



Nederlandse  
Zorgautoriteit

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
t.a.v. minister H.M. de Jonge  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht

Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11

F 030 296 82 96

E [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)

I [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

**Behandeld door**  
directie Regulering

**Telefoonnummer**  
030 296 8938

**E-mailadres**  
[info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)

**Kenmerk**  
0331755/0511175

**Onderwerp**  
Experiment persoonsvolgende zorg in de Wlz

**Datum**  
22 mei 2019

Geachte heer De Jonge,

Met deze brief bieden wij u de eindevaluatie van het experiment persoonsvolgende zorg in de Wlz aan. Dit is een vervolg op de tussentijdse evaluatie van vorig jaar. In bijgevoegd evaluatierapport treft u onze bevindingen aan en de bevindingen van bureau HHM, dat onderzoek deed naar dit experiment in opdracht van het ministerie van VWS. We voerden voor de evaluatie gesprekken met de betrokken partijen uit de experimentregio's Rotterdam en Zuid-Limburg. De belangrijkste conclusies en aanbevelingen uit dit rapport lichten we hieronder kort toe.

***Resultaten experiment persoonsvolgende zorg in de langdurige zorg***

*Het experiment heeft in de experimenteerregio's een positieve beweging ingezet naar meer persoonsvolgende zorg, die in belangrijke mate een cultuurverandering is.*

Het doel van het experiment was het vergroten van de mogelijkheden van cliënten om zorg te kiezen die het beste bij hun past. De partijen die betrokken waren bij de experimenten, lieten ons weten dat zij hierdoor in hun regio een positieve beweging zien naar meer persoonsvolgende zorg. Er is bijvoorbeeld te zien dat er in de experimenteerregio's meer gesprekken worden gevoerd over de wensen en behoeften van cliënten en over de manier waarop daaraan tegemoet kan worden gekomen. De bevindingen van de eindvaluatie laten zien dat dit in belangrijke mate een cultuurverandering is, die los staat van systeem- of stelselwijzigingen.

***Kansen voor verbetering***

We zien kansen om de cliëntondersteuning en de gesprekken over de wensen en behoeften van cliënten te verbeteren. Bijvoorbeeld door nog meer te kijken naar mogelijkheden buiten het bestaande zorgaanbod. Ook kan de samenwerking nog meer en blijvend geïntensiveerd worden tussen alle betrokken partijen die een rol hebben bij het zoeken naar en het organiseren van de zorg die het beste past bij de cliënt.

Kenmerk

0331755/0511175

Pagina

2 van 3

***Cliënten waarderen de onafhankelijke ondersteuning en persoonlijk contact***

De experimenten laten zien dat de onafhankelijke cliëntondersteuner een duidelijke meerwaarde heeft. Zo bleek in de regio Rotterdam dat cliënten en hun vertegenwoordigers de informatie en ondersteuning van de onafhankelijke cliëntondersteuners waarderen. In Zuid-Limburg zagen we dat ontwikkelde materialen zoals folders beperkt gebruikt worden. Persoonlijk contact voor cliënten blijft blijkbaar belangrijk om de weg in het aanbod aan zorg te kunnen vinden. Door de hulp van de cliëntondersteuning hebben cliënten meer het gevoel dat ze in control zijn. Het is daarom belangrijk dat mensen door de zorgaanbieders en de zorgkantoren worden gewezen op de mogelijkheid van cliëntondersteuning.

***Aanbevelingen***

*Blijf inzetten op het verhelderen van de klantvraag, het verbeteren van de (vindbaarheid van de) cliëntondersteuning en het samen leveren van passende, persoonsvolgende zorg.*

De eindevaluatie toont aan dat ons advies uit de tussenevaluatie nog steeds actueel is: blijf inzetten op het verhelderen van de klantvraag, het verbeteren van de (vindbaarheid van de) cliëntondersteuning en het samen leveren van passende, persoonsvolgende zorg. Hoe beter deze gesprekken gevoerd worden, hoe eerder ook de leemtes in het aanbod voor specifieke doelgroepen in beeld komen.

***Organiseer blijvende aandacht voor persoonsvolgende zorg***

Op dit moment is het al mogelijk om meer persoonsvolgende zorg te organiseren in de regio. Toch zien we dat deze beweging niet volledig vanzelf tot stand komt of voortgezet wordt. Het is daarom belangrijk dat blijvende aandacht hiervoor georganiseerd wordt in de regio's. Hoe dat gerealiseerd wordt, is aan de zorgkantoren en zorgaanbieders. Zo kan een projectorganisatie worden opgericht, maar kunnen ook de zorgkantoren of (samenwerkende) zorgaanbieders in de regio de regie nemen. De zorgkantoren uit de experimentregio's gaven aan dat zij bereid zijn om te faciliteren dat de Ingeslagen koers binnen het experiment in hun regio wordt voortgezet.

*Faciliteer cliëntondersteuning over de domeinen heen*

De partijen uit de landelijke stuurgroep van het experiment persoonsvolgende zorg, doen de oproep aan het ministerie van VWS om mogelijk te maken dat de onafhankelijke cliëntondersteuner ook in de andere domeinen (zorg vanuit de Zvw en vanuit de gemeenten) ingezet kan worden. De onafhankelijke cliëntondersteuner kan dan eerder ingezet worden. Dit zal onder andere helpen om het aantal crisisopnamen te verminderen. De bekostiging en verantwoording daarvoor moet nader worden uitgewerkt. De NZa is hierover in gesprek met zorgkantoren en VWS.

Kenmerk

0331755/0511175

Pagina

3 van 3

*Blijf inzetten op samenwerking in regionale netwerken*

Ook op andere gebieden is meer samenwerking in het regionale netwerk nodig. Zo is voor het ontwikkelen van een innovatief aanbod in de regio medewerking van de gemeenten nodig. Ook is samenwerking met woningcorporaties gewenst om te zorgen voor passende huisvesting.

Met vriendelijke groet.

Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.J. Kalisouw

voorzitter Raad van Bestuur

**Bijlagen**

- Rapport 'Eindvaluatie experiment persoonsvolgende zorg', met de bijlagen:
  - 1a: Kwalitatieve monitor experiment Persoonsvolgende Zorg - Eindrapportage regio Zuid-Limburg (bureau HHM)
  - 1b: Eindrapportage kwantitatieve monitor Zuid-Limburg (NZa)
  - 2a: Kwalitatieve monitor experiment Persoonsvolgende Zorg - Eindrapportage regio Rotterdam (bureau HHM)
  - 2b: Eindrapportage kwantitatieve monitor Rotterdam (NZa)

# Eindevaluatie experiment persoonsvolgende zorg

Mei 2019



Nederlandse  
Zorgautoriteit

# Inhoud

- Samenvatting
- Inleiding
- Zuid-Limburg
- Rotterdam
- Reflectie landelijke stuurgroep
- Conclusies en aanbevelingen
- Bijlagen

# Samenvatting

Eindevaluatie experiment persoonsvolgende zorg

# Samenvatting

In 2017 is gestart met het experiment persoonsvolgende zorg in de Wlz in de regio's Rotterdam voor de sector gehandicaptenzorg en Zuid-Limburg voor de sector verpleging en verzorging. Het experiment had een looptijd van twee jaar: van 1 januari 2017 – 31 december 2018.

## Doelstelling experiment

Het doel van de experimenten Persoonsvolgende zorg is het vergroten van de mogelijkheden van cliënten om zorg te kiezen die het beste bij hun past. Onder dit doel worden vier subdoelen onderscheiden:

1. versterken van de positie van de cliënt in het keuzeprocess,
2. vergroten van de keuzemogelijkheden en keuzevrijheid voor de cliënt door een gedifferentieerd zorgaanbod in de regio,
3. zorgverlening die qua aard, omvang en locatie zoveel mogelijk aansluit bij de concrete vraag van de cliënt,
4. beter in beeld krijgen van de keuzemogelijkheden en processen vooraf, tijdens en na de zorgverlening in de Wlz.

In mei 2018 brachten we een tussentijdse evaluatie van het experiment uit. Hierin adviseerde de NZa het voortzetten en verder uitbreiden van de inzet op het verhelderen van de klantvraag, het verbeteren van de cliëntondersteuning en het leveren van passende, persoonsvolgende zorg. De NZa concludeerde daarnaast dat een aparte experimentregelgeving van de NZa niet nodig is voor de inkoop van persoonsvolgende zorg. Op basis daarvan heeft de minister besloten de deze regeling na 2018 niet voort te zetten.

## Eindevaluatie

In de landelijke stuurgroep van het experiment persoonsvolgende zorg is afgesproken dat de eindevaluatie bestaat uit een kwalitatieve monitor (uitgevoerd door bureau HHM, in opdracht van het ministerie van VWS) en een kwantitatieve monitor (uitgevoerd door de NZa), waarbij de nadruk op de kwalitatieve aspecten van de persoonsvolgendheid ligt. In de kwalitatieve monitor staat de vraag centraal of de behoeften en voorkeuren van cliënten goed worden gehoord en gerealiseerd en hoe cliënten de geboden informatie en ondersteuning waarderen. De kwantitatieve rapportage van de NZa is ondersteunend aan de kwalitatieve analyse. De kwantitatieve monitor presenteert indicatie-, wachtlijst- en productiegegevens vanaf 2015 tot en met 2018 en de gevolgen van het experiment voor de benutting van het budgettair kader.

## Conclusies

*Het experiment heeft in de experimenteerregio's een positieve beweging ingezet naar meer persoonsvolgende zorg, die in belangrijke mate een cultuurverandering is.*

Het doel van het experiment was het vergroten van de mogelijkheden van cliënten om zorg te kiezen die het beste bij hun past. De partijen die betrokken waren bij de experimenten, lieten ons weten dat zij hierdoor in hun regio een positieve beweging zien naar meer persoonsvolgende zorg. Er is bijvoorbeeld te zien dat er in de experimenteerregio's meer gesprekken worden gevoerd over de wensen en behoeften van cliënten en over de manier waarop daaraan tegemoet kan worden gekomen. De bevindingen van de eindevaluatie laten zien dat dit in belangrijke mate een cultuurverandering is, die los staat van systeem- of stelselwijzigingen.

#### *Kansen voor verbetering*

We zien kansen om de cliëntondersteuning en de gesprekken over de wensen en behoeften van cliënten te verbeteren. Bijvoorbeeld door nog meer te kijken naar mogelijkheden buiten het bestaande zorgaanbod. Ook kan de samenwerking nog meer en blijvend geïntensiveerd worden tussen alle betrokken partijen die een rol hebben bij het zoeken naar en het organiseren van de zorg die het beste past bij de cliënt.

#### *Cliënten waarderen de onafhankelijke ondersteuning en persoonlijk contact*

De experimenten laten zien dat de onafhankelijke cliëntondersteuner een duidelijke meerwaarde heeft. Zo bleek in de regio Rotterdam dat cliënten en hun vertegenwoordigers de informatie en ondersteuning van de onafhankelijke cliëntondersteuners waarderen. In Zuid-Limburg zagen we dat ontwikkelde materialen zoals folders beperkt gebruikt worden. Persoonlijk contact voor cliënten blijft belangrijk om de weg in het aanbod aan zorg te kunnen vinden.

Door de hulp van de cliëntondersteuning hebben cliënten meer het gevoel dat ze in control zijn. Het is daarom belangrijk dat mensen door de zorgaanbieders en de zorgkantoren worden gewezen op de mogelijkheid van cliëntondersteuning.

#### **Aanbevelingen**

*Blijf inzetten op het verhelderen van de klantvraag, het verbeteren van de (vindbaarheid van de) cliëntondersteuning en het samen leveren van passende, persoonsvolgende zorg.* De eindexamen toont aan dat ons advies uit de tussenevaluatie nog steeds actueel is: blijf inzetten op het verhelderen van de klantvraag, het verbeteren van de (vindbaarheid van de) cliëntondersteuning en het samen leveren van passende, persoonsvolgende zorg. Hoe beter deze gesprekken gevoerd worden, hoe eerder ook de leemtes in het aanbod voor specifieke doelgroepen in beeld komen.

#### *Organiseer blijvende aandacht voor persoonsvolgende zorg*

Op dit moment is het al mogelijk om meer persoonsvolgende zorg te organiseren in de regio. Toch zien we dat deze beweging niet volledig vanzelf tot stand komt of voortgezet wordt. Het is daarom belangrijk dat blijvende aandacht hiervoor georganiseerd wordt in de regio's. Hoe dat gerealiseerd wordt, is aan de zorgkantoren en zorgaanbieders. Zo kan een projectorganisatie worden opgericht, maar kunnen ook de zorgkantoren of (samenwerkende) zorgaanbieders in de regio de regie nemen. De zorgkantoren uit de experimentregio's gaven aan dat zij bereid zijn om te faciliteren dat de ingeslagen koers binnen het experiment in hun regio wordt voortgezet.

#### *Faciliteer cliëntondersteuning over de domeinen heen*

De partijen uit de landelijke stuurgroep van het experiment persoonsvolgende zorg, doen de oproep aan het ministerie van VWS om mogelijk te maken dat de onafhankelijke cliëntondersteuner ook in de andere domeinen (zorg vanuit de Zvw en vanuit de gemeenten) ingezet kan worden. De onafhankelijke cliëntondersteuner kan dan eerder ingezet worden. Dit zal onder andere helpen om het aantal crisisopnamen te verminderen. De bekostiging en verantwoording daarvoor moet nader worden uitgewerkt. De NZa is hierover in gesprek met zorgkantoren en VWS.

#### *Blijf inzetten op samenwerking in regionale netwerken*

Ook op andere gebieden is meer samenwerking in het regionale netwerk nodig. Zo is voor het ontwikkelen van een innovatief aanbod in de regio medewerking van de gemeenten nodig. Ook is samenwerking met woningcorporaties gewenst om te zorgen voor passende huisvesting.



# Inleiding

Eindevaluatie experiment persoonsvolgende zorg

# Inleiding

In 2017 is gestart met het experiment persoonsvolgende zorg in de Wlz in de regio's Rotterdam voor de sector gehandicaptenzorg en Zuid-Limburg voor de sector verpleging en verzorging. Het experiment had een looptijd van twee jaar: van 1 januari 2017 – 31 december 2018.

## Doelstelling experiment

Het doel van de experimenten Persoonsvolgende zorg is het vergroten van de mogelijkheden van cliënten om zorg te kiezen die het beste bij hun past.

Onder dit doel worden vier subdoelen onderscheiden:

1. versterken van de positie van de cliënt in het keuzeproces,
2. vergroten van de keuzemogelijkheden en keuzevrijheid voor de cliënt door een gedifferentieerd zorgaanbod in de regio,
3. zorgverlening die qua aard, omvang en locatie zoveel mogelijk aansluit bij de concrete vraag van de cliënt,
4. beter in beeld krijgen van de keuzemogelijkheden en processen vooraf, tijdens en na de zorgverlening in de Wlz.

## Vormgeving experiment

Bij aanvang van het experiment persoonsvolgende zorg is een aantal condities gecreëerd die de invoering van het experiment ondersteunen.

In beide regio's is een projectorganisatie ingericht met als doel het verhelderen van de klantvraag, het verbeteren van de cliëntondersteuning en het afstemmen van de zorg op de behoeften en wensen van de cliënt. Per regio is een projectleider aangesteld. Deze projectleiders hebben zich, in samenwerking met alle betrokkenen, volop ingezet om deze doelen te realiseren. De projectorganisaties in beide regio's hebben een aanjaagfunctie gehad binnen het experiment.

De projectleiders hebben intensief contact gehad met de zorgaanbieders en het zorgkantoor, die de verantwoordelijkheid hebben om ervoor te zorgen dat de cliënten de vrijheid hebben om hun zorg af te nemen bij de aanbieder van hun voorkeur en zorg te ontvangen die voldoet aan hun wensen.

Daarnaast hebben wij onze regelgeving zodanig aangepast dat zorgkantoren en zorgaanbieders de ruimte kregen om de zorginkoop persoonsvolgend vorm te geven. Belangrijke onderdelen hiervan waren het vaststellen van vaste tarieven voor zorgaanbieders die meededen aan het experiment, en het loslaten van de budgetplafonds in de experimenteerregio's. Hiervoor heeft de NZa in september 2016 een aanwijzing van VWS ontvangen.

Voor het experiment is een landelijke stuurgroep ingesteld die is voorgezeten door VWS. In deze stuurgroep zijn de volgende partijen vertegenwoordigd: VWS, ZN, Zilveren Kruis, CZ, ActiZ, VGN, Zorgthuisnl (voorheen BTN), Per Saldo, Patiëntenfederatie, Ieder(in), LOC, BVKZ, NZa, de projectleiders van beide regio's en bureau HHM.

#### **Conclusies tussentijdse evaluatie**

Met onze brief van 17 mei 2018 (kenmerk 289480/433169) hebben we een tussentijdse evaluatie van het experiment uitgebracht. Hierin adviseerde de NZa het voortzetten en verder uitbreiden van de inzet op het verhelderen van de klantvraag, het verbeteren van de cliëntondersteuning en het leveren van passende, persoonsvolgende zorg. De NZa concludeerde daarnaast dat een aparte experimentregelgeving van de NZa niet nodig is voor de inkoop van persoonsvolgende zorg. Op basis daarvan heeft de minister besloten de deze regeling na 2018 niet voort te zetten.

#### **Vormgeving eindevaluatie**

In de landelijke stuurgroep van het experiment persoonsvolgende zorg is afgesproken dat de eindevaluatie bestaat uit een kwalitatieve monitor (uitgevoerd door bureau HHM, in opdracht van het ministerie van VWS) en een kwantitatieve monitor (uitgevoerd door de NZa), waarbij de nadruk op de kwalitatieve aspecten van de persoonsvolgendheid ligt.

#### *Kwantitatieve en kwalitatieve resultaten*

In de kwalitatieve monitor staat de vraag centraal of de behoeften en voorkeuren van cliënten goed worden gehoord en gerealiseerd en hoe cliënten de geboden informatie en ondersteuning waarderen. De kwantitatieve rapportage van de NZa is ondersteunend aan de kwalitatieve analyse. De kwantitatieve monitor presenteert indicatie-, wachtlijst- en productiegegevens vanaf 2015 tot en met 2018 en de gevolgen van het experiment voor de benutting van het budgettair kader.

In overleg met de landelijke stuurgroep is besloten dat bij de eindevaluatie geen gegevens uit controleregio's meer betrokken worden. Dit heeft als reden dat door de wijzigingen in de bekostiging in 2018 (die zijn toegelicht in onze tussentijdse evaluatie), waardoor persoonsvolgende bekostiging ook buiten de experimentregio's mogelijk is geworden, geen goede vergelijkingen meer kunnen worden gemaakt. Dit maakt echter dat de resultaten uit de kwantitatieve rapportage lastig te duiden zijn, en dat koppelingen met de experimentomstandigheden (oorzakelijke verbanden) niet goed gemaakt kunnen worden.

