>• Geldigheidsduur</li> <li>• Kenmerk meerzorg indien van toepassing</li> </ul>		Blz. 17 en verder van de beleidsregels.
<b>Zorgprofiel</b>		
<b>Geldigheidsduur</b>		
<b>Meerzorg</b>		
<b>Toelichting</b>		

Onderstaande gegevens vult de CIZ toetser in:

Naam toetser	
Datum Reactie	

Format beoordeling

Zorgsituatie goed beschreven?	
Is er aanspraak op Wlz?	

Toets uitkomst door CIZ toetser

Uitkomst		Toelichting
<input type="checkbox"/>	Conform	
<input type="checkbox"/>	Niet Conform, moet een ander ZP zijn	Het moet ZP zijn omdat....
<input type="checkbox"/>	Niet Conform, geen toegang tot Wlz	
<input type="checkbox"/>	Format is niet voorgelegd terwijl dit wel de afspraak was	
<input type="checkbox"/>	Niet te bepalen, advies om aanvraag regulier in te dienen	



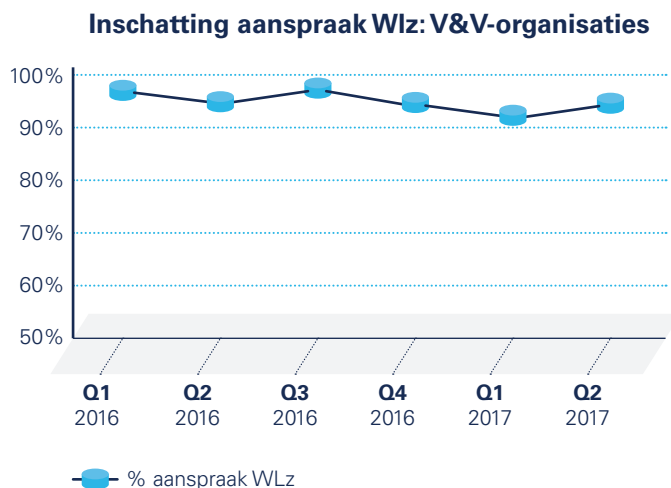
# Bijlage 6: Nadere analyses kwartaalgegevens CIZ ‘juist besluit’

Berenschot heeft de kwartaalgegevens van CIZ geanalyseerd ten aanzien van de onafhankelijke beoordeling van door de zorgorganisaties ingediende indicatieadviezen op de onderdelen ‘juist vaststellen van de toegang tot de Wlz’ en ‘het best passende zorgprofiel’. In de hoofdtekst hebben we de uitkomsten van deze analyses gepresenteerd voor het totale aantal door de W&T-organisaties ingediende indicatieadviezen. Deze bijlage bevat de resultaten van een aantal subgroepanalyses, waarin we uitkomsten vergelijken van V&V- en GHZ-organisaties en van organisaties die in verschillende stadia bij het experiment betrokken zijn.

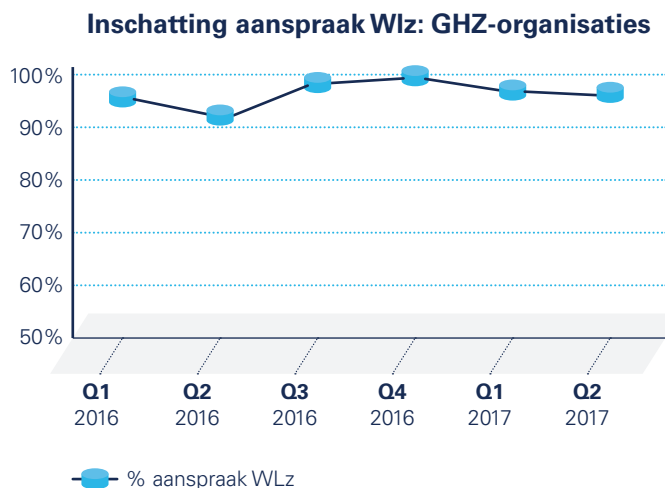
## Cijfers W&T-experiment: vergelijking V&V en GHZ

In de volgende figuren gaan we nader in op de cijfers van V&V- en GHZ-organisaties.