#### *Reflecties stuurgroepen*

De resultaten uit en de samenhang tussen de conceptmonitors van bureau HHM en NZa zijn in maart en april 2019 besproken in de regionale stuurgroepen in de experimentregio's Rotterdam en Zuid-Limburg. Op 16 april 2019 is de volledige concept eindevaluatie besproken in de landelijke stuurgroep.

#### *Leeswijzer*

In de volgende twee hoofdstukken volgen respectievelijk een samenvatting van de kwalitatieve en kwantitatieve monitors voor Zuid-Limburg en Rotterdam, en de reflecties van beide regionale stuurgroepen. Vervolgens zijn de reflecties van de landelijke stuurgroep opgenomen. In het laatste hoofdstuk geven wij een conclusie van de gehele eindevaluatie en doen we aanbevelingen. De volledige kwalitatieve en kwalitatieve monitors zijn opgenomen als bijlage bij dit document.

# Zuid-Limburg

Eindevaluatie experiment persoonsvolgende zorg

## Zuid-Limburg

Uit de kwalitatieve monitor van bureau HHM blijkt het volgende:

Client(vertegenwoordigers), medewerkers en bestuurders geven in gesprekken aan dat door het experiment meer en gestructureerde aandacht is voor persoonsgerichte zorg van cliënten. Daarbij wordt benoemd dat deze beweging landelijk speelt en dat verschillende initiatieven (Kwaliteitskader, Waardigheid & Trots, het experiment Persoonsvolgende zorg) bijdragen aan het meer persoonsgericht werken in Zuid-Limburg. Hierbij wordt door alle partijen benadrukt dat men zonder het experiment niet zover was gekomen als waar men nu staat.

### *Worden wensen en behoeften goed gehoord?*

Zowel vanuit de ervaringen van cliënt(vertegenwoordigers), medewerkers als bestuurders kan bureau HHM bevestigen dat de wensen en de behoeften en voorkeuren goed zijn gehoord. Medewerkers hebben meer aandacht voor de wensen en behoeften en gaan op zoek naar passende zorg uitgaande van deze wensen en behoeften. Er zijn verschillende initiatieven ondernomen om cliënten te ondersteunen bij het verhelderen van hun wensen en behoeften (cliëntondersteuning beter beschikbaar, Informatiemateriaal, et cetera).



Tegelijkertijd ziet bureau HHM, ondanks alle goede intenties, het volgende aandachtspunt dat het zicht op de wensen en behoeften vertroebelt: cliënten denken vaak pas na over wat hun wensen en behoeften zijn als ze niet langer meer thuis kunnen wonen. Hierdoor is er beperkt tijd om na te denken over een passende plek en de passende ondersteuning en meer kans op het verkeerd plaatsen van cliënten. Echt ruimte geven aan de wensen en behoeften van cliënten vraagt continue aandacht van alle betrokkenen. In het experiment zijn hiervoor belangrijke eerste stappen gezet; nu komt het aan op werkelijke verandering.

### *Worden wensen en behoeften gerealiseerd?*

Over het algemeen worden veel wensen en behoeften gerealiseerd. Aanbieders hebben steeds meer aandacht voor het realiseren van iemands wensen en behoeften en proberen hier gezamenlijk invulling aan te geven. Sommige cliënten met wie bureau HHM heeft gesproken, of die een vragenlijst hadden ingevuld waren erg tevreden over de gelopen klantreis en de invulling van de wensen en behoeften. Niet alle wensen en behoeften kunnen worden ingevuld omdat dit tijd en middelen vraagt, bijvoorbeeld bepaalde capaciteit bijbouwen.

Cliënten(vertegenwoordigers) benoemen dat zij er mee kunnen leven als niet alle wensen en behoeften ingewilligd kunnen worden, maar dat ze het wel belangrijk vinden dat wordt onderbouwd waarom bepaalde dingen niet kunnen. Er zijn ook enkele cliënten en naasten die hierover nog aandachtspunten hebben benoemd (bijvoorbeeld de onmogelijkheid om continu bezoek te ontvangen). Daarnaast benoemen ook aanbieders dat het niet altijd mogelijk is iemand een passende plek te bieden bijvoorbeeld door wachtlijsten bij een locatie. Het bijbouwen van extra capaciteit vraagt dan tijd en geld waardoor niet alle wensen direct ingevuld kunnen worden.

#### *Hoe waarden cliënten informatie en ondersteuning?*

Wat betreft de informatievoorziening en ondersteuning zijn veel acties ondernomen in het experiment.

Client(vertegenwoordigers) geven aan dat vooral persoonlijk contact hierbij belangrijk is. De ontwikkelde andere materialen zoals folders worden beperkt gebruikt. Een ander concreet resultaat van het experiment is het gebruik van de website [wikibelangrijkvind.nl](http://wikibelangrijkvind.nl), ter ondersteuning van de vraagverheldering van een cliënt (deze website is ontwikkeld in een promotietraject). Daarnaast is de informatie op de Zorgatlas verbeterd maar vraagt dit volgens de betrokkenen nog extra aandacht vanwege die gebruiksvriendelijkheid. Hoe cliënten de website en folders beoordelen kan bureau HHM met deze monitor nog niet goed vaststellen. Dit kan eind 2019 worden getoetst door de betrokkenen in het experiment.

Uit de kwantitatieve monitor van de NZa blijkt het volgende:

#### *Productiegegevens*

Er is een toename in het aantal indicaties en een toename in het aandeel vpt. In de zzp-mix zijn geen veranderingen.

#### *Budgettair kader*

De benutting van het budgettair kader blijft binnen het beschikbare (opgehoogde) budget. Het kader voor het experiment voor de regio Zuid-Limburg bedroeg bij aanvang in 2017 € 485 miljoen; eind 2018 was dat € 563 miljoen.

#### *Wachlijstgegevens*

De wachlijstgegevens zijn als gevolg van administratieve wijzigingen moeilijk betrouwbaar te interpreteren.

#### **Reflectie regionale stuurgroep**

In de regionale stuurgroep in Zuid-Limburg zijn de resultaten uit, en de samenhang tussen, de monitors besproken. Hierbij is het volgende naar voren gekomen.

- De regionale stuurgroep ziet dat persoonsvolgende zorg de 'nieuwe norm' is geworden. Er is een beweging waarin de aandacht uitgaat naar persoonsgerichte zorg op gang gekomen, niet alleen door het experiment, maar ook het programma Waardigheid en Trots, en het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. In de afgelopen periode zijn deze ontwikkelingen die allemaal de persoonsgerichte zorg als uitgangspunt hebben, samengekomen. Het experiment heeft er volgens de stuurgroep voor gezorgd dat de regio Zuid-Limburg eerder deze ontwikkelingen heeft doorgemaakt.
- Met betrekking tot de keuze van de cliënt merkt de regionale stuurgroep op dat de praktijk is dat cliënten de keuze voor een zorgaanbieder voor zich uitschulven: een aanbieder geeft aan dat 60% van hun intramurale cliënten instroomt vanuit het ziekenhuis; het aantal cliënten zonder overbruggingszorg daalt, aldus CZ. Dit is ook zichtbaar in een stijging/verbreding van het mpt aanbod.
- Wachlijstgegevens worden herkend. Door verbreding van het aanbod zien aanbieders ook crisisopnamen vanuit huis stabiliseren in plaats van toenemen.
- De cliëntondersteuning is inhoudelijk goed; het gaat er nu vooral om de vindbaarheid van de cliëntondersteuning te verbeteren. Een deelnemer heeft daarbij aangegeven dat cliënten in de VV kiezen op basis van makkelijk vindbare zaken zoals afstand tot familie en dat de cliëntondersteuning daardoor mogelijk al aan het plafond van potentiële gebruikers zit.
- De regionale stuurgroep merkt op dat in de regio Sittard de aanbieders een samenwerkingsvorm hebben gevonden waarin zij aan elkaar hun aanbod presenteren; dit leidt ertoe dat aanbieders beter naar elkaar kunnen verwijzen.

- Kleine zorgaanbieders hebben fricties tussen vraag en aanbod makkelijker kunnen opvangen door het experiment. Het wegvallen van het budgetplafond heeft een gunstiger ondernemingsklimaat veroorzaakt, waardoor het vpt aanbod in de regio is toegenomen.
- Ten aanzien van de benutting binnen het budgettaire kader merkt CZ op dat de uitgaven weliswaar binnen het kader blijven, maar dat het kader gedurende het experiment een aantal keer is opgehoogd. Dit is voor een deel ten koste gegaan van budgettaire ruimte in andere regio's. De toename van de uitgaven is echter niet geheel toe te schrijven aan het experiment; er is ook sprake van op zichzelf staande ontwikkelingen, bijvoorbeeld een verhoging van de prijzen als gevolg van het beschikbaar komen van de kwaliteitsmiddelen voor de verpleeghuissector, en de verwerking van de NHC/NIC in de prijzen, en autonome volumeontwikkelingen.
- Het wegvallen van het budgetplafond heeft volgens de deelnemers aan het experiment de relatie tussen de zorgaanbieders en het zorgkantoor verbeterd: zij zien elkaar meer als partners, doordat de rollen van de betrokken partijen niet meer door geld gedreven worden. Ook nu het budgetplafond weer terug is, heeft men profijt van een verbeterde onderlinge relatie.



# Rotterdam

Eindevaluatie experiment personeelszorg



# Rotterdam

Uit de kwalitatieve monitor van bureau HHM blijkt het volgende:

## *Worden wensen en behoeften goed gehoord?*

Als puur wordt gekeken naar de ervaringen van cliënten, kan bureau HHM bevestigend antwoorden op de vraag of de behoeften en voorkeuren goed zijn gehoord. Vooral door de cliëntondersteuners voelden cliënten zich serieus genomen en ze vonden dat de cliëntondersteuner op zoek ging naar passende zorg uitgaande van hun wensen en behoeften. De cliëntondersteuners bleken hierin ook heel belangrijk voor cliënten, vooral de functie van vraagbaak, steun en toeverlaat, degene die hen door het oerwoud heen hielp.

Tegelijkertijd ziet bureau HHM, ondanks alle goede intenties, drie punten die het zicht op de wensen en behoeften vertroebelen:

- bureau HHM heeft in de drie monitorrondes geconstateerd dat cliënten weinig dingen wensen die er niet zijn in het huidige aanbod, doordat ze met hun (vaak lange) geschiedenis van zorg al voorgesorteerd staan op het bestaande aanbod.
- Verder hoorde bureau HHM van cliëntondersteuners en medewerkers van zorgaanbieders dat ze de wensen van cliënten niet altijd reëel vinden, bijvoorbeeld mensen met LVB die op zichzelf willen wonen. In de diepte-interviews bleek dat ouders van een jongvolwassene met LVB dit zelf vaak ook vinden. Hierdoor bestaat het risico dat deze wens bij voorbaat al van tafel wordt geveegd. De partijen in het experiment vinden het belangrijk dat iedereen los van de mogelijkheden van realiseerbaarheid in gesprek gaat met de cliënt. Dit 'oordeelvrij luisteren' heeft veel aandacht gekregen in het experiment en het is van belang om hier alert op te blijven.
- bureau HHM proefde soms enige terughoudendheid bij medewerkers in het ophalen van de wensen, omdat ze niet weten of ze ook echt gerealiseerd kunnen worden (en je desillusie bij de cliënt wilt voorkomen).

Echt ruimte geven aan de wensen en behoeften van cliënten vraagt op al deze drie punten een andere mindset van betrokkenen. In het experiment zijn hiervoor belangrijke eerste stappen gezet; nu komt het aan op werkelijke verandering.

## *Worden wensen en behoeften gerealiseerd?*

In de realisatie van wensen en behoeften ziet bureau HHM een onderscheid tussen mensen die kiezen voor pgb en ZIN. Pgb is bij alle cliënten die bureau HHM heeft gesproken een bewuste keuze, die leidt tot passende zorg (afgezien van enkele situaties waarin de combinatie van pgb en ZIN tot problemen leidde). Bij de keuze voor een pgb spelen voornamelijk twee redenen mee:

- De wens om een kind (minderjarig of begin 20) zo lang mogelijk bij de ouders te laten wonen. Deze mensen willen op termijn wel overstappen naar zorg in een woonvorm van een instelling, maar willen voorlopig de zorg zelf organiseren en vaak ook voor een deel zelf leveren. Het pgb biedt hen de ruimte om dit naar eigen inzicht en onder eigen regie in te vullen. EN/OF:
- De ervaring dat ZIN onvoldoende aansluit bij de wensen en behoeften. Dit betreft vooral de wens van vaste gezichten en vertrouwde personen (vaak uit eigen netwerk) en soms de behoefte aan specifieke deskundigheid als gevolg van complexe medische zorg of ernstige gedragsproblematiek. Een deel van deze mensen zou de zorg wel in natura willen, maar kan geen instelling vinden die de gewenste of benodigde zorg kan leveren (in elk geval niet in de buurt van de familie). Mensen die kiezen voor ZIN hebben wisselende ervaringen met de mate waarin hun wensen en behoeften worden gerealiseerd.

Sommige cliënten die bureau HHM sprak doorliepen probleemloos de klantreis en vonden binnen afzienbare tijd een plek die aan hun wensen voldeed: in de buurt van familie en dagbesteding, met de gewenste hoeveelheid eigen ruimte (volledig zelfstandig appartement of juist wonen in een groep) en met de juiste ondersteuning. Dit waren vaak de mensen met een relatief lichte indicatie (VG3 of VG4). Anderen vonden wel een plek die aan de wensen voldeed, maar konden daar niet direct terecht vanwege een wachtlijst en kozen voor een tijdelijke oplossing in de thuissituatie met ZIN of pgb. Weer anderen vonden geen geschikte plek, maar konden het thuis niet langer voor elkaar krijgen en kozen daarom voor een 'second best' (een goede plek verder weg of een plek die niet volledig aan de zorgvraag en wensen tegemoetkomt). Er is volgens de betrokken partijen nog niet veel concrete actie ondernomen om het aanbod beter passend te maken. Voor een deel van de cliënten lijkt dit niet nodig, want die kunnen worden bediend met het bestaande aanbod. Door de drie kanttekeningen die hiervoor zijn beschreven (cliënten wensen weinig wat niet in het huidige aanbod zit, terughoudendheid bij het ophalen van wensen en de interpretatie dat wensen niet altijd reëel zijn) merkt bureau HHM echter op dat dit relatief is. Daarnaast heeft het experiment duidelijk gemaakt dat er cliënten zijn met specifieke wensen of behoeften. Het lijkt erop dat het experiment vooral zicht heeft gegeven op de leemtes in het aanbod voor deze cliënten, zoals plekken voor cliënten met ernstig probleemgedrag of psychische problemen en mogelijkheden voor respijtzorg. Voor deze cliënten en ondersteuningsvragen moeten zorgkantoor en zorgaanbieders gezamenlijk actie ondernemen.

*Hoe waarderen cliënten informatie en ondersteuning?*  
Wat betreft de informatievoorziening en ondersteuning is de waardering van de cliënten (vertegenwoordigers) voor de onafhankelijke cliëntondersteuners evident.

Dat iemand meedenkt en dingen regelt, geeft dat mensen voelen dat ze ontzorgd worden in een vaak hectische of onzekere tijd. Er is vooral grote behoefte aan gefilterde informatie: mensen zien anders door de bomen het bos niet meer.

Door de hulp van de cliëntondersteuning hebben cliënten meer het gevoel dat ze in control zijn. Het is daarom belangrijk dat mensen op de cliëntondersteuning worden gewezen. In het experiment heeft dit terecht veel aandacht gekregen. Een ander concreet resultaat van het experiment is de website [zogewoon.nl](http://zogewoon.nl), ter ondersteuning van de vraagverheldering en de matching van vraag en aanbod. Zoals gezegd valt hier qua persoons-volgendheid wel wat op af te dingen, omdat er gematcht wordt met bestaand aanbod. Maar voor cliënten die daar voldoende mee geholpen zijn, kan de website een mooi hulpmiddel zijn in het keuzeprocess: duidelijkheid over wat je kunt kiezen is voor de meeste cliënten meer waard dan veel aanbod om uit te kiezen. Het komende jaar kunnen de partijen blijven monitoren hoe cliënten de geboden informatie en ondersteuning waarderen én of de inspanningen leiden tot zorg die past bij de wensen, behoeften en voorkeuren van cliënten. In dit kader wordt via de website ook zichtbaar welke wensen met het best passend aanbod niet kunnen worden gehonoreerd (het brengt de mismatch in kaart). Dit maakt duidelijk wat nodig is om tot beter passende zorg te komen.

Uit de kwantitatieve monitor van de NZa blijkt het volgende:

*Productiegegevens*

Er is een toename in het aantal (hoge) indicaties, vooral bij vg en lg. Bij de lvg daalt het totale aantal indicaties en voor de zg zijn de aantallen te klein om conclusies te trekken. Aan het begin van het experiment (2017) is een daling in het aandeel vpt opgetreden, maar na verloop van tijd komt het aandeel weer (bijna) op het niveau van voor het experiment.

#### *Budgettair kader*

De benutting van het budgettair kader laat een (geringe) overschrijding van het beschikbare (opgehoogde) budget zien. Het kader voor het experiment voor de regio Rotterdam bedroeg bij aanvang in 2017 € 170 miljoen; eind 2018 was dat € 183 miljoen. Zilveren Kruis meldde in februari 2019 dat het kader volgens de toen beschikbare cijfers met circa € 0,5 miljoen is overschreden.

#### *Wachttijstgegevens*

De wachttijstgegevens zijn als gevolg van administratieve wijzigingen moeilijk betrouwbaar te interpreteren.

#### **Reflectie regionale stuurgroep**

In de regionale stuurgroep in Rotterdam zijn de resultaten uit, en de samenhang tussen, de monitors besproken. Hierbij is het volgende naar voren gekomen.

- Gedurende het experiment hebben ook andere ontwikkelingen plaatsgevonden, zoals de introductie van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en de start van het programma Volwaardig Leven. Deze ontwikkelingen kennen een andere focus en staan qua implementatie in de beginfase. Doordat binnen het experiment expliciet aandacht uit is gegaan naar de onafhankelijke cliëntondersteuner zijn de effecten op dit gebied volgens de regionale stuurgroep echt toe te schrijven aan het experiment.
- Het verder doorontwikkelen van persoonsvolgende zorg is nodig. De deelnemende partijen vinden een experimentperiode van twee jaar te kort om dit goed uit te ontwikkelen.

- Partijen merken op dat het ministerie van VWS daarbij een regierol heeft toebedeeld aan het zorgkantoor. Zorgaanbieders geven daarbij aan dat die regierol breder moet worden gezien dan alleen een rol via de inkoop; ook de samenwerking tussen zorgaanbieders moet gestimuleerd worden, en het zorgkantoor zou een faciliterende rol kunnen pakken bijvoorbeeld bij het onderhouden van de website.
- De stuurgroep geeft aan dat het in deze regierol bijvoorbeeld ook belangrijk is dat de wachttijstinformatie goed beschikbaar is. Bijvoorbeeld cliënten met overbruggingszorg zouden meer urgent in beeld moeten zijn.
- De urgentie om meer persoonsvolgend te werken wordt volgens de stuurgroep daarbij op dit moment nog niet voldoende bij alle partijen gevoeld. Een echte beweging komt pas op gang wanneer alle betrokkenen gedreven zijn en zich hieraan committeren.
- Daarnaast is opgemerkt dat het versterken van de positie van de cliënt verder gaat dan het bieden van inzicht over het zorgaanbod aan de cliënt; cliënten moeten invloed kunnen uitoefenen op de aansluiting van de zorg bij hun wensen.
- De stuurgroep beveelt aan om de geleerde lessen uit het experiment op te schalen naar andere regio's, en om ook domeinoverstijgend hiermee aan de slag te gaan.
- Een belangrijk punt hierbij is de samenwerking met het gemeentelijk domein (bijvoorbeeld over het oplossen van huisvestingsproblemen in de stad).

# Reflectie landelijke stuurgroep

Eindevaluatie experiment persoonsvolgende zorg

## Reflectie landelijke stuurgroep

Per Saldo is positief over de verbetering die het experiment aan de voorkant van het zorgproces heeft gebracht: de hulpvraag van de cliënt en het aanbod zijn beter in beeld, en de cliëntondersteuning heeft meer vorm gekregen.

Echter in de stappen na het keuzeprocess ziet Per Saldo nog mogelijkheden voor verbetering: zo liggen er nog knelpunten bij het aanbod dat niet gecontracteerd is. Het komt nog voor dat cliënten voor pgb kiezen omdat de zorg bij de aanbieder van hun voorkeur niet via zorg in natura beschikbaar is. Het experiment heeft dus ook in beeld gebracht wat er nog ontbreekt om de goede aansluiting tussen de zorgvraag en het gewenste aanbod te maken.

Ook zouden zorgaanbieders volgens Per Saldo meer kunnen doen op het gebied van persoonsvolgende zorg binnen de zorgaanbieder, waarbij ook andere zorgaanbieders betrokken kunnen worden (het inlenen van zorg). Zorgkantoren merken op dat dit onderwerp van gesprek is binnen de kwaliteitsdialog met de zorgaanbieder: hoe geeft de aanbieder vorm aan persoonsvolgende zorg en hoe wordt daarbij samengewerkt met andere zorgaanbieders.

De stuurgroep is positief over de toename van het aantal zorgaanbieders in de experimentregio's. Hoewel de marktaandeel van de grotere aanbieders niet veel wijzigen, zijn er toch enkele kleine aanbieders bij gekomen. Dit vergroot de keuzemogelijkheden voor de cliënt. Daarbij wordt opgemerkt dat kleine aanbieders soms ook zorg kunnen leveren, die grotere aanbieders niet kunnen leveren, zoals 24-uurs toezicht bij een cliënt in huis.

Door BVKZ wordt hierbij opgemerkt dat bij gemeenten een omgekeerde beweging is te zien: zij kopen steeds vaker zorg in bij een beperkt aantal (grote) zorgorganisaties voor een gehele regio. Bij een uitbreiding van persoonsvolgende zorg naar andere domeinen ligt hier dus een uitdaging voor een goede samenwerking tussen gemeenten, zorgkantoor en zorgorganisaties.

De stuurgroep vindt de stijging in vpt in Zuid Limburg opvallend. Dit wordt als positief effect van het experiment geduid. CZ geeft hierover aan dat het aandeel vpt vóór het experiment juist relatief laag was in vergelijking met andere regio's. Of de ontwikkeling naar meer vpt ook betekent dat de zorg per cliënt goedkoper is geworden, kan niet uit de cijfers opgemaakt worden. Er zijn geen analyses op cliëntniveau uitgevoerd.

Ten aanzien van de wachtlijstgegevens merkt de stuurgroep op dat deze door de administratieve wijzigingen moeilijk te interpreteren zijn, maar de stuurgroep is wel geneigd uit de cijfers (waaronder de ontwikkelingen in de indicaties) te concluderen dat meer mensen in zorg zijn gekomen. Er kan echter geen vergelijking met andere regio's worden gemaakt.

Het LOC merkt op dat de omslag naar meer persoonsgerichte zorg vooral via een cultuur- en gedragsverandering bereikt kan worden. Het LOC vindt het belangrijk dat ingezet wordt op opleiding en training van personeel. Binnen het experiment worden cultuur- en gedragsveranderingen (zoals bijvoorbeeld het oordeelsvrij luisteren) bewerkstelligd doordat met hulp van buiten de organisatie de aandacht op dergelijke aspecten gevestigd wordt.

Tegelijk kan de aandacht voor het in beeld krijgen van de wensen van de cliënt en de inspanningen om hieraan tegemoet te komen er aan bijdragen dat, ook onder de zorgprofessionals, beter inzicht bestaat over alternatief aanbod dan binnen de eigen zorgorganisatie.

De projectleider in Rotterdam merkt op dat het belangrijk is dat de wensen van de cliënt niet alleen goed in beeld zijn op het moment dat de cliënt in zorg komt, maar dat deze daarna ook in beeld blijven. Als er in eerste instantie niet direct aan de wensen van de cliënt tegemoet gekomen kan worden, kan dat mogelijk op een later moment wel. Het (blijven) zoeken naar de match tussen de zorgvraag en passend aanbod speelt dus ook als de cliënt al in zorg is.

De stuurgroep doet de oproep om mogelijk te maken dat de onafhankelijke cliëntondersteuner over de domeinen heen ingezet kan worden. Daarmee kan bereikt worden dat de onafhankelijke cliëntondersteuner eerder ingezet kan worden, en het aantal crisisopnamen afnemen. Ook op andere gebieden is volgens de stuurgroep de samenwerking met de andere domeinen nodig: om innovatief aanbod te ontwikkelen is medewerking van de gemeenten nodig, en samenwerking met woningcorporaties is gewenst vanwege de huisvestingsproblematiek.

# Conclusies en aanbevelingen

Eindevaluatie experiment persoonsvolgende zorg

# Conclusies en aanbevelingen

## Conclusies

*Het experiment heeft in de experimenteerregio's een positieve beweging ingezet naar meer persoonsvolgende zorg, die in belangrijke mate een cultuurverandering is.*

Het doel van het experiment was het vergroten van de mogelijkheden van cliënten om zorg te kiezen die het beste bij hun past. De partijen die betrokken waren bij de experimenten, lieten ons weten dat zij hierdoor in hun regio een positieve beweging zien naar meer persoonsvolgende zorg. Er is bijvoorbeeld te zien dat er in de experimenteerregio's meer gesprekken worden gevoerd over de wensen en behoeften van cliënten en over de manier waarop daaraan tegemoet kan worden gekomen. De bevindingen van de eindvaluatie laten zien dat dit in belangrijke mate een cultuurverandering is, die los staat van systeem- of stelselwijzigingen.

### *Kansen voor verbetering*

We zien kansen om de cliëntondersteuning en de gesprekken over de wensen en behoeften van cliënten te verbeteren. Bijvoorbeeld door nog meer te kijken naar mogelijkheden buiten het bestaande zorgaanbod. Ook kan de samenwerking nog meer en blijvend geïntensiveerd worden tussen alle betrokken partijen die een rol hebben bij het zoeken naar en het organiseren van de zorg die het beste past bij de cliënt.

### *Cliënten waarderen de onafhankelijke ondersteuning en persoonlijk contact*

De experimenten laten zien dat de onafhankelijke cliëntondersteuner een duidelijke meerwaarde heeft. Zo bleek in de regio Rotterdam dat cliënten en hun vertegenwoordigers de informatie en ondersteuning van de onafhankelijke cliëntondersteuners waarderen. In Zuid-Limburg zagen we dat ontwikkelde materialen zoals folders beperkt gebruikt worden. Persoonlijk contact voor cliënten blijft blijikbaar belangrijk om de weg in het aanbod aan zorg te kunnen vinden.

Door de hulp van de cliëntondersteuning hebben cliënten meer het gevoel dat ze in control zijn. Het is daarom belangrijk dat mensen door de zorgaanbieders en de zorgkantoren worden gewezen op de mogelijkheid van cliëntondersteuning.

## Aanbevelingen

*Blijf inzetten op het verhelderen van de klantvraag, het verbeteren van de (vindbaarheid van de) cliëntondersteuning en het samen leveren van passende, persoonsvolgende zorg.* De eindevaluatie toont aan dat ons advies uit de tussenevaluatie nog steeds actueel is: blijf inzetten op het verhelderen van de klantvraag, het verbeteren van de (vindbaarheid van de) cliëntondersteuning en het samen leveren van passende, persoonsvolgende zorg. Hoe beter deze gesprekken gevoerd worden, hoe eerder ook de leemtes in het aanbod voor specifieke doelgroepen in beeld komen.

### *Organiseer blijvende aandacht voor persoonsvolgende zorg*

Op dit moment is het al mogelijk om meer persoonsvolgende zorg te organiseren in de regio. Toch zien we dat deze beweging niet volledig vanzelf tot stand komt of voortgezet wordt. Het is daarom belangrijk dat blijvende aandacht hiervoor georganiseerd wordt in de regio's. Hoe dat gerealiseerd wordt, is aan de zorgkantoren en zorgaanbieders. Zo kan een projectorganisatie worden opgericht, maar kunnen ook de zorgkantoren of (samenwerkende) zorgaanbieders in de regio de regie nemen. De zorgkantoren uit de experimentregio's gaven aan dat zij bereid zijn om te faciliteren dat de ingeslagen koers binnen het experiment in hun regio wordt voortgezet.



*Faciliteer cliëntondersteuning over de domeinen heen*

De partijen uit de landelijke stuurgroep van het experiment persoonsvolgende zorg, doen de oproep aan het ministerie van VWS om mogelijk te maken dat de onafhankelijke cliëntondersteuner ook in de andere domeinen (zorg vanuit de Zvw en vanuit de gemeenten) ingezet kan worden. De onafhankelijke cliëntondersteuner kan dan eerder ingezet worden. Dit zal onder andere helpen om het aantal crisisopnamen te verminderen. De bekostiging en verantwoording daarvoor moet nader worden uitgewerkt. De NZa is hierover in gesprek met zorgkantoren en VWS.

*Blijf inzetten op samenwerking in regionale netwerken*

Ook op andere gebieden is meer samenwerking in het regionale netwerk nodig. Zo is voor het ontwikkelen van een innovatief aanbod in de regio medewerking van de gemeenten nodig. Ook is samenwerking met woningcorporaties gewenst om te zorgen voor passende huisvesting.

# Bijlagen

Eindevaluatie experiment persoonsvolgende zorg

# Bijlagen

Bijlage 1a: Kwalitatieve monitor experiment Persoonsvolgende Zorg - Eindrapportage regio Zuid-Limburg (bureau HHM)

Bijlage 1b - Eindrapportage kwantitatieve monitor Zuid-Limburg (NZa)

Bijlage 2a: Kwalitatieve monitor experiment Persoonsvolgende Zorg - Eindrapportage regio Rotterdam (bureau HHM)

Bijlage 2b - Eindrapportage kwantitatieve monitor Rotterdam (NZa)



Nederlandse  
Zorgautoriteit

NZA • Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht • Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht • 088 - 770 8 770 • [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl) • [www.nza.nl](http://www.nza.nl)  
*Wij werken aan goede en betaalbare zorg.*



ONDERZOEKT | ADVISEERT | BEWEEGT

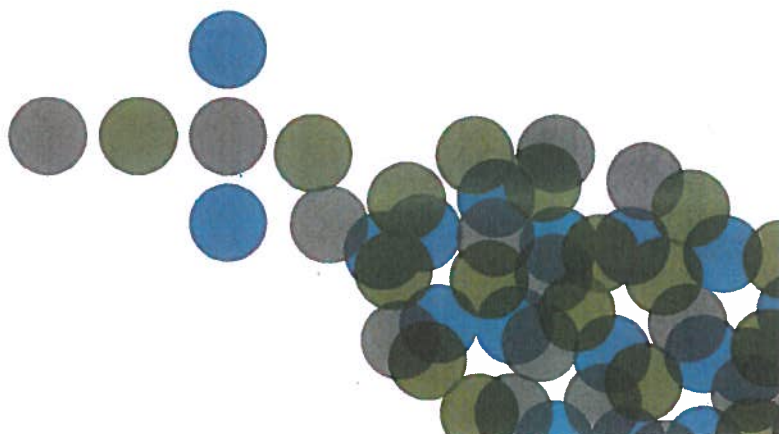
## Kwalitatieve monitor experiment Persoonsvolgende Zorg

Eindrapportage regio Zuid-Limburg

**Auteur(s)** drs. Maartje Hanning en dr. Patrick Jansen  
**Opdrachtgever** Ministerie van VWS

**Kenmerk** MG/19/0576/qmexpv  
**Publicatiedatum** 19 april 2019

© Bureau HMM



## Inhoud

1.	Doel en werkwijze.....	3
1.1	Werkwijze monitor regio Zuid-Limburg .....	3
1.2	Respons monitor regio Zuid-Limburg .....	4
1.3	Leeswijzer.....	5
2.	Impact van experiment op klantreis .....	6
2.1	Fase van vraagverheldering en vaststellen ondersteuningsvraag .....	6
2.2	Fase van aanvraag indicatie .....	8
2.3	Fase van oriëntatie op passend aanbod .....	8
2.4	Fase van start en aanpassen zorgverlening .....	10
3.	Reflectie op experiment .....	15
3.1	Bevorderende en belemmerende factoren.....	15
3.2	Adviezen voor andere organisaties/regio's.....	16
4.	Samenvattende conclusie.....	17
4.1	Worden wensen en behoeften goed gehoord?.....	17
4.2	Worden wensen en behoeften gerealiseerd? .....	17
4.3	Hoe waarderen cliënten informatie en ondersteuning?.....	18

1

2

3

4



MG719/0576/qme>p

## 1. Doel en werkwijze

*In de kwalitatieve monitor van het experiment Persoonsvolgende zorg in de regio Zuid-Limburg hebben wij onderzocht of cliënten ervaren dat zij vormen van zorg kunnen kiezen die goed aansluiten bij hun manier van leven, hun wensen en mogelijkheden.*

Het doel van de experimenten Persoonsvolgende zorg is het vergroten van de mogelijkheden van cliënten om zorg te kiezen die het beste bij hun past. Onder dit doel worden vier subdoelen onderscheiden:

1. versterken van de positie van de cliënt in het keuzeproces,
2. vergroten van de keuzemogelijkheden en keuzevrijheid voor de cliënt door een gedifferentieerd zorgaanbod in de regio,
3. zorgverlening die qua aard, omvang en locatie zoveel mogelijk aansluit bij de concrete vraag van de cliënt,
4. beter in beeld krijgen van de keuzemogelijkheden en -processen vooraf, tijdens en na de zorgverlening in de Wlz.

- 1
- 2
- 3
- 4

*In de kwalitatieve monitor door bureau HHM staat de vraag centraal of de behoeften en voorkeuren van cliënten goed worden gehoord en gerealiseerd. En hoe cliënten de geboden informatie en ondersteuning waarderen.*

In deze rapportage beschrijven we onze werkwijze en bevindingen en beantwoorden we de centrale vraag.

### 1.1 Werkwijze monitor regio Zuid-Limburg

In de regio Zuid-Limburg hebben we in de eerste meting vragenlijsten uitgezet bij cliënten. In de tussentijdse rapportage hebben we verslag gedaan over deze resultaten. De respons op deze vragenlijst heeft inzicht gegeven in de wensen van cliënten en in de mate waarin cliënten informatie kunnen vinden en gebruiken om keuzes te maken voor het verkrijgen van passende zorg. Voor meer informatie verwijzen wij u naar de tussentijdse rapportage (kenmerk PJ/18/1069/qmexpv kwalitatieve monitor experiment persoonsvolgende zorg Zuid-Limburg).

De tussenrapportage over de monitor maakte ook duidelijk dat het moeilijk is om in beeld te brengen wat de effecten van de twee experimenten zijn. Om een verband te kunnen leggen tussen de gepleegde interventies en ervaringen van cliënten, is een grootschalig onderzoek nodig, inclusief controlegroep waar niet persoonsvolgend wordt gewerkt. Met name het ontbreken van een goede controlegroep (omdat vrijwel alle zorgorganisaties de slag aan het maken zijn om persoonsvolgend te werken), maakte het lastig om tijdens de tussenevaluatie over 2017 de effecten goed in beeld te brengen. Daarnaast waren veel organisaties al bezig met het vormgeven van persoonsvolgende zorg en heeft het experiment als katalysator gewerkt, waardoor moeilijk is vast te stellen wat toe te schrijven is aan het experiment.

Deze ervaringen hebben geleid tot een iets andere opzet van de monitor in 2018. In plaats van vragenlijsten onder cliënten hebben we interviews en focusgroepen gehouden. De interviews waren met cliënten en/of naasten van cliënten. De focusgroepen waren met medewerkers van organisaties, bestuurders en

cliëntvertegenwoordigers. Zodoende konden we naast de ervaringen van cliënten, ook de ervaringen van medewerkers ophalen. In deze focusgroepen hebben we de klantreis zoals deze in het experiment is beschreven centraal gezet. Voor alle stappen hebben we geïnventariseerd welke veranderingen het experiment heeft gebracht, welke effecten dat heeft op cliënten (positief en negatief) en wat de consequenties zijn voor medewerkers en organisaties (positief en negatief). Ook hebben we met medewerkers en organisaties gesproken over de bevorderende en belemmerende factoren voor het experiment en suggesties voor andere organisaties die meer persoonsvolgend willen werken.

### 1.2 Respons monitor regio Zuid-Limburg

Zoals eerder benoemd is voor de monitor in regio Zuid-Limburg in de eerste twee meetmomenten (augustus 2017 en januari 2018) gekozen voor het uitzetten van drie vragenlijsten:

1. verspreid onder cliënten die op dat moment maximaal 3 maanden op de wachtlijst stonden;
2. verspreid onder cliënten die op dat moment maximaal 3 maanden in zorg waren.
3. verspreid onder cliënten die dat moment cliëntondersteuning krijgen.

De vragenlijsten die zijn verstrekt aan cliënten in zorg verliep via de aanbieders. In Zuid-Limburg zijn 26 aanbieders gecontracteerd voor langdurige zorg in Zuid-Limburg, circa 15 van deze aanbieders hadden ook daadwerkelijk Wlz cliënten in zorg. Alle aanbieders zijn benaderd om aan te geven hoeveel cliënten maximaal 3 maanden in zorg zijn. Vervolgens zijn per meting aan de 15 aanbieders met Wlz cliënten in

totaal 800 vragenlijsten verstrekt. Deze 15 aanbieders hadden ook daadwerkelijk Wlz-clieñten in zorg. Van de retour ontvangen vragenlijsten van cliënten die zorg ontvangen tijdens metingen is op een groot aantal vragenlijsten aangegeven bij welke zorgaanbieder de cliënt zorg ontvangt. Het gaat hierbij om verschillende aanbieders, waarbij zowel respons ontvangen is van cliënten in zorg bij grote als bij kleine zorgaanbieders. De vragenlijsten die zijn verstrekt via de cliëntondersteuners hebben een respons van minder dan 10 vragenlijsten opgeleverd, zodat deze niet afzonderlijk zijn gepresenteerd.