**Figuur B6.1** beoordeling inschatting toegang tot de Wlz weergegeven voor W&T-indicatieadviezen ingediend door V&V-organisaties, op basis van het vierogenprincipe van het CIZ

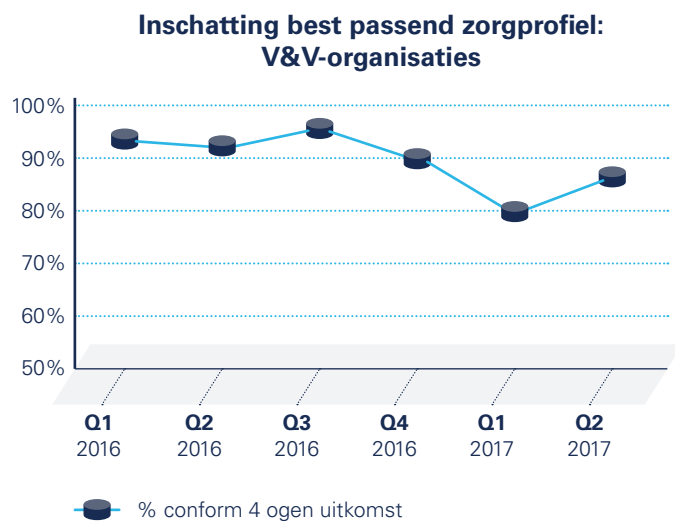


**Figuur B6.2** beoordeling inschatting toegang tot de Wlz, weergegeven voor W&T-indicatieadviezen ingediend door GHZ-organisaties, op basis van het vierogenprincipe van het CIZ

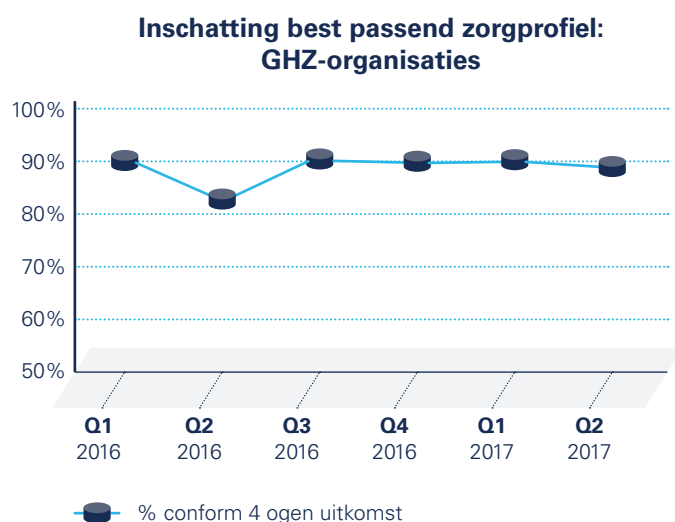


Op basis van de grafieken wordt een op hoofdlijnen vergelijkbaar percentage en een vergelijkbare trendontwikkeling zichtbaar voor V&V- en GHZ-organisaties, waarbij de GHZ-organisaties enkele percentages hoger scoren. Afgaande op de kwartaalgegevens lijkt er echter geen wezenlijk verschil te zitten in de kwaliteit (gedefinieerd als een ‘juist besluit’ volgens de CIZ-definitie) van ingediende W&T-adviezen van V&V- en GHZ-organisaties. We zien min of meer hetzelfde beeld voor wat betreft het oordeel van het CIZ over de inschatting van het juiste zorgprofiel voor de cliënt, ook daar liggen de percentages van de GHZ-instellingen een fractie hoger. De percentages lijken sinds Q3 2016 ook constanter te zijn gebleven binnen de GHZ-organisaties. In Q1 2017 was het verschil tussen V&V- en GHZ-organisaties aanzienlijk (10%) maar in Q2 corrigeerde het cijfer zich enigszins.