Kenmerken respondenten	Wachtlijstclieñten		Clieñten in zorg	
	0-meting	1-meting	0-meting	1-meting
<b>Respons</b>	68	66	131	88
<b>Geslacht</b>				
- Vrouw	68%	61%	59%	65%
- Man	32%	31%	38%	33%
<b>Gemiddelde leeftijd</b>	84 jaar	84 jaar	84 jaar	84 jaar
<b>Zorg nodig vanwege</b>				
- Somatische aandoening	70%	63%	47%	53%
- Psychogeriatrische aandoening	28%	36%	53%	52%
- Psychische stoornis	0%	2%	3%	3%

Tabel 1. Respons 0-meting en 1-meting in 2017 en 2018

In de laatste meting is ervoor gekozen interviews te houden met cliënten en focusgroepen te organiseren met cliëntvertegenwoordigers, medewerkers en bestuurders. We hebben interviews gehouden met drie cliënten en/of hun naasten. De cliënten zijn geworven via

1  
2  
3  
4



MG/19/05761qme>pr



aanbieders. We hebben op diverse manieren getracht meer cliënten te interviewen, zo zijn alle aanbieders meerdere keren en via verschillende ingangen benaderd. Aanbieders geven echter aan dat het erg moeilijk is cliënten te vinden die in aanmerking komen voor een interview vanwege bijvoorbeeld een zware hulpvraag waardoor ze hen niet extra willen belasten. Een aanbieder heeft ook gemeld dat organisatiebreed de keuze is gemaakt geen vragenlijsten meer te verspreiden. De samenloop met de verplichte cliëntmeting uit het kwaliteitskader maakt dat aanbieders kiezen voor de kwaliteitskadermeting om zo de administratieve lasten en belasting van niet-cliëntgebonden uren van medewerkers beperkt te houden. Daarnaast zijn er meerdere cliënten aangemeld voor een interview maar is het niet gelukt de cliënt te interviewen bijvoorbeeld door een spoedopname in het ziekenhuis of verslechtering van iemands situatie.

De focusgroepen hebben we in de regio Zuid-Limburg als volgt ingevuld:

- We hebben een focusgroep gehouden met de medewerkers van betrokken partijen (waaronder zorgorganisaties en MEE). Bij het overleg waren 10 personen aanwezig. Omdat de medewerker van het zorgkantoor niet aanwezig kon zijn hebben we aanvullend nog een telefonisch interview met deze persoon gehouden.
- We hebben een focusgroep gehouden met vertegenwoordigers van diverse cliëntenraden van zorgorganisaties in Zuid-Limburg. Er waren 12 personen aanwezig.
- We hebben een focusgroep gehouden met bestuurlijke vertegenwoordigers van betrokken partijen (waaronder zorgorganisaties en het zorgkantoor). Hierbij waren 8 personen aanwezig.

In elk van de focusgroepen hebben we andere accenten gelegd in onze vraagstelling, passend bij de aanwezigen en hun rol in het experiment.

### 1.3 Leeswijzer

De bevindingen uit de interviews en de bijeenkomsten brengen we samen in hoofdstuk 2. Dit doen we aan de hand van de fases in de klantreis. In hoofdstuk 3 gaan we in op de bevorderende en belemmerende factoren die de partijen hebben ervaren in het experiment. In hoofdstuk 4 zijn de conclusies beschreven.



MIG/19/0576/qme+pv

## 2. Impact van experiment op klantreis

*Aan de hand van vier hoofdfases uit de klantreis geven we weer wat nieuw is als gevolg van het experiment en hoe de deelnemers aan de focusgroepen (medewerkers, bestuurders en cliëntenvertegenwoordigers) de impact waarderen. De tabel aan het eind van dit hoofdstuk vat de bevindingen samen.*

### 2.1 Fase van vraagverheldering en vaststellen ondersteuningsvraag

In Zuid-Limburg zijn verschillende initiatieven om de vraagverheldering te verbeteren en de wensen en behoeften van cliënten te verhelderen. Zo zijn er werkgroepen vraagverheldering waarin medewerkers van organisaties diverse thema's oppakken (zoals instrumenten voor vraagverheldering). Ze leren elkaar zo beter kennen waardoor ze zicht krijgen op elkaars aanbod en cliënten beter kunnen doorverwijzen naar elkaars aanbod zodat het beter aansluit bij de wensen van de cliënt.

Om cliënten te ondersteunen bij de vraagverheldering is door een aantal organisaties gebruik gemaakt van de website [www.watikbelangrijkvind.nl](http://www.watikbelangrijkvind.nl). Deze website is ontwikkeld binnen een promotietraject. In het experiment is daarmee de verbinding gezocht en is de website door aanbieders gebruikt. Door de vragen te beantwoorden over het dagelijks leven, gezondheid, geld, wonen en familie en vrienden, krijgt de cliënt zicht op zijn/haar wensen en behoeften en wat voor

iemand belangrijk is. Dit kan een cliënt doen voordat hij een gesprek heeft met cliëntondersteuners of een zorgaanbieder zodat hij/zij voorbereid is en beter kan aangeven wat hij/zij wenst.

Er zijn in het experiment diverse folders ontwikkeld over bijvoorbeeld de cliëntroute. Aanbieders hebben op basis van deze folders ook hun eigen materialen aangepast. Ook zijn er afspraken gemaakt over het delen van informatie die is opgehaald bij een cliënt zodat een cliënt niet vaker zijn verhaal moet doen als hij/zij dat niet wenst maar deze informatie onderling wordt gedeeld. Een cliënt heeft in een interview aangegeven nog wel meerdere keren dezelfde informatie te moeten invullen op papieren van het CIZ en de aanbieder. Echter, zij gaf daarbij ook aan dat ze prettig werd geholpen door een zorgprofessional van de aanbieder die met hen de formulieren heeft ingevuld.

Naast de vraagverhelderingsgroepen zijn er drie regionale netwerken waar ondersteuningspunten zijn ontstaan van waaruit mensen die zorg zoeken verder worden geholpen. Iedere regio heeft dit op een andere manier ingericht:

- **Parkstad:** In deze regio is het initiatief ontstaan van Parkstad Zorgwijzer, één telefoonnummer waar de burger terecht kan met een zorgvraag.
- **Westelijke Mijnstreek:** Hier is een netwerk opgericht waarin zorgaanbieders, MEE en Zorgbelang participeren. Het is een gezamenlijk initiatief dat periodiek via bijeenkomsten elkaar ontmoet en het aanbod bij elkaar onder de aandacht brengt.
- **Maastricht Heuvelland:** In deze regio komen alle zorgaanbieders en de onafhankelijke cliëntondersteuning periodiek bij elkaar. Tijdens deze overleggen bespreken de partijen onder andere de onderlinge



MG19/0576/qmeexp

samenwerking bij het warm doorverwijzen van cliënten (al dan niet aan de hand van casuïstiek).

Medewerkers geven aan dat door dergelijke initiatieven zorgaanbieders elkaars aanbod beter leren kennen en cliënten daardoor beter kunnen helpen bij het vinden van passende zorg en ondersteuning. Aanbieders voelen meer dan voorheen een gezamenlijk doel de cliënt zo snel en goed mogelijk de passende hulp te bieden in plaats van te concurreren met elkaar. Medewerkers en cliëntvertegenwoordigers geven daarnaast aan dat een initiatief als Parkstad nog weinig vragen krijgt van burgers terwijl veel aandacht is besteed aan het onder de aandacht brengen van het telefoonnummer en de website bij burgers. Ook de website (watikbelangrijkvind) en folders die zijn ontwikkeld worden door cliënten weinig gebruikt. Cliënten/hun naasten vinden het prettiger persoonlijk met iemand over hun zorgvraag te spreken, bijvoorbeeld iemand die zij al kennen zoals de huisarts of de casemanager. Daarnaast gaan veel mensen pas hierover nadenken als er al een zware hulpvraag is en men niet meer veel tijd heeft om na te denken over iemands wensen en behoeften. Ook cliënten(vertegenwoordigers) benoemen dat cliënten graag zo lang mogelijk thuis in hun vertrouwde omgeving willen blijven wonen en pas gaan nadenken over de zorg (en eventueel verblijf) wanneer het zover is. Als het dan eenmaal zover is bespreken ze hun wensen en behoeften het liefst met een naaste of professional waar ze al contact mee hebben. Aanbieders geven ook aan dat veel cliënten via een ziekenhuisopname bij de aanbieder terecht komen. Hierdoor is er weinig tijd voor cliënt/hun naasten om na te denken over de wensen en behoeften rondom zorg en ondersteuning.

1

2

3

4



In de regio Zuid-Limburg is onafhankelijke cliëntondersteuning voorafgaand aan de indicatiestelling beschikbaar. Inwoners op zoek naar zorg kunnen - ondersteund door MEE of Zorgbelang - op zoek naar een aanbieder en zorgvorm die het best aansluit bij hun situatie. Een aanleiding van het experiment is dat de keuze voor een zorg in de praktijk veelal gemaakt wordt zonder dat met de cliënt expliciet en tijdig is gekeken naar de persoonlijke zorgvraag, en de behoeften en wensen in relatie tot het bestaande aanbod. Daarom wordt de keuze gemaakt zonder goed beeld te hebben van de eigen zorgvraag, wensen en behoefte. In de 1-meting zagen we dat cliënten in zorg hier niet altijd over hadden nagedacht (circa 40%). Bij de cliënten in zorg was het aandeel cliënten dat hierover nadenkt met een cliëntondersteuner van 0% gestegen tot 5% tussen de 0- en 1-meting. Het maakt duidelijk dat de rol van onafhankelijk cliëntondersteuning bij het begin van het experiment nog beperkt was. In de periode tussen die meting en de eindmeting is de cliëntondersteuning beter beschikbaar gekomen doordat o.a. ook indirecte uren konden worden vergoed. Daarnaast is er geïnvesteerd in het beter bekendmaken van de cliëntondersteuners bijvoorbeeld via folders. Cliënten die zich nu melden bij een zorgaanbieder worden geïnformeerd over de mogelijkheid om gebruik te maken van onafhankelijke cliëntondersteuning. Ook worden cliënten door bijvoorbeeld een huisarts gewezen op de mogelijkheid van cliëntondersteuning. In 2019 wil de regio ook afspraken maken met de gemeenten zodat kortere lijnen tussen wijkteam en cliëntondersteuning en tussen aanbieders en cliëntondersteuning ontstaan, waardoor cliënten beter kunnen worden geholpen.

Cliëntvertegenwoordigers geven aan dat het prettig is dat de cliëntondersteuning beter bekend en beschikbaar is gekomen zodat

mensen die daar behoefte aan hebben ook gebruik van kunnen maken. Ze noemen ook dat de samenwerking met de gemeente nog verder kan worden verbeterd zodat het voor cliënten niet uitmaakt waar ze met hun vraag komen maar overal op dezelfde manier worden geholpen.

## 2.2 Fase van aanvraag indicatie

Een doelstelling van het experiment is het beter in beeld krijgen van de keuzemogelijkheden en -processen vooraf, tijdens en na de zorgverlening in de Wlz. Een belangrijk knelpunt in het keuzeproces was dat de cliëntondersteuning veelal pas start na de Wlz-indicatiestelling, terwijl in de praktijk de keuze dan al is gemaakt. In het experiment willen ze het hiervoor geschetste 'gat' in het vraagverhelderingsproces vullen en cliënten en hun naasten/sociaal netwerk een bereikbaar en goed toegerust team bieden dat hen ondersteunt in de vraagverheldering en het doorlopen van dat keuzeproces. In de eerdere tussentijdse rapportage is daarover gemeld dat maar een kleine toename zichtbaar was van het aantal mensen dat wordt gewezen op het aanvragen van de Wlz-indicatie door een cliëntondersteuner. Ook aanbieders gaven toen aan dat de onafhankelijke cliëntondersteuning hierin een rol zou kunnen vervullen maar dat dat nog extra aandacht behoefde. In de focusgroep tijdens de eindmeting geven medewerkers en cliënt(vertegenwoordigers) aan dat dit sterk is verbeterd doordat de cliëntondersteuners nu eerder en beter beschikbaar zijn. Als aandachtspunt hierbij wordt genoemd dat afspraken met gemeenten hierover nog moeten worden gemaakt zodat ook zij inwoners kunnen wijzen op de mogelijkheden van een cliëntondersteuner. Naast hulp bij het aanvragen van een indicatie was de doorlooptijd van het aanvragen van een indicatie volgens medewerkers in het verleden te lang. Hierover zijn inmiddels afspraken gemaakt met het CIZ waardoor de doorlooptijd

van meerdere weken naar enkele dagen is verkort. Daarnaast is met aanbieders en het CIZ een informatiefolder gemaakt waarin is uitgelegd hoe de verschillende wetten zich tot elkaar verhouden en iemand zorg kan aanvragen.

In de focusgroepen is aangegeven dat de schotten tussen de zorgwetten belemmerend werken, vooral in de focusgroep met cliëntvertegenwoordigers kwam dit naar voren. De wettelijke kaders zijn complex en moeilijk uit te leggen aan cliënten. De partijen geven daarom aan dat het goed zou zijn als de samenwerking met de gemeenten verbetert. De regio wil dit in 2019 verder vormgeven.

## 2.3 Fase van oriëntatie op passend aanbod

Uit de eerdere meting bleek een belangrijk knelpunt in het keuzeproces het ontbreken van vraagverheldering, advies en informatie op het moment dat de keuze wordt gemaakt voor een aanbieder of specifiek aanbod. Dit bleek bijvoorbeeld uit interviews met cliënten en verwanten vanuit de werkgroep vraagverheldering in de regio waarin naar voren kwam dat er grote behoefte is aan heldere informatievoorziening over welke zorg waar te krijgen is en hoe deze wordt vergoed. Dit heeft ertoe geleid dat in 2018 per regio (3 regio's in Zuid-Limburg) een samenwerking is vormgegeven waarin de aanbieders in samenwerking met MEE, Zorgbelang en het zorgkantoor ondersteuningspunten hebben ingericht waaruit mensen die zorg zoeken verder geholpen worden. Zoals eerder aangegeven heeft iedere regio dit op een andere manier ingericht. Daarnaast is er zoals eerder genoemd gebruik gemaakt van de website ([www.watikbelangrijkvind.nl](http://www.watikbelangrijkvind.nl)) waar cliënten hun vraag zelf in beeld kunnen brengen. Dit kan als input worden gebruikt door aanbieders om



MG:19/05/16/qme+pv

het met cliënten te hebben over de passende zorg en ondersteuning op basis van de vraag van de cliënt.

Een ander genoemd knelpunt in het keuzeprocess is het ontbreken van toegankelijke en complete informatie over het aanbod en de kwaliteit daarvan. In het 'Plan van aanpak Experiment Persoonsvolgende zorg Zuid-Limburg' was hierover genoemd dat De Zorgkaart en de Zorgatlas van CZ veelbelovend zijn, maar dat het nog ontbreekt aan een compleet overzicht van het aanbod en waarderings. De meest gebruikte informatiebronnen genoemd door de respondenten in de 0 en 1-meting zijn het CIZ, familie/naasten/bekenden en informatie van de casemanager dementie en de huisarts. We zien in de 1-meting dat zowel wachtlijstcliënten als cliënten in zorg meer gebruik maken van informatie van het zorgkantoor dan in de 0-meting. Gedurende het experiment is met aanbieders, het CIZ en de cliëntenraden een informatiefolder ontworpen die gebruikt kan worden om de zorg aan te vragen. Daarnaast is de beschrijving van het aanbod verbeterd met de inzet van het zorgkantoor. Deze folders hebben aanbieders tevens gebruikt om hun eigen informatievoorziening te verbeteren. Zo heeft een aanbieder ook de klantreis in beeld gebracht voor cliënten om zo helder te maken voor cliënten en familie welke stappen hij/zij doorloopt.

Om de informatievoorziening te verbeteren is ook ingezet op de verbetering van de beschrijving van het zorgaanbod op de Zorgatlas. Zorgaanbieders kunnen nu zelf de beschrijving over het aanbod op de Zorgatlas actueel houden. De cliënt kan zo op zoek naar een aanbieder die de zorg kan leveren die bij zijn wensen en behoefte past. De website kan hierbij helpen: de cliënt heeft inzicht in de keuzemogelijkheden bij

zijn specifieke situatie. Cliënten kunnen zo beter een keuze maken. Zo kan een cliënt bijvoorbeeld zien bij welke aanbieder hij wel/niet zijn huisdier kan meenemen. Ook zorgprofessionals kunnen de Zorgatlas gebruiken om met cliënten mee te denken over passende zorg en ondersteuning en de aanbieder die dit het beste kan leveren. Zorgatlas wordt als bron voor informatie nog beperkt gebruikt door cliënten en hun naasten, voor zorgprofessionals is het beter bruikbaar. Medewerkers geven in de focusgroepen aan dat de gebruiksvriendelijkheid ervan nog kan worden verbeterd. Ook de eerdergenoemde informatiefolder over het keuzeprocess en de vervroegde toegang tot onafhankelijke cliëntondersteuning kan hierbij ondersteunen.

Cliënt(vertegenwoordigers) hebben aangegeven dat het personeel van de aanbieders hen vooral helpt bij het geven van informatie. Zo geeft een cliënt aan dat het prettig was dat een medewerker van een aanbieder informatie heeft gegeven over de formulieren die iemand moest invullen en hebben zij een keer gekeken bij de aanbieder hoe een kamer eruitzag en hoe de daginvulling kon zijn.

Een doelstelling van het experiment is onder andere het vergroten van de keuzemogelijkheden en keuzevrijheid voor de cliënt door een gedifferentieerd zorgaanbod in de regio. Zoals eerder aangegeven is er grote behoefte aan een heldere informatievoorziening over welke zorgvormen mogelijk zijn. Daarom zijn in het experiment verschillende acties ondernomen waardoor de informatie aan cliënten wordt verbeterd. In de 1-meting zien we voor de wachtlijstcliënten een toename in de ervaren bruikbaarheid (+9%) en toegankelijkheid (+7%) van de informatie over de zorgvormen. Voor de cliënten in zorg geldt



MGI: 910676/qme\*pv

een toename in de ervaren bruikbaarheid (+5%) en begrijpelijkheid (+6%) van de informatie.

Tijdens de focusgroepen is gemeld dat het nog steeds een aandachtspunt is zo vroeg mogelijk in contact te komen met cliënten zodat cliënten niet urgent moeten kiezen en daardoor beperkte ruimte hebben om te kiezen. Om cliënten tijdig te informeren heeft het zorgkantoor tevens cliënten op de wachtlijst benaderd zodat tijdig met hen in contact wordt getreden over de te maken keuzes en de best passende aanbieder(s) en eventuele alternatieven.

Een voordeel van het experiment voor medewerkers is dat het helpt om meer vraaggericht te denken in plaats van aanbodgericht. Medewerkers geven aan dat het ook helpt dat ze elkaar tijdens het experiment beter zijn leren kennen waardoor ze ook makkelijker doorverwijzen naar elkaars aanbod als dat voor de cliënt het meest passende aanbod is.

#### 2.4 Fase van start en aanpassen zorgverlening

Het experiment beoogt de mogelijkheden van cliënten om zorg te kiezen die het beste past bij hun wensen, behoeften en manier van leven past, te vergroten. Een doelstelling van het experiment is o.a. het vergroten van de keuzemogelijkheden en keuzevrijheid voor de cliënt door een gedifferentieerd zorgaanbod in de regio, alsmede zorgverlening, die qua aard, omvang en locatie zoveel mogelijk aansluit bij de concrete vraag van de cliënt. Het is de bedoeling dat cliënten in het experiment meer vrijheid krijgen bij het kiezen van een aanbieder en het zorgaanbod. Daarnaast is een doelstelling de keuzemogelijkheden tijdens en na de zorgverlening beter in beeld te krijgen.

Het onderzoek laat zien dat cliënten om diverse redenen kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder: een locatie dichtbij familie of dichtbij

huidige woonlocatie, zorg die aansluit bij de wensen, een aanbieder die bekend is, waar ze goede verhalen over hebben gehoord en goed bereikbaar is. Daarnaast geeft 10% van de cliënten in zorg aan dat zij geen keuze hadden maar dat alleen op de betreffende locatie (snel) plek was. Zoals eerder aangegeven is grote behoefte aan heldere informatievoorziening over welke zorg waar mogelijk is. Daarom zijn in het experiment verschillende acties ondernomen waardoor de informatie aan cliënten wordt verbeterd (bijv. zorgatlas). Cliënten(vertegenwoordigers) geven vooral aan dat het gaat om het persoonlijke contact over de wensen en behoeften om vervolgens samen met aanbieders te kijken welke wensen en behoeften wel of niet ingevuld kunnen worden.

De doelstelling van het experiment richt zich ook op de cliënt die eenmaal in zorg is bij een aanbieder. Persoonsvolgend geldt in het experiment ook voor de keuzes wanneer iemand al in zorg is. De acties richten zich bij aanbieders ook op het krijgen van meer zeggenschap over de wijze waarop de zorg wordt georganiseerd bij de aanbieder. Het is dan ook de doelstelling dat de zorgverlening aan blijft sluiten bij de concrete vraag van de cliënt en dat meer zicht wordt gekregen op keuzemogelijkheden tijdens de zorgverlening in de Wlz. Aanbieders geven aan hier aandacht aan te schenken door meer bewust te bespreken welke behoeften de cliënt heeft, wat belangrijk is vast te houden, maar ook dat meer inhoud en betekenis wordt gegeven aan het levensverhaal. Daarnaast wordt genoemd dat meer vraaggericht geroosterd wordt. Zorgverleners proberen in overleg met cliënten tot een passende inzet van zorg komen. Daarbij bespreekt men altijd wat redelijk en mogelijk is. Als voorbeeld werd gegeven dat op een afdeling vier bewoners waren die vanuit hun leven als boer gewend waren om om 6 uur te ontbijten met eieren en spek. Vervolgens is aan de teamleden gevraagd wie 's ochtends eerder zou willen beginnen zodat deze cliënten dit ook bij de aanbieder konden voortzetten. Daar werd

- 1
- 2
- 3
- 4



MIG15g/0575/qmexp

door enkele teamleden heel positief op gereageerd zodat ze het rooster hierop hebben aangepast. De aanbieder gaf hierbij wel aan dat wanneer dit om minder cliënten gaat deze inzet niet meer doelmatig is. Dan gaan ze met de bewoners in overleg om te kijken of ze tot een andere oplossing kunnen komen.

We zien in de 1-meting een toename ontstaan in het aantal cliënten dat aangeeft mogelijkheden te hebben voor het bijstellen van keuzes (+11%). Op de vragen of men voldoende ruimte ervaart keuzes te maken en bij te stellen en de zorg en ondersteuning aansluit bij de behoefte zien we geen verandering (1%).

In de eerste meting geven meer cliënten aan tevreden te zijn over de invulling van de zorg en ondersteuning (+9%). Toch geeft ook nog 34% aan betere keuzes te willen maken in de invulling van zorg en ondersteuning. Voorbeelden van toelichtingen die cliënten hierbij bijvoorbeeld geven zijn: 'De aanbieder maakt reclame met 24 uren zorg. In de werkelijkheid is dat niet mogelijk. Er wordt te weinig persoonlijke begeleiding geboden.' Ook geeft een cliënt aan dat hij geen eigen kamer heeft en dit liever wel zou willen. Daarnaast is ook het niet meer thuiswonen voor mensen iets waar ze aan moeten wennen. Zo benoemt een cliënt: 'ik woonde liever thuis, maar na twee en halve maand ben ik ook goed gewend.' Of: 'ik zit op een afdeling met patiënten met vergaande demente waar ik geen goed gesprek mee kan voeren.'

Cliënten(vertegenwoordigers), medewerkers en bestuurders geven in de gesprekken in de eindmeting aan dat door het experiment meer en gestructureerde aandacht is voor persoonsvolgende zorg van cliënten. Dit maakt dat cliëntwensen ingevuld kunnen worden die voorheen niet mogelijk waren. Zo geeft een aanbieder aan dat ze nu vaker een echtpaar opnemen waarbij een van beide geen indicatie heeft. De samenwerking tussen zorgaanbieders binnen het experiment leidt

volgens professionals ook tot organisatie overstijgende samenwerking, zowel bij het helpen van iemand die zorg zoekt naar het vinden van geschikte zorg, als het verbreden van het zorgaanbod door samenwerkingen met elkaar aan te gaan. Het nodigt uit tot buiten de gebaande paden te zoeken naar oplossingen die voorheen nog niet mogelijk waren. Er wordt gezamenlijk gewerkt aan het persoonsvolgender maken van de zorg. Binnen het experiment zijn diverse bijeenkomsten georganiseerd waarbij aanbieders de 'goede voorbeelden' konden presenteren waardoor andere aanbieders anders gingen kijken naar persoonsvolgende zorg (bijvoorbeeld rondom het thema vraaggericht roosteren).

Medewerkers geven aan dat door het experiment ook meer aanbod is generereerd. Zo is er uitbreiding van VPT-mogelijkheid in de regio. Dit was volgens medewerkers niet mogelijk geweest met een productieplafond. Ook zijn hierdoor enkele nieuwe aanbieders toegetreden. Medewerkers geven hierbij wel aan dat dit vooral om aanbod gaat waar cliënten met lichtere zorgvragen terecht kunnen. Voor de zwaardere zorgvragen is het aanbod niet uitgebreid. Volgens medewerkers heeft het experiment ook een impuls gegeven aan het realiseren van meer maatwerk op casusniveau. Dit is niet altijd het ontwikkelen van nieuw aanbod maar betreft beter passende zorg bij een situatie van een cliënt.

Cliënten(vertegenwoordigers) benoemen dat ze het gevoel hebben dat er veel meer aandacht is voor iemands wensen en behoeften dan voorheen. Daarbij benoemt iemand dat het een landelijke tendens is die hij ziet ontstaan waarbij cliënten mondiger worden en de zorg steeds meer aansluit bij datgene wat de cliënt wenst. Het experiment heeft daar ook aan bijgedragen. Cliënten hebben diverse voorbeelden genoemd waarbij de wensen die zij hebben direct worden opgevolgd door een aanbieder. Zo vertelde een mevrouw dat zij het erg belangrijk

- 1
- 2
- 3
- 4



vond dat ze er verzorgd uitzag; voor haar betekende dit dat haar nagels werden gedaan en haar haar werd gekruld. Ze gaf daarbij aan dat ze dan liever iets minder uitgebreid douchte en meer aandacht besteedde aan de verzorgende punten en dat daar heel goed naar geluisterd werd door de zorgaanbieder. Ze was daardoor erg blij met de zorg die ze ontving. Ook gaf ze aan dat ze moeite had met kleine dingen zoals het opendraaien van een koffiemelkflesje maar dat de zorg haar juist hielp met deze praktische ondersteuning. De aanbieder gaf hierbij aan dat ze in gesprek gaan met de cliënt over wat hij/zij belangrijk vindt vooral dat doen waar de cliënt behoefte aan heeft.

Een andere cliënt gaf aan dat ze erg tevreden was over de mate waarin de ondersteuning is afgestemd op haar wensen. Ze vertelde dat de zorg haar had gevraagd naar dingen die ze nog wilden doen. Mevrouw benoemde dat ze nog drie 'grote' wensen had: eten bij een restaurant, langs het water boten kijken en een dag naar het strand. Ze vertelde daarna vol trots dat de aanbieder haar geholpen heeft al deze drie wensen in te vullen en hoe blij haar dat maakte. Daarnaast vertelde ze hoe ze de vrijheid had om te eten wat ze wilde ('als ik zin heb in patat kan ik dat gewoon bestellen') en hoe belangrijk dit voor haar was. Ook familie kunnen bezoeken op het moment dat ze dit wil is mogelijk gemaakt. Ze benoemde dat er ook veel aanbod was in activiteiten die ze met andere bewoners kon doen maar dat ze daar geen behoefte aan had. In het begin vond ze het lastig dat mensen haar alsnog probeerden te overtuigen om mee te doen met deze activiteiten. Inmiddels heeft ze goed kunnen aangeven dat ze daar geen behoefte aan heeft en vragen ze haar niet meer. Dat vond ze ook erg prettig. Ook cliënt(vertegenwoordigers) gaven aan dat er erg veel dingen kunnen maar dat niet iedereen hier behoefte aan heeft en dat het ook persoonsvolgende zorg is door mensen niet te betuttelen door te denken dat iedereen naar activiteiten zou moeten gaan. Ook een naaste van een cliënt benoemde dat ze het prettig vindt als de zorg ook haar wensen en behoeften

hoort. Ze benoemde dat ze over het algemeen erg tevreden was over de zorg die haar naaste ontving maar dat er nog meer aandacht kon zijn voor haar wens. Zo wilde zij graag dat ze op elk moment haar naaste kon bezoeken (ook bijvoorbeeld rond etenstijd). Echter, door de aanbieder is aangegeven dat ze eigenlijk geen bezoek ontvangen tijdens het rustmoment of etenstijd. Wel kijkt de zorg ook om naar haar als mantelzorg en of ze het niet te zwaar vindt; dat wordt door de naaste als erg prettig ervaren.

Cliënten(vertegenwoordigers) benoemen dat zij er mee kunnen leven als niet alle wensen en behoeften ingewilligd kunnen worden, maar dat ze het wel belangrijk vinden dat wordt onderbouwd waarom bepaalde dingen niet kunnen.

Aanbieders geven aan dat ze in het experiment veel van elkaar hebben geleerd en met elkaar kunnen uitwisselen. Ze geven daarbij aan dat ze door het experiment een gezamenlijk doel hebben om echt persoonsvolgende zorg te leveren voor de cliënt. Dit gezamenlijke doel bindt aanbieders onderling, maar ook met andere partijen zoals het zorgkantoor en de organisaties voor cliëntondersteuning. Door het wegvallen van de budgetplafonds is een ander type relatie ontstaan die meer gericht is op het in gezamenlijkheid organiseren van de zorg dan op een concurrerende markt. Dit heeft aanbieders dichterbij elkaar en bij het zorgkantoor gebracht. Deze veranderende manier van samenwerken is volgens de aanbieders blijvend (ook al is er nu weer een budgetplafond). Er is meer kennis en begrip voor en over elkaar. Daarnaast leren aanbieders ook van elkaar doordat ze met elkaar spreken over persoonsvolgende zorg. In het project zijn diverse bijeenkomsten georganiseerd waar aanbieders presentaties konden geven over hoe zij invulling geven aan persoonsvolgende zorg. Elke aanbieder doet dit op een manier die bij hem past maar elke aanbieder heeft er aandacht voor. Door dit met elkaar te delen ontstaat

1  
2  
3  
4



MG1:9/0576/qmexpv



wederzijds begrip en kennis van elkaar en brengt men elkaar op ideeën. Medewerkers benoemen ook dat het nog steeds een aandachtspunt blijft om echt te voldoen aan de wensen en behoeften van cliënten, soms is er bijvoorbeeld geen plek waardoor die wens toch niet vervuld kan worden.

1




















2

3

4



MG119/0576/qmexpv

Klantreis	Nieuw door het experiment	Effecten voor cliënten (wat gaat goed en wat minder)	Consequenties voor medewerkers
<b>A. Aanmelding</b> <b>Vraagverheldering</b> <b>Vaststellen vraag</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliëntondersteuning is beter beschikbaar en bekender gemaakt</li> <li>• Parkstad zorgwijzer ingericht</li> <li>• Zorgatlas verbeterd</li> <li>• Oplossingen vaker buiten de gebaande paden ('anders denken')</li> <li>• Aanbieders maken gebruik van de website <a href="http://www.watikbelangrijkvind.nl">www.watikbelangrijkvind.nl</a></li> <li>• Folders met informatie gemaakt</li> <li>• Informatie delen is mogelijk gemaakt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Vraag achter de vraag" komt meer naar boven</li> <li>• Cliënt hoeft minder vaak zijn verhaal te doen</li> <li>• Cliënt beter geïnformeerd over mogelijkheden</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samenwerking tussen zorgaanbieders, organisaties voor cliëntondersteuning en met het zorgkantoor is verbeterd</li> </ul> 
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Materialen/loketten worden weinig gebruikt door cliënten</li> <li>• Cliënten denken vaak pas laat na over hun wensen en behoefte</li> </ul> 	
<b>B. Aanvraag indicatie</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verkorten aanvragen indicatie (van 6 weken naar een aantal dagen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Client heeft sneller de passende indicatie en plek</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versnelling indicatie zorgt voor tijdswinst</li> </ul> 
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schotten tussen Wmo en Wlz zijn storend voor werkwijze</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afstemming met gemeentelijk domein kan beter</li> </ul> 
<b>C. Oriëntatie passend aanbod</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Website voor cliënten met vraagverheldering en aanbod (voorbeeld: waar mag je een huisdier meenemen)</li> <li>• 'Anders denken': meer vraaggericht in plaats van aanbodgericht</li> <li>• Afspraak: zorgkantoor belt cliënten op de wachtlijst of voorkeursaanbieder bewuste keuze is en licht andere mogelijkheden toe</li> <li>• Zorgaanbieders weten meer van elkaars aanbod. Diverse bijeenkomsten waarbij aanbieders presenteren wat ze doen op het gebied van persoonsvolgende zorg</li> <li>• Wegvallen budgetplafonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keuzemogelijkheid beter inzichtelijk door website</li> <li>• Meer ruimte om in te spelen op wensen</li> <li>• Cliënten worden beter naar andere aanbieders verwezen als dat aanbod passender is bij de wensen</li> <li>• Meer ruimte om cliënten in zorg te nemen door wegvallen budgetplafonds</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder concurrentie tussen aanbieders, meer samenwerking met andere collega aanbieders</li> <li>• Meer van andere aanbieders leren</li> <li>• Nog meer vraaggericht gaan denken</li> </ul> 
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lastig om altijd aan wensen te voldoen bijv. als er wachtlijst is voor een locatie</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Door toename in aantal cliënten is wachtlijst niet verminderd ondanks wegvallen budgetplafonds</li> <li>• Echt aansluiten bij wensen van cliënt is soms moeilijk voor medewerkers (bijv. Bij begeleiden levensende als dit conflicterend is met de visie van medewerker of organisatie)</li> </ul> 
<b>D. Start en aanpassen zorgverlening</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toename in aanbod VPT zorgt voor meer keuze</li> <li>• Toename aantal aanbieders (vooral kleine aanbieders toegetroten tot de markt)</li> <li>• Diverse trainingen en scholingen rondom persoonsvolgende zorg (positieve gezondheid)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer mogelijkheden voor cliënten</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer bewustwording bij professionals om echt aan te sluiten bij iemands wensen en behoeften.</li> </ul> 
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliënten ervaren niet altijd medewerking als ze iets willen van/bij een andere aanbieder</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toename kleine aanbieders bieden alleen plekken aan voor 'lagere' ZZP's. Voor cliënten met zwaardere ZZP's is het aanbod niet uitgebreid.</li> </ul> 

Tabel 2. Overzicht innovaties, effecten en consequenties persoonsvolgende zorg regio Zuid Limburg

- 1
- 2
- 3
- 4



MG19/05761qme+pv

### 3. Reflectie op experiment

*In twee focusgroepen (met medewerkers uit de werkgroep en met de bestuurders) hebben we ook stilgestaan bij de bevorderende en belemmerende factoren voor het experiment. Daarnaast hebben we de deelnemers gevraagd wat zij andere organisaties of regio's zouden adviseren om meer persoonsvolgend te gaan werken.*

#### 3.1 Bevorderende en belemmerende factoren

Vanuit de organisaties zijn verschillende factoren benoemd die op positieve wijze bijdroegen aan het experiment:

- De structuur van stuurgroep en werkgroepen bestond uit vaste contactpersonen, zo kon de werkwijze inhoudelijk worden ontwikkeld en afgestemd en was er regelmatig zicht op de voortgang.
- In alle bijeenkomsten waren verschillende partijen vertegenwoordigd (CIZ, zorgkantoor, aanbieders). Deze diversiteit werd erg gewaardeerd.
- Het commitment van alle betrokken partijen was een bevorderende factor voor het experiment. Het gaf een gevoel van gemeenschappelijkheid bij aanbieders onderling maar ook met het zorgkantoor en de organisaties voor cliëntondersteuning om zich met z'n allen te committeren aan het meer persoonsvolgend maken van de zorg. Dit zorgde voor verbinding tussen alle partijen en een gevoel van samen ergens naartoe werken.
- Het kunnen delen van voorbeelden tussen aanbieders heeft bevorderend gewerkt voor onderling begrip en heeft aanbieders ook op ideeën gebracht. Het experiment heeft bewustzijn

gecreëerd over hoe persoonsvolgende zorg werkt en dat dit niet iets is wat je zomaar al doet. Het uitwisselen van ervaringen tussen medewerkers helpt om elkaar op ideeën te brengen.

- Door het (tijdelijk) weghalen van het budgetplafond is een andere wijze van samenwerking ontstaan tussen aanbieders onderling maar ook met het zorgkantoor. Partijen hebben dit als heel prettig ervaren. Hierdoor kwamen ze in gesprek met elkaar over inhoudelijke onderwerpen zonder dat er een gevoel van concurrentie of onderhandelen was. Dit bevordert de samenwerking.

Naast deze positieve punten hebben de partijen ook belemmeringen ervaren:

- Zoals hierboven genoemd geven aanbieders aan dat het regelmatig bij elkaar komen in werkgroep erg prettig was. Daarbij benoemen enkele medewerkers dat het wel een select gezelschap is die zich bezighoudt met het experiment door de deelname aan de werkgroepen, zodat het nog aandacht vraagt dit door de gehele organisatie te verspreiden en het bij iedereen leeft.
- Verschillende betrokkenen hebben aangegeven dat de periode van twee jaar te kort is om daadwerkelijk verandering te zien: er is een omslag nodig, bij alle partijen, in alle aspecten van het zorgproces (vraagverheldering, indicatiestelling, inkoop, zorglevering, et cetera) en bij alle medewerkers. Deze cultuurverandering vraagt veel tijd en aandacht van de organisaties. Dat kan niet in twee jaar worden bereikt en gemonitord.
- Doordat er veel aanbieders in Zuid-Limburg zijn is het lastig om iets voor de gehele regio op dezelfde wijze te doen. Het



afstemmen moet dan met veel partijen, hierdoor kan het langer duren en is er meer kans op meningsverschillen.

- De schotten in de financiering zijn tijdens de focusgroepen genoemd als belangrijke belemmering. In eerste instantie hielp het om het experiment af te bakenen tot de Wlz zodat het 'behapbaar' was. Maar nu wordt vooral de samenhang met het sociale domein (Wmo) aangemerkt als aandachtspunt om te komen tot persoonsvolgende zorg over de domeinen heen.

### 3.2 Adviezen voor andere organisaties/regio's

We sluiten dit hoofdstuk af met de adviezen die in de focusgroepen zijn geformuleerd voor andere organisaties of regio's die meer persoonsvolgend willen gaan werken.

- Leer elkaar kennen en deel goede voorbeelden.
- Realiseer je dat het tijd kost om verandering tot stand te brengen.
- Start een werkgroep binnen de organisatie om het gedachtegoed te verspreiden in de organisatie.
- Laat iedere organisatie elementen toepassen op hun eigen wijze. Dus laat niet alle organisaties het op 1 manier doen maar draag elementen aan die aanbieders kunnen verwerken op de manier die bij hen past.
- Benoem vanaf het begin een gezamenlijk doel en maak gezamenlijk afspraken over de acties en het tijdspad.
- Stel voldoende uren beschikbaar aan medewerkers die betrokken zijn, zodat aanwezigheid in bijeenkomsten gegarandeerd is.

1

2

3

4



## 4. Samenvattende conclusie

*In dit hoofdstuk beantwoorden we de centrale vraag van de kwalitatieve monitor: worden de behoeften en voorkeuren van cliënten goed gehoord en gerealiseerd en hoe waarderen cliënten de geboden informatie en ondersteuning?*

Client(vertegenwoordigers), medewerkers en bestuurders geven in gesprekken aan dat door het experiment meer en gestructureerde aandacht is voor persoonsvolgende zorg van cliënten. Daarbij wordt benoemd dat deze beweging landelijk speelt en dat verschillende initiatieven (Kwaliteitskader, Waardigheid & Trots, het experiment Persoonvolgende zorg) bijdragen aan het meer persoonsvolgend werken in Zuid Limburg. Hierbij wordt door alle partijen benadrukt dat men zonder het experiment niet zover was gekomen als waar men nu staat.

### 4.1 Worden wensen en behoeften goed gehoord?

Zowel vanuit de ervaringen van cliënt(vertegenwoordigers), medewerkers als bestuurders kunnen we bevestigen dat de wensen en de behoeften en voorkeuren goed zijn gehoord. Medewerkers hebben meer aandacht voor de wensen en behoeften en gaan op zoek naar passende zorg uitgaande van deze wensen en behoeften. Er zijn verschillende initiatieven ondernomen om cliënten te ondersteunen bij het verhelderen van hun wensen en behoeften (cliëntondersteuning beter beschikbaar, informatiemateriaal, et cetera).

Tegelijkertijd zien we, ondanks alle goede intenties, het volgende aandachtspunt die het zicht op de wensen en behoeften vertroebelen: Cliënten denken vaak pas na over wat hun wensen en behoeften zijn als ze niet langer meer thuis kunnen wonen. Hierdoor is er beperkte tijd om na te denken over een passende plek en de passende ondersteuning en meer kans op het verkeerd plaatsen van cliënten.

Echt ruimte geven aan de wensen en behoeften van cliënten vraagt continu aandacht van alle betrokkenen. In het experiment zijn hiervoor belangrijke eerste stappen gezet; nu komt het aan op werkelijke verandering.

### 4.2 Worden wensen en behoeften gerealiseerd?

Over het algemeen worden veel wensen en behoeften gerealiseerd. Aanbieders hebben steeds meer aandacht voor het realiseren van iemands wensen en behoeften en proberen hier gezamenlijk invulling aan te geven. Sommige cliënten die we spraken of een vragenlijst hadden ingevuld waren erg tevreden over de gelopen klantreis en de invulling van de wensen en behoeften. Niet alle wensen en behoeften kunnen worden ingevuld omdat dit tijd en middelen vraagt, bijvoorbeeld bepaalde capaciteit bijbouwen. Cliënten geven daarbij aan dat het niet erg is als bepaalde wensen niet ingevuld kunnen worden wanneer wordt onderbouwd waarom dit zo is. Er zijn ook enkele cliënten en naasten die hierover nog aandachtspunten hebben benoemd (bijvoorbeeld de onmogelijkheid om continu bezoek te ontvangen). Daarnaast benoemen ook aanbieders dat het niet altijd mogelijk is iemand een passende plek te bieden bijvoorbeeld door wachtlijsten bij een locatie. Het bijbouwen van extra capaciteit vraagt



dan tijd en geld waardoor niet alle wensen direct ingevuld kunnen worden.

#### 4.3 Hoe waarderen cliënten informatie en ondersteuning?

Wat betreft de informatievoorziening en ondersteuning zijn er veel acties ondernomen in het experiment. Client(vertegenwoordigers) geven aan dat vooral persoonlijk contact hierbij belangrijk is. De ontwikkelde andere materialen zoals folders worden beperkt gebruikt.

Een ander concreet resultaat van het experiment is het gebruik van de website [watikbelangrijkvind.nl](http://watikbelangrijkvind.nl), ter ondersteuning van de vraagverheldering van een cliënt. Deze website is ontwikkeld binnen een promotietraject waarmee in het experiment de samenwerking is gezocht. Het is toegepast bij de vraagverheldering. Hierbij werd het als waardevol ervaren om de vraag van de cliënt te verhelderen los van het bestaande aanbod, maar een website lijkt niet helemaal het juiste medium voor de doelgroep. De vragen die worden gebruikt op de website worden nu meegenomen in de kennismakingsgesprekken die zorgmedewerkers bij cliënten thuis voeren. Daarnaast is de informatie op de Zorgatlas verbeterd maar vraagt dit volgens de betrokkenen nog extra aandacht vanwege de gebruiksvriendelijkheid; deze wordt nu vooral door zorgmedewerkers gebruikt.

- 1
- 2
- 3
- 4



MGJ19/05761qme+pv



**Eindrapportage kwantitatieve  
monitor Zuid-Limburg**  
Experiment persoonsvolgende zorg

Mei 2019



Nederlandse  
Zorgautoriteit

# Inhoud

1. Inleiding
2. Indicatiegegevens
3. Wachtlijstgegevens
4. Productiegegevens en pgb
5. Nieuwe cliënten
6. Budgettair kader langdurige zorg
7. Marktaandeel

## Bijlagen

1. Gegevensbronnen
2. Toelichting zorgprofielen
3. Prestatiecodes





# 1. Inleiding

Eindrapportage kwantitatieve monitor Zuid-Limburg  
Experiment persoonsvolgende zorg

# 1. Inleiding

Sinds 1 januari 2017 experimenteert de regio Zuid-Limburg met persoonsvolgende inkoop voor de sector Verpleging & Verzorging (vv). Het doel van het experiment is om ervaring op te doen met persoonsvolgende inkoop voor cliënten die langdurige zorg nodig hebben. Het experiment heeft een looptijd van twee jaar, waarbij de NZa de ontwikkelingen in de markt monitort en evalueert. Dit is de eindrapportage waarin de indicatie-, wachtlijst- en productiegegevens over de periode 2015 tot en met het 4e kwartaal van 2018 worden gepresenteerd.

In deze rapportage presenteren we de volgende onderdelen: indicaties, wachtlijstgegevens, productiegegevens, geografische spreiding en benutting budgettair kader langdurige zorg.

De gegevens die we voor de monitoring van het experiment gebruiken zijn afkomstig van zes databronnen:

1. Indicatiegegevens: Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
2. Wachtlijstgegevens: Zorginstituut Nederland (ZIN)
3. 3-maandelijkse productiegegevens op cliëntniveau: CZ
4. Pgb-gegevens: NZa
5. Maandelijkse productiegegevens op totaalniveau: CZ
6. Maandelijkse gegevens over de zorgaanbieders die meedoen aan het experiment: CZ

Informatie over de gegevensbronnen vindt u terug in de bijlagen.



## 2. Indicatiegegevens

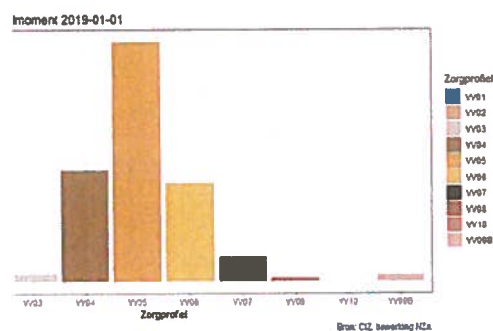
## 2. Indicatiegegevens

Een verzekerde die in aanmerking wil komen voor Wlz-zorg moet hiervoor een aanvraag indienen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het CIZ bepaalt in een indicatiebesluit of iemand toegang heeft tot de Wlz. In deze indicatie geeft het CIZ het zorgprofiel aan waarop de verzekerde is aangewezen. Het zorgprofiel zegt iets over de aard, inhoud en globale omvang van de benodigde zorg. Per 1 januari 2015 heeft de overgang plaatsgevonden van de AWBZ naar de Wlz. Sinds 2015 indiceert het CIZ geen lage zorgprofielen meer.

In deze rapportage maken we gebruik van initiële indicaties. Dit betekent dat indicaties zoals deze oorspronkelijk zijn afgegeven door het CIZ. Dus als een cliënt woonachtig was in zorgkantoorregio Zuid-Limburg en verhuist, telt deze indicatie wel mee in de zorgkantoorregio Zuid-Limburg.

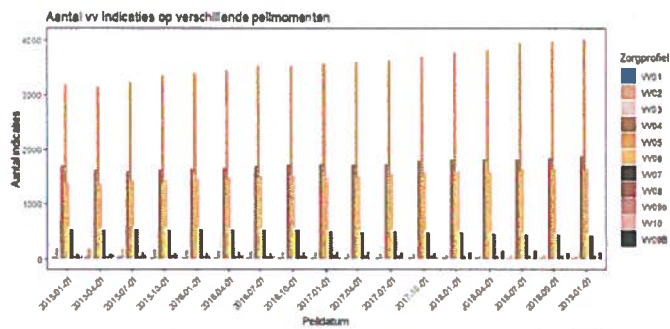
### 2.1. ZORGVRAAG – ZP-mix vv-zorgprofielen op basis van peilmoment

In het figuur hiernaast tonen we de onderverdeling van de cliënten naar de verschillende zorgprofielen voor de regio Zuid-Limburg. Op 1 januari 2019 waren er 8336 vv-indicaties waarbij zoals verwacht de meeste cliënten in de zorgprofielen vv04-vv06 zijn ingedeeld. De lage zorgprofielen vv01-vv03 zijn bijna afgebouwd.



### 2.2 ZORGVRAAG - Aantal vv-zorgprofielen op peilmomenten tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2019

In het figuur hierna tonen we de vv-indicaties per kwartaal vanaf 1 januari 2015 tot en met 1 januari 2019 voor de regio Zuid-Limburg. Het aantal indicaties steeg van 7940 op 1 januari 2015 naar 8336 op 1 januari 2019. Hierbij zien we dat er met name een stijging bij vv04, vv05 en vv06 plaatsvindt.

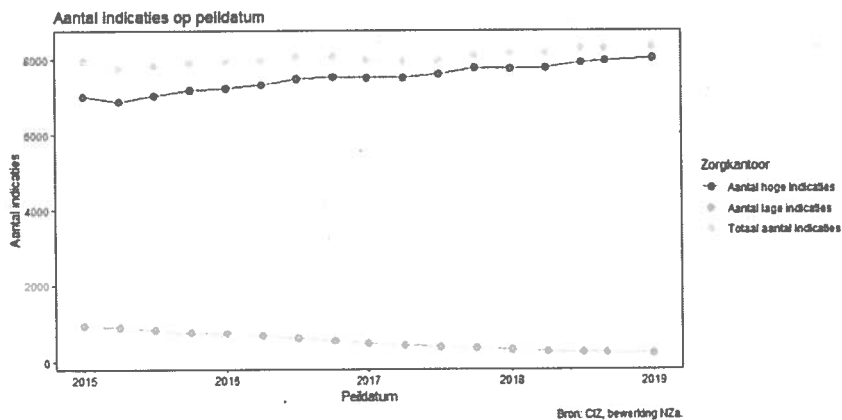


Bron: CZ, bewerking NZs

Zorgprofiel	2015-01-01	2015-04-01	2015-07-01	2015-10-01	2016-01-01	2016-04-01	2016-07-01	2016-10-01	2017-01-01	2017-04-01	2017-07-01	2017-10-01	2018-01-01	2018-04-01	2018-07-01	2018-09-01	2019-01-01
VV01	36	36	31	28	28	27	22	21	21	19	18	18	18	17	15	15	14
VV02	201	186	175	160	149	140	131	123	115	103	92	85	77	67	61	59	51
VV03	690	650	602	557	531	492	442	383	323	288	247	227	209	172	154	144	129
VV04	1704	1633	1606	1632	1646	1647	1692	1712	1737	1723	1731	1790	1802	1813	1804	1834	1870
VV05	3191	3137	3231	3346	3382	3434	3529	3527	3574	3589	3616	3695	3772	3818	3941	3966	4014
VV06	1393	1378	1435	1445	1465	1486	1527	1539	1502	1509	1559	1601	1613	1606	1649	1659	1664
VV07	525	514	521	519	523	518	519	518	490	478	490	476	475	449	437	432	423
VV08	49	48	52	56	51	52	52	62	71	66	67	60	60	60	59	59	56
VV09b	88	92	110	94	104	121	96	115	123	129	117	109	NA	NA	NA	NA	NA
VV10	63	72	71	76	62	66	56	63	16	13	15	21	13	10	8	8	4
VV09B	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	115	140	139	105	111

### 2.3 ZORGVRAAG – Ontwikkeling totaal aantal zorgprofielen

In onderstaand figuur tonen we de ontwikkeling van het aantal zorgprofielen. Hierbij zien we in het 4e kwartaal van 2018 een lichte stijging in het aantal hoge indicaties. Deze stijging wordt veroorzaakt door een lichte toename in het aantal vv04, vv05 en vv06 indicaties. Het aantal lichte indicaties is bijna afgebouwd.



# 3. Wachttijstgegevens

Eindrapportage kwantitatieve mentor: Zuid-Limburg  
experiment persoonsvolgende zorg

## 3. Wachtlijstgegevens



### 3.1 Aantal cliënten verdeeld naar wachtstatus

In de tabel tonen we de wachtlijstgegevens voor de vv-sector voor de regio Zuid-Limburg. Vanwege de overgang naar versie 2.0 van de iWlz zijn er in het tweede en derde kwartaal van 2018 geen wachtlijstrapportages gepubliceerd. Ook kunnen in de cijfers administratieve effecten te zien zijn. We zien dat het totaal aantal vv-clieënten met een Wlz-indicatie licht is gestegen van 7718 in het 1e kwartaal 2015 tot 7850 cliënten in het vierde kwartaal van 2018. Het aantal cliënten in zorg is gestegen van 6130 naar 6808 terwijl het aantal cliënten dat nog geen gebruik van zorg wil maken is gedaald van 824 naar 389. Daarnaast zien we het aantal actief wachtenden afnemen van 224 cliënten in het eerste kwartaal 2015 naar 49 in het tweede kwartaal 2015 en naar 32 cliënten in het 4e kwartaal van 2018. Er is geen duidelijk patroon in het aantal niet-actief wachtenden. Dit aantal fluctueerde in de onderzoeksperiode tussen de 470 (2e kwartaal 2017) en 669 (derde kwartaal 2015). De stand op 1 januari 2015 was 540 cliënten, de stand op 1 januari 2019 was 621 cliënten.

De regionale stuurgroep geeft aan deze cijfers te herkennen. Zij geven aan dat doordat bijvoorbeeld het aanbod verbreed is, ook crisisopnamen zijn gestabiliseerd in plaats van toegenomen.

#### Actief wachtende

Een actief wachtende is een cliënt die geïndiceerde zorg wil ontvangen, maar één of meerdere toegewezen zorgseenheden (reguliere of alternatieve zorg) nog niet ontvangt. De cliënt wacht dus buiten zijn/haar wil. Een actief wachtende cliënt kan ter overbrugging wel een andere dan de geïndiceerde vorm van zorg ontvangen, of een deel van de geïndiceerde zorg (overbruggingszorg). Niet-actief wachtenden worden hier gedefinieerd als wachtenden die een voorkeur voor een locatie van een specifieke instelling hebben, maar daar nog niet geplaatst kunnen worden (ook wel wenswachtenden genoemd). Zij ontvangen vaak al wel zorg aan huis. Onder de niet-actief wachtenden kunnen ook cliënten vallen die weliswaar een voorkeursaanbieder hebben aangegeven, maar die pas in een instelling willen worden opgenomen als het thuis niet meer gaat.





### 3.1 Aantal cliënten verdeeld naar wachtstatus

Wacht status	KW1. 2015	KW2. 2015	KW3. 2015	KW4. 2015	KW1. 2016	KW2. 2016	KW3. 2016	KW4. 2016	KW1. 2017	KW2. 2017	KW3. 2017	KW4. 2017	KW1. 2018	KW2. 2018	KW3. 2018	KW4. 2018
Cliënt wil nog geen gebruik maken van indicatie																
	824	782	785	808	814	868	859	879	788	771	742	726	686	NA	NA	389
Niet actief wachtend																
	540	527	657	669	615	555	619	571	486	470	547	603	608	NA	NA	621
Actief wachtend																
	224	49	63	59	41	37	42	28	15	18	28	18	37	NA	NA	32
In zorg																
	6130	5840	5986	5997	5980	6016	6025	6056	6048	6157	6157	6141	6093	NA	NA	6808
Totaal V&V cliënten met Wiz-indicatie																
	7718	7198	7491	7533	7450	7476	7545	7534	7337	7416	7474	7488	7424	NA	NA	7850

Bron: Zorginstituut Nederland

**3.2 Aantal actief en niet-actief wachtende cliënten,**  
uitgesplitst naar gemiddelde wachttijd tot aan de peildatum

In de tabel tonen we het aantal wachtenden per wachtduur voor de vv sector voor de regio Zuid-Limburg. Hierbij zien we dan in de onderzoeksperiode het totaal aantal wachtenden is afgenomen. Het aantal wachtenden > 365 dagen is gereduceerd tot 0.

Wacht tijd	KW1. 2015	KW2. 2015	KW3. 2015	KW4. 2015	KW1. 2016	KW2. 2016	KW3. 2016	KW4. 2016	KW1. 2017	KW2. 2017	KW3. 2017	KW4. 2017	KW1. 2018	KW2. 2018	KW3. 2018	KW4. 2018
< 43 dagen	285	189	246	234	173	208	231	233	246	168	223	207	238	NA	NA	241
43- 91 dagen	139	62	111	138	103	103	134	107	75	127	141	152	144	NA	NA	132
92- 183 dagen	107	117	106	136	141	86	118	119	77	88	103	137	131	NA	NA	136
184- 365 dagen	86	78	136	111	132	108	95	76	54	59	68	85	97	NA	NA	144
>365 dagen	147	130	121	109	107	87	83	64	49	46	40	40	35	NA	NA	0

Bron: Zorginstituut Nederland

### 3.3 Aantal actief en niet-actief wachtende cliënten t.o.v. de treeknorm

In onderstaand figuur tonen we het aantal wachtenden voor de regio Zuid-Limburg ten opzichte van de treeknorm. Hierbij zien we dat het aantal wachtenden zonder overbruggingszorg eind 2018 tot het laagste punt gedaald is (van 133 tot 18).

Aantal wachtenden	KW1. 2015	KW2. 2015	KW3. 2015	KW4. 2015	KW1. 2016	KW2. 2016	KW3. 2016	KW4. 2016	KW1. 2017	KW2. 2017	KW3. 2017	KW4. 2017	KW1. 2018	KW2. 2018	KW3. 2018	KW4. 2018
Aantal wachtenden met overbruggingszorg korter dan de treeknorm																
	102	87	133	118	109	124	130	131	140	97	146	135	149	NA	NA	189
Aantal wachtenden zonder overbruggingszorg korter dan de treeknorm																
	183	102	113	116	64	84	101	102	103	71	75	72	87	NA	NA	52
Aantal wachtenden met overbruggingszorg langer dan de treeknorm																
	346	325	410	416	433	342	377	324	231	294	312	386	383	NA	NA	394
Aantal wachtenden zonder overbruggingszorg langer dan de treeknorm																
	133	62	64	78	50	42	53	42	24	26	39	27	22	NA	NA	18

Bron: Zorginstituut Nederland

## 4. Productiegegevens en pgb

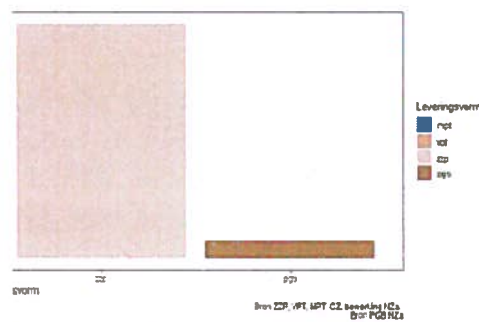
## 4. Productiegegevens en pgb

### 4.1 Aantal cliënten per leveringsvorm 4<sup>e</sup> kwartaal 2018 (inclusief pgb)

In de figuur tonen we de verdeling van het aantal cliënten voor de verschillende leveringsvormen in het 4e kwartaal van 2018 (zie bijlage voor classificatie van de producten onder iedere leveringsvorm).

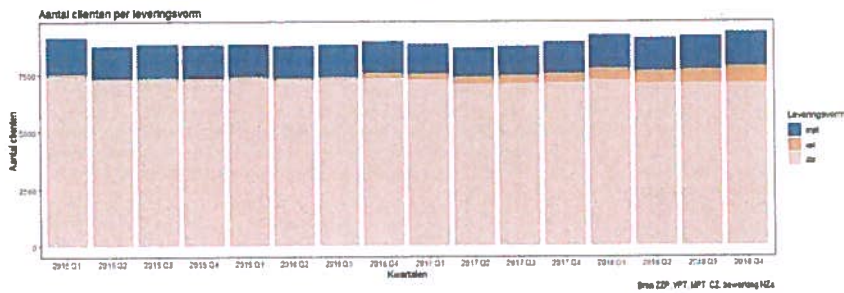
Deze figuur is gebaseerd op twee bronbestanden. Het declaratiebestand van CZ geeft inzicht in de leveringsvormen zzp, mpt en vpt. Bron van de pgb-gegevens is de door de zorgkantoren aan de NZa maandelijks aangeleverde Informatie over aantallen pgb-cliënten en de toegekende budgetten op cliëntniveau. Aangezien een cliënt een beschikking heeft gekregen voor een geheel jaar, tonen we in deze figuur het aantal nieuwe cliënten die gedurende het jaar een budget toegewezen krijgen en het aantal bestaande cliënten.

Cliënten die gedurende het jaar komen te overlijden behouden wel het trekkingsrecht voor het betreffende jaar en blijven zodoende in het bestand staan. Hoewel pgb niet meegenomen wordt in het experiment tonen we het aandeel van pgb wel in deze figuur, omdat er gedurende het jaar wel overgestapt kan worden van pgb naar zorg in natura en andersom. Daarnaast kunnen cliënten tegelijkertijd meerdere leveringsvormen hebben, hierdoor worden sommige cliënten dubbel geteld. In deze figuren zien we dat de meeste zorg via een zzp wordt geleverd.



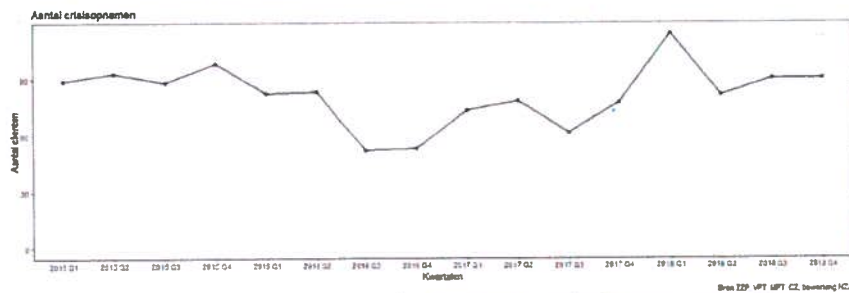
#### 4.2 Aantal cliënten per leveringsvorm per kwartaal (exclusief pgb)

In onderstaand figuur tonen we de verdeling van leveringsvormen per kwartaal voor de regio Zuid-Limburg. Hierbij zien we het aantal vpt's en mpt's licht toenemen.



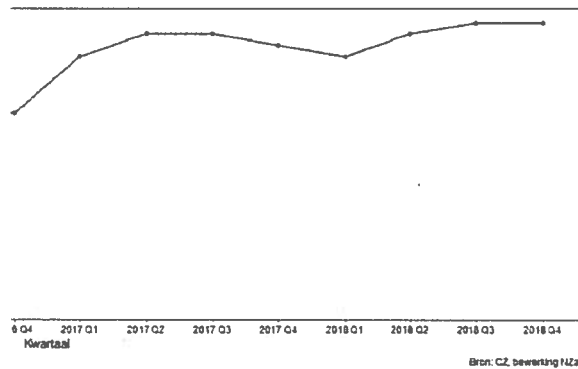
#### 4.3 Crisisopnamen

In onderstaande figuur tonen we het aantal crisisopnamen voor de regio Zuid-Limburg per kwartaal. Het aantal crisisopnamen wordt gemeten door het cliënten waarvoor een prestatiecode Z110 is gedeclareerd per kwartaal te sommeren. Hierbij zien we dat het aantal crisisopnamen gefluctueerd heeft in de onderzoeksperiode, maar de eindstand in 2018 gelijk is aan de beginstand in 2015.



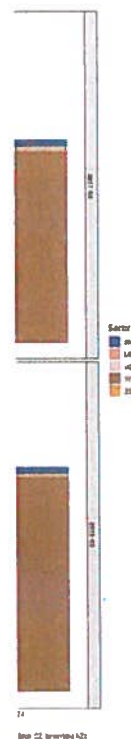
#### 4.4 Aantal zorgaanbieders per kwartaal

In onderstaande tabel tonen we het totaal aantal aanbieders dat deelneemt aan het experiment en het aantal aanbieders dat Wlz zorg declareert. Het totaal aantal zorgaanbieders dat deelneemt aan het experiment bedraagt 29, waarvan er 4 zorgaanbieders nooit gedeclareerd hebben. NB: In onderstaande figuur zijn alle deelnemers opgenomen die hebben gedeclareerd in het kader van het experiment. Ten opzichte van de nulmeting zijn ook deelnemers meegenomen die alleen geen specifieke vv-prestaties hebben gedeclareerd (zoals mpt's). Deze figuur geeft een beter beeld van het aantal zorgaanbieders.

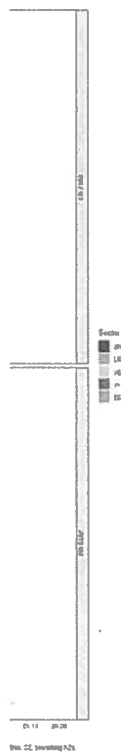


#### 4.5 Omzet per zorgaanbieder naar sector

De figuren hiernaast zien we de verdeling van de declaraties voor het 4e kwartaal van 2018 per zorgprofiel per aanbieder in de regio Zuid-Limburg. In de figuren zijn ook prestaties opgenomen die in een andere sector voorkomen zoals lg, vg, zg en zg-visueel. Daarnaast zijn er ook niet-specifieke prestaties die niet kunnen worden toebedeeld aan een zorgprofiel. Deze zijn opgenomen in de categorie "alle". In de eerste grafiek tonen we de 5 grootste aanbieders. In de tweede grafiek tonen we de overige aanbieders. Uit de eerste grafiek kan worden opgemaakt dat 5 grote aanbieders de regio Zuid-Limburg domineren. De omzet per aanbieder is wel veranderd als we het 4e kwartaal van 2018 vergelijken met het 3e kwartaal van 2018.

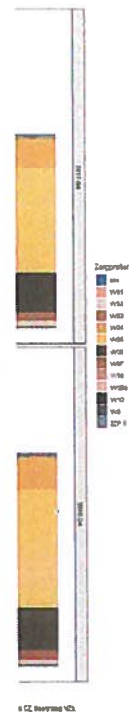


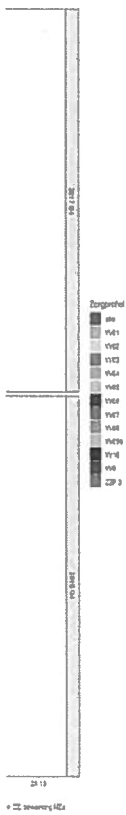




#### 4.6 Omzet per zorgaanbieder verdeeld naar gedeclareerd pakket

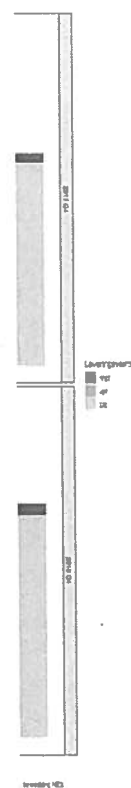
In de figuren zien we de omzet voor het 4e kwartaal van 2018 per zorgprofiel per zorgaanbieder voor de regio Zuid-Limburg. Indien een prestatie niet kan worden toebedeeld aan een specifiek zorgprofiel wordt deze gecategoriseerd naar categorie "alle". Tot de categorie ZZZ 0 behoren prestaties met betrekking tot de partner van de cliënt. In de eerste figuur tonen we de 5 grootste aanbieders en in de tweede figuur tonen we de overige aanbieders. Hierbij zien we dat de verandering in omzet binnen een zorgaanbieder veroorzaakt wordt door een toename van met name vv05- en vv06-zorgprofielen.

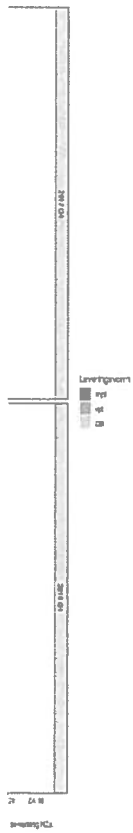




#### 4.7 Leveringsvorm per zorgaanbieder

In de figuren tonen we het declaratiebedrag voor het vierde kwartaal van 2018 per leveringsvorm per zorgaanbieder voor de regio Zuid-Limburg. In de eerste figuur tonen we de 5 grootste aanbieders en in de tweede figuur tonen we de overige aanbieders. Hierbij zien we dat de 5 grootste zorgaanbieders het merendeel van de declaraties indienen. Tevens zien we een toename van het vpt-aanbod bij een van de aanbieders.

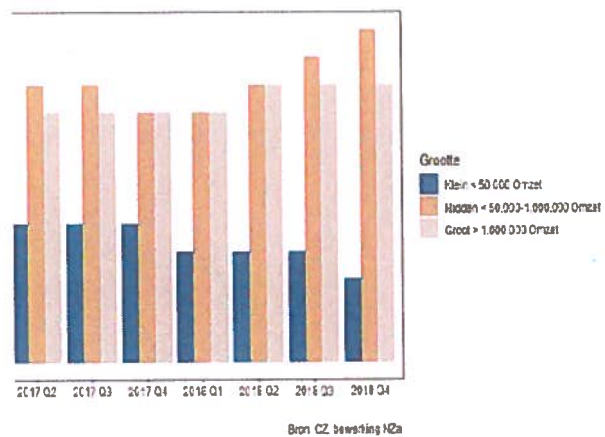




Eindrapportage kwantitatieve monitor Zuid-Limburg  
 Experiment persoonsvolgende zorg

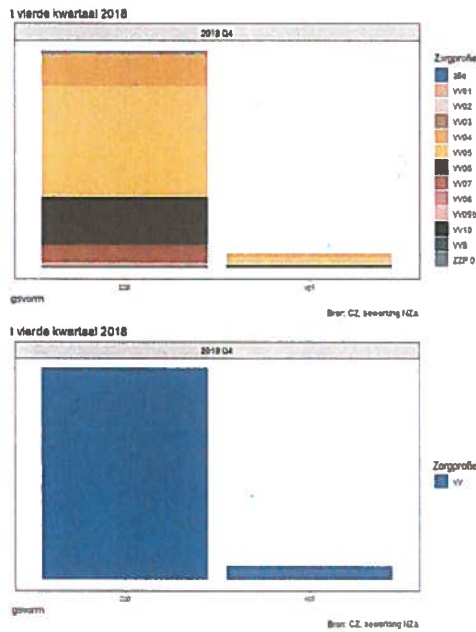
#### 4.8 Aantal naar omvang zorgaanbieder

In onderstaande figuur tonen we het aantal zorgaanbieders onderverdeeld naar de omvang van de omzet per kwartaal Zuid-Limburg. Hierbij zien we in 2018 een toename van het aantal grote en middelgrote zorgaanbieders. Het aantal kleine zorgaanbieders daalt.



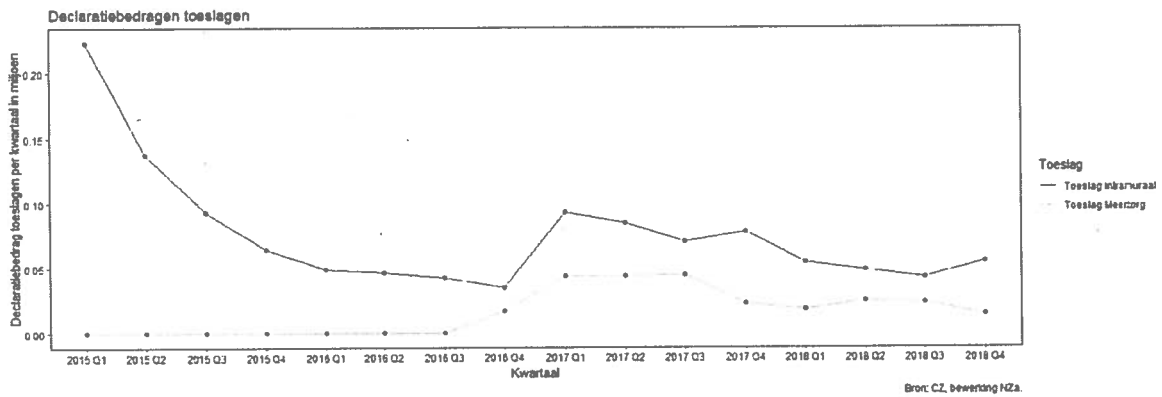
#### 4.9 Declaraties: declaratiebedrag per leveringsvorm

In onderstaande figuur tonen we het declaratiebedrag per leveringsvorm (zpz en vpt) onderverdeeld naar de verschillende zorgprofielen. Deze figuur toont de zorgprofiel en die worden aangeboden door de zorgaanbieders die meedoen met het experiment in de regio Zuid-Limburg voor het 4e kwartaal van 2018. Hierbij zien we een toename van met name vv05 en een toename van zpz en vpt omzet ten opzichte van het 4e kwartaal van 2017.



#### 4.10 Declaraties: aantal toeslagen

In onderstaande figuur tonen we het aantal toeslagen voor de regio Zuid-Limburg per kwartaal. Bij de Intramurale toeslagen zien we een lichte daling in het 4e kwartaal van 2018 ten opzichte van het 4e kwartaal van 2017. De meerzorgtoeslagen blijven nagenoeg gelijk in het 4e kwartaal van 2018.





## 5. Nieuwe cliënten

## 5. Nieuwe cliënten

In de figuren laten we het aantal bestaande en nieuwe cliënten per kwartaal zien. Het aantal cliënten neemt in het 4e kwartaal van 2018 neemt toe, met name in vpt. Het aantal nieuwe cliënten in de v&v met een leveringsvorm zzp daalt.



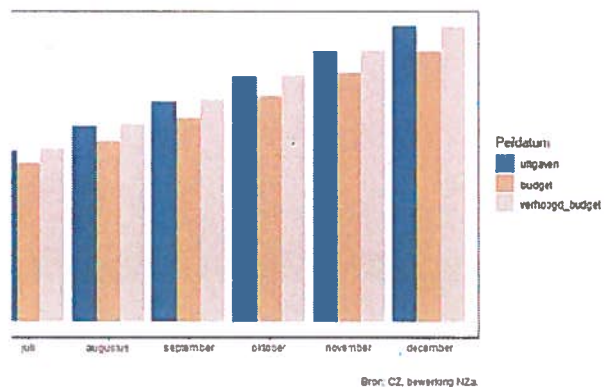


## **6. Budgettair kader langdurige zorg**

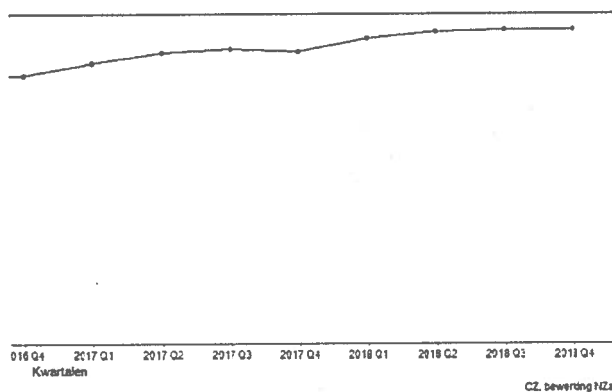
## 6. Budgettair kader langdurige zorg

### 6.1 Benutting budgettair kader

De benutting van het budgettair kader blijft binnen het beschikbare opgehoogde budget. Binnen de regio kan een zorgkantoor overhevelen tussen het budgettair kader voor het experiment en het overige budgettair kader. Het kader voor het experiment voor de regio Zuid-Limburg bedroeg begin 2018 € 515 miljoen en is tussentijds opgehoogd naar € 563 miljoen. Tot en met het 4e kwartaal bedroeg het aangepaste budget € 563 miljoen en er werd in totaal € 561 miljoen uitgegeven. Op moment van rapportage zijn nog niet alle declaraties verwerkt. Naar verwachting zal dit bedrag nadat alle declaraties verwerkt zijn hoger uitvallen.



Onderstaande figuur toont de gemiddelde kosten per cliënt. We zien dat de gemiddelde kosten per cliënt met 17% zijn toegenomen.



Deze stijging is waarschijnlijk grotendeels te verklaren vanuit de landelijke stijging van de intramurale tarieven (bijvoorbeeld het tarief van zpz5 is tussen 2015 en 2018 met 19% gestegen, o.a. als gevolg van de ingroei van de kapitaallasten in het tarief).

# 7. Marktaandeelen

Eindrapportage kwantitatieve monitor Zuid-Limburg  
Experiment persoonsvolgende zorg

## 7. Marktaandelen

### Marktconcentratie

De C4-index geeft het marktaandeel weer van de 4 grootste aanbieders op basis van hun omzet in de vv-zorg. Hieruit is op te maken dat de vier grootste aanbieders ongeveer 70% marktaandeel hebben. Het marktaandeel van de 4 grootste zorgaanbieders is in het 4e kwartaal van 2018 bijna niet gewijzigd.

Jaar	Marktaandeel
2015	0.6955857
2016	0.6950417
2017	0.6973409
2018	0.6984575



# Bijlagen

# Bijlagen

## Bijlage 1. Gegevensbronnen

### Indicatiegegevens CIZ

Deze databron bevat gegevens over de aanspraak op zorgprofielen met een peildatum en zijn uitgesplitst naar zorgkantoor. Het betreft dus aantallen per zorgprofiel geaggregeerd naar zorgkantoor. De peildata zijn per kwartaal aangeleverd. Vanaf 1 januari 2017 worden de gegevens per maand aangeleverd. Voor de kwartaalrapportage maken we gebruik van de initiële indicaties.

### Wachttijstgegevens Zorginstituut Nederland

Om in dit experiment iets te kunnen zeggen over de toegankelijkheid van het zorgaanbod Wlz zijn wachttijstgegevens nodig. Voor het experiment is Zorginstituut Nederland verantwoordelijk voor de aanlevering van wachttijstgegevens. Voor het experiment in Zuid-Limburg heeft het Zorginstituut aan de NZa geaggregeerde wachttijstgegevens van de vv sector aangeleverd per regio.

Daarnaast zijn ook gegevens verstrekt op landelijk niveau. De gegevens zijn gegroepeerd in drie tabellen:

1. Aantal cliënten verdeeld naar wachtstatus
2. Aantal actief en niet-actief wachtende cliënten, uitgesplitst naar gemiddelde wachttijd tot aan de peildatum.
3. Aantal actief en niet-actief wachtende cliënten t.o.v. de treeknorm .

### Productiegegevens Zorgkantoor

Door het zorgkantoor CZ zijn conform de standaard voor NZa gegevensaanlevering Experiment persoonsvolgende Inkoop (GA WLZ-ZKR 1.0 v1.0) productiegegevens aangeleverd. Het bestand omvat declaratiegegevens over de periode 2015 tot en met het derde kwartaal 2017 voor de vv sector van de deelnemende instellingen die vanaf 1 januari 2017 meedoen aan het experiment.

### Pgb-gegevens

Bron van de pgb-gegevens is de door de zorgkantoren aan de NZa maandelijks aangeleverde informatie over aantallen pgb-clënten en de toegekende budgetten op cliëntniveau.

### Gegevens over deelnemende zorgaanbieders

Door het zorgkantoor CZ is een lijst aangeleverd met alle zorgaanbieders die voor het experiment persoonsvolgende inkoop zijn gecontracteerd door het zorgkantoor. Een deelnemende zorgaanbieder heeft een uniek NZa-nummer ten behoeve van het experiment. Op 1 januari 2017 zijn er 25 zorgaanbieders gecontracteerd voor deelname aan het experiment.

## Bijlage 2. Toelichting zorgprofielen

Onderstaand vindt u een overzicht van alle zorgprofielen. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen hoog en laag. De lage zorgprofielen worden per 01-01-2015 afgebouwd uit de Wlz. Hier zal dus geen instroom meer plaatsvinden.

Indicaties.Gehandicaptensector	Omschrijving	Laag.hoog
VV01	Beschut wonen met enige begeleiding	laag
VV02	Beschut wonen met begeleiding en verzorging	laag
VV03	Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging	laag
VV04	VV Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	hoog
VV05	VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	hoog
VV06	VV Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	hoog
VV07	VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding	hoog
VV08	VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging	hoog
VV09	VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging	hoog
VV10	VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	hoog

### Bijlage 3. Prestatiecodes

Onderstaand vindt u een overzicht van alle prestatiecodes, ingedeeld naar leveringsvorm en zorgprofielen.

WLZ-prestatie	Prestatiebeschrijving	Leveringsvorm	Zorgprofiel
Z1003	Logeren VV	zzp	alle
Z901	Vervoer dagbesteding V&V	zzp	alle
I001	Inrichtingskosten bij gedwongen verhuizing éénpersoonswoning	zzp	alle
I002	Inrichtingskosten bij gedwongen verhuizing meerpersoonswoning	zzp	alle
M001	Extreme kosten van zorggebonden materiaal	zzp	alle
Z916	Per dag ZZP Mutatiedag V&V zonder toelating voor behandeling	zzp	alle
Z917	Per dag ZZP Mutatiedag V&V toelating voor behandeling	zzp	alle
Z110	ZZP crisisopvang /spoedzorg V&V met behandeling	zzp	alle
Z015	ZZP 1VV (excl.BH incl.DB)	zzp	VV01
Z025	ZZP 2VV (excl.BH incl.DB)	zzp	VV02
Z033	ZZP 3VV (incl.BH incl.DB)	zzp	VV03
Z031	ZZP 3VV (excl.BH incl.DB)	zzp	VV03
Z043	ZZP 4VV (incl.BH incl.DB)	zzp	VV04
Z041	ZZP 4VV (excl.BH incl.DB)	zzp	VV04
WZ041	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 4VV excl. BH	zzp	VV04
WZ043	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 4VV incl. BH	zzp	VV04
Z053	ZZP 5VV (incl.BH incl.DB)	zzp	VV05
Z051	ZZP 5VV (excl.BH incl.DB)	zzp	VV05
WZ051	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 5VV excl. BH	zzp	VV05
WZ053	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 5VV incl. BH	zzp	VV05
Z063	ZZP 6VV (incl.BH incl.DB)	zzp	VV06

WLZ-prestatie	Prestatiebeschrijving	Leveringsvorm	Zorgprofiel
Z061	ZZP 6VV (excl.BH incl.DB)	zzp	VV06
WZ061	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 6VV excl. BH	zzp	VV06
WZ063	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 6VV incl. BH	zzp	VV06
Z073	ZZP 7VV (incl.BH incl.DB)	zzp	VV07
Z071	ZZP 7VV (excl.BH incl.DB)	zzp	VV07
WZ071	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 7VV excl. BH	zzp	VV07
WZ073	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 7VV incl. BH	zzp	VV07
Z920	Toeslag Huntington	zzp	VV08
Z081	ZZP 8VV (excl.BH incl.DB)	zzp	VV08
WZ081	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 8VV excl. BH	zzp	VV08
WZ083	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 8VV incl. BH	zzp	VV08
Z910	Toeslag Cerebro Vasculair Accident (CVA)	zzp	VV09b
Z097	ZZP 9bVV (incl.BH incl.DB)	zzp	VV09b
Z095	ZZP 9bVV (excl.BH incl.DB)	zzp	VV09b
WZ095	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 9bVV excl. BH	zzp	VV09b
WZ097	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 9bVV incl. BH	zzp	VV09b
Z103	ZZP 10VV (incl.BH incl.DB)	zzp	VV10
Z101	ZZP 10VV (excl.BH incl.DB)	zzp	VV10
WZ101	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 10VV excl. BH	zzp	VV10
WZ103	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 10VV incl. BH	zzp	VV10
Z083	ZZP 8VV (incl.BH incl.DB)	zzp	VV8
Z995	Verblijfscomponent niet-geïndiceerde partner V&V	zzp	ZZP 0
V901	Vervoer dagbesteding V&V	vpt	alle
X181	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 1VV (excl.BH incl.DB)	vpt	VV01

WLZ-prestatie	Prestatiebeschrijving	Leveringsvorm	Zorgprofiel
V015	VPT 1VV (excl.BH incl.DB)	vpt	VV01
X182	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 2VV (excl.BH incl.DB)	vpt	VV02
V025	VPT 2VV (excl.BH incl.DB)	vpt	VV02
V033	VPT 3VV (incl.BH incl.DB)	vpt	VV03
X183	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 3VV (excl.BH incl.DB)	vpt	VV03
X193	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 3VV (incl.BH incl.DB)	vpt	VV03
V031	VPT 3VV (excl.BH incl.DB)	vpt	VV03
V043	VPT 4VV (incl.BH incl.DB)	vpt	VV04
X184	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 4VV (excl.BH incl.DB)	vpt	VV04
X194	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 4VV (incl.BH incl.DB)	vpt	VV04
V041	VPT 4VV (excl.BH incl.DB)	vpt	VV04
WV041	Opslag Waardigheid en Trots VPT 4VV excl. BH	vpt	VV04
WV043	Opslag Waardigheid en Trots VPT 4VV incl. BH	vpt	VV04
V053	VPT 5VV (incl.BH incl.DB)	vpt	VV05
X185	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 5VV (excl.BH incl.DB)	vpt	VV05
X195	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 5VV (incl.BH incl.DB)	vpt	VV05
V051	VPT 5VV (excl.BH incl.DB)	vpt	VV05
WV051	Opslag Waardigheid en Trots VPT 5VV excl. BH	vpt	VV05
WV053	Opslag Waardigheid en Trots VPT 5VV incl. BH	vpt	VV05
V063	VPT 6VV (incl.BH incl.DB)	vpt	VV06
X186	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 6VV (excl.BH incl.DB)	vpt	VV06
X196	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 6VV (incl.BH incl.DB)	vpt	VV06
V061	VPT 6VV (excl.BH incl.DB)	vpt	VV06

WLZ-prestatie	Prestatiebeschrijving	Leveringsvorm	Zorgprofiel
WV061	Opslag Waardigheid en Trots VPT 6VV excl. BH	vpt	VV06
WV063	Opslag Waardigheid en Trots VPT 6VV incl. BH	vpt	VV06
V073	VPT 7VV (incl.BH incl.DB)	vpt	VV07
X187	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 7VV (excl.BH incl.DB)	vpt	VV07
X197	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 7VV (incl.BH incl.DB)	vpt	VV07
V071	VPT 7VV (excl.BH incl.DB)	vpt	VV07
WV071	Opslag Waardigheid en Trots VPT 7VV excl. BH	vpt	VV07
WV073	Opslag Waardigheid en Trots VPT 7VV incl. BH	vpt	VV07
V083	VPT 8VV (incl.BH incl.DB)	vpt	VV08
V920	VPT Toeslag Huntington	vpt	VV08
X188	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 8VV (excl.BH incl.DB)	vpt	VV08
X198	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 8VV (incl.BH incl.DB)	vpt	VV08
V081	VPT 8VV (excl.BH incl.DB)	vpt	VV08
WV081	Opslag Waardigheid en Trots VPT 8VV excl. BH	vpt	VV08
WV083	Opslag Waardigheid en Trots VPT 8VV incl. BH	vpt	VV08
WV097	Opslag Waardigheid en Trots VPT 9bVV incl. BH	vpt	Vv09b
V097	VPT 9Vvb (incl.BH incl.DB)	vpt	VV09b
X189	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 9bVV (excl.BH incl.DB)	vpt	VV09b
X199	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 9bVV (incl.BH incl.DB)	vpt	VV09b
V095	VPT 9Vvb (excl.BH incl.DB)	vpt	VV09b
WV095	Opslag Waardigheid en Trots VPT 9bVV excl. BH	vpt	VV09b
WV103	Opslag Waardigheid en Trots VPT 10VV incl. BH	vpt	Vv10
V103	VPT 10VV (incl.BH incl.DB)	vpt	VV10
X190	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 10VV (excl.BH incl.DB)	vpt	VV10
X200	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 10VV (incl.BH incl.DB)	vpt	VV10
V101	VPT 10VV (excl.BH incl.DB)	vpt	VV10
WV101	Opslag Waardigheid en Trots VPT 10VV excl. BH	vpt	VV10
S803	Vervoer dagbehandeling V&V	mpt	alle
H803	Vervoer dagbesteding/dagbehandeling V&V	mpt	alle



Nederlandse  
Zorgautoriteit





ONDERZOEKT | ADVISEERT | BEWEEGT

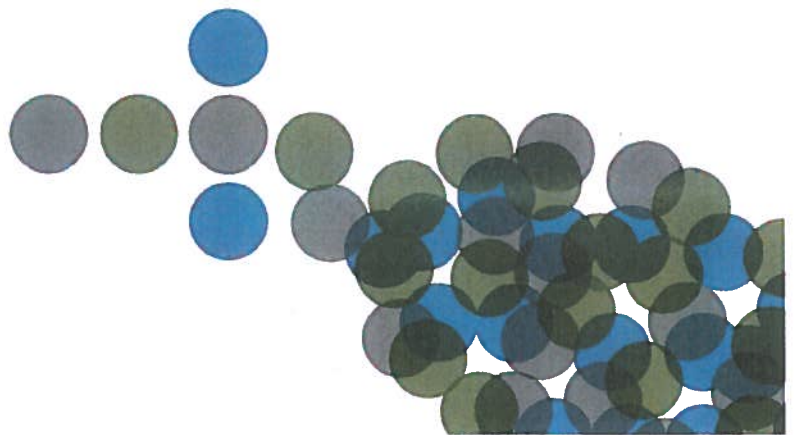
## Kwalitatieve monitor experiment Persoonsvolgende Zorg

Eindrapportage regio Rotterdam

**Auteur(s)** drs. Louise Pansier-Mast en dr. Patrick Jansen  
**Opdrachtgever** Ministerie van VWS

**Kenmerk** LP/19/0575/qmexpv  
**Publicatiedatum** 19 april 2019

© Bureau HHM



**Inhoud**

<b>1. Doel en werkwijze .....</b>	<b>3</b>
1.1 Werkwijze monitor regio Rotterdam.....	3
1.2 Respons monitor regio Rotterdam.....	4
1.3 Leeswijzer.....	5
<b>2. Impact van experiment op klantreis.....</b>	<b>6</b>
2.1 Fase van vraagverheldering en vaststellen ondersteuningsvraag	6
2.2 Fase van aanvraag indicatie .....	7
2.3 Fase van oriëntatie op passend aanbod .....	8
2.4 Fase van start en aanpassen zorgverlening .....	9
<b>3. Reflectie op experiment .....</b>	<b>13</b>
3.1 Bevorderende en belemmerende factoren.....	13
3.2 Adviezen voor andere organisaties/regio's.....	14
<b>4. Samenvattende conclusie.....</b>	<b>15</b>
4.1 Worden wensen en behoeften goed gehoord? .....	15
4.2 Worden wensen en behoeften gerealiseerd? .....	15
4.3 Hoe waarderen cliënten informatie en ondersteuning? .....	16
<b>Bijlage 1. Cliëntverhalen derde monitorronde .....</b>	<b>17</b>

- 1
- 2
- 3
- 4



LP119/0575/qmexpv

## 1. Doel en werkwijze

*In de kwalitatieve monitor van het experiment Persoonsvolgende zorg in de regio Rotterdam hebben wij onderzocht of cliënten ervaren dat zij vormen van zorg kunnen kiezen die goed aansluiten bij hun manier van leven, hun wensen en mogelijkheden.*

Het doel van de experimenten Persoonsvolgende zorg is het vergroten van de mogelijkheden van cliënten om zorg te kiezen die het beste bij hen past. Onder dit doel worden vier subdoelen onderscheiden:

1. versterken van de positie van de cliënt in het keuzeproces,
2. vergroten van de keuzemogelijkheden en keuzevrijheid voor de cliënt door een gedifferentieerd zorgaanbod in de regio,
3. zorgverlening die qua aard, omvang en locatie zoveel mogelijk aansluit bij de concrete vraag van de cliënt,
4. beter in beeld krijgen van de keuzemogelijkheden en -processen vooraf, tijdens en na de zorgverlening in de Wlz.

*In de kwalitatieve monitor door bureau HHM staat de vraag centraal of de behoeften en voorkeuren van cliënten goed worden gehoord en gerealiseerd en hoe cliënten de geboden informatie en ondersteuning waarderen.*

In deze rapportage beschrijven we onze werkwijze en bevindingen en beantwoorden we bovenstaande centrale vraag.



### 1.1 Werkwijze monitor regio Rotterdam

In de regio Rotterdam hebben we op verzoek van de stuurgroep de monitor uitgevoerd door diepte-interviews met cliënten (vertegenwoordigers). In de tussentijdse rapportage hebben we verslag gedaan over de eerste twee interviewrondes. Daarnaast hebben we in monitorronde 2 een analyse gedaan van het registratiebestand van de cliëntondersteuners. Deze monitor heeft inzicht gegeven in de behoeften en voorkeuren van cliënten en in de mate waarin cliënten informatie kunnen vinden en gebruiken om keuzes te maken voor het verkrijgen van passende zorg. Voor bepaalde aspecten heeft dit bij de regionale partijen geleid tot aanpassingen in de werkwijze. Voor