**Figuur B6.3** beoordeling CIZ van inschatting best passend zorgprofiel voor de cliënt, weergegeven voor W&T-indicatieadviezen ingediend door V&V-organisaties



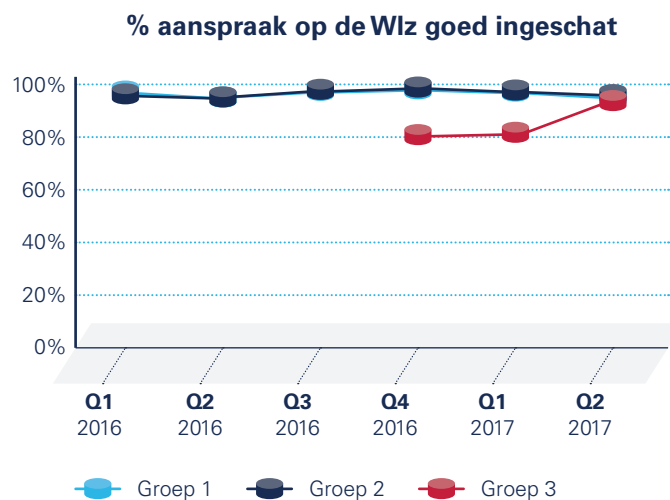
**Figuur B6.4** beoordeling CIZ van inschatting best passend zorgprofiel voor de cliënt, weergegeven voor W&T-indicatieadviezen ingediend door GHZ-organisaties



#### **Cijfers W&T-experiment: vergelijking resultaten vroege en latere instromers**

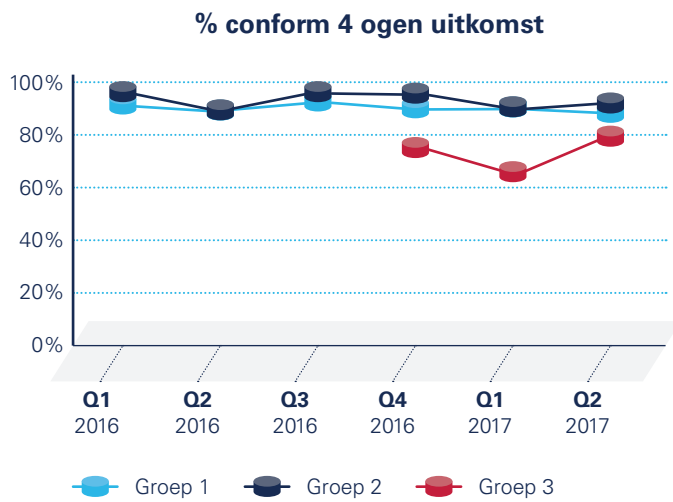
In paragraaf 2.2 van de hoofdttekst gaven we aan dat de zestien deelnemende organisaties op verschillende momenten zijn ingestroomd in het experiment, te weten: groep 1 in 2015 (de vier GHZ-organisaties en Opella en Vidente), groep 2 begin 2016 (Welthuis, Norschoten, NNCZ, Magentazorg en Zuid-oostzorg) en groep 3 midden 2016 (Sensire, Azora, Careaz, Treant en Zorgspectrum). We stelden op basis van interviews al vast dat indiceren een vak is en dat het opdoen van ervaring volgens de geïnterviewden een belangrijke factor is bij het succesvol zelfstandig indiceren. Het is daarom interessant om de resultaten van verschillende instroomgroepen en de trends daarbinnen te vergelijken. Figuur B6.5 en B6.6 tonen de cijfers van de verschillende groepen.

**Figuur B6.5** beoordeling inschatting toegang tot de Wlz weergegeven voor W&T-indicatieadviezen ingediend door groep 1, 2 en 3, op basis van het vierogenprincipe van het CIZ



Uit figuur B6.5 valt op te maken dat groep 1 en 2 vrijwel hetzelfde scoren gedurende de onderzochte periode, en dat de resultaten van deze groepen redelijk stabiel blijven. In ons interview met het CIZ is aangegeven dat het CIZ vermoedde dat er sprake was van enige gewenning bij de organisaties (groep 1 en 2) die al een tijd meedraiden in het experiment en dat de kwaliteit van de ingediende indicatieadviezen dientengevolge wat af leek te nemen. Op basis van de hiervoor gepresenteerde data wordt dit vermoeden niet bevestigd. Bij groep 3 zien we een lager startcijfer gevolgd door een forse stijging, met name voor wat betreft de door het CIZ beoordeelde juistheid van inschatting of een cliënt aanspraak kan maken op zorg vanuit de Wlz. Het cijfer voor de aanlevering van de juiste informatie om de zorgsituatie in te kunnen schatten, blijft lager dan bij groep 1 en 2. Deze constatering onderschrijft enigszins hetgeen we eerder kwalitatief vaststelden: dat de kwaliteit van indicaties toeneemt naarmate organisaties langer meedraaien in het experiment en meer indicaties stellen. Anderzijds hebben we bij groep 3 te maken met een kleiner aantal gestelde indicaties, waardoor het percentage sneller substantiële afwijkingen zal vertonen. We vinden dezelfde trend niet terug bij de organisaties uit groep 2, die in Q1 2016 zijn begonnen. Het is dus op basis van deze analyse niet definitief vast te stellen dat deze veronderstelde trend ook feitelijk optreedt. Een alternatieve verklaring is dat er sprake is van zelfselectie: groep 1 en 2 zijn mogelijk vooruitstrevende zorgorganisaties die in algehele zin tot de top van het land behoren en daarom ook beter scoren op dit onderdeel. Ook deze verklaring is niet vast te stellen op basis van dit onderzoek.

**Figuur B6.6** beoordeling CIZ van inschatting best passend zorgprofiel voor de cliënt via het vierogenprincipe, weergegeven voor ERAI-indicatieadviezen ingediend door groep 1, 2 en 3



In bovenstaande figuur zien we een grotendeels stabiele trend voor groep 1 voor wat betreft het volgens het CIZ juist inschatten van het best passende zorgprofiel voor de cliënt. Dit is logisch: het betreft hier immers de groep die de meeste ervaring heeft met het stellen van indicaties. De uitkomsten van het vierogenprincipe van groep 1 en 2 lijken sterk op elkaar. Wederom geldt dus dat niet definitief is vast te stellen of er sprake is van het opbouwen van ervaring en dus een kwaliteitstoename bij de zorgorganisaties. Voor wat betreft groep 3 vinden we een wat onverwacht patroon: een stevige daling in het tweede kwartaal dat men aan de slag is met het experiment, gevolgd door een stevige stijging in het derde kwartaal. Dit resultaat wordt vermoedelijk veroorzaakt door het feit dat procentuele verschillen in groep 3 sneller fors zullen afwijken als gevolg van het geringe aantal casussen.



# Berenschot

Berenschot is een onafhankelijk organisatieadviesbureau met 325 medewerkers wereldwijd. Al bijna 80 jaar verrassen wij onze opdrachtgevers in de publieke en private sector met slimme en nieuwe inzichten. We verwerven ze en maken ze toepasbaar. Dit door innovatie te koppelen aan creativiteit. Steeds opnieuw. Klanten kiezen voor Berenschot omdat onze adviezen hen op een voorsprong zetten.

Ons bureau zit vol inspirerende en eigenwijze individuen die allen dezelfde passie delen: organiseren. Ingewikkelde vraagstukken omzetten in werkbare constructies. Door ons brede werkterrein en onze brede expertise kunnen opdrachtgevers ons inschakelen voor uiteenlopende opdrachten. En zijn we in staat om met multidisciplinaire teams alle aspecten van een vraagstuk aan te pakken.

## **Berenschot Groep B.V.**

Europalaan 40, 3526 KS Utrecht

Postbus 8039, 3503 RA Utrecht

030 2 916 916

[www.berenschot.nl](http://www.berenschot.nl)

[@berenschot\\_nl](https://www.instagram.com/berenschot_nl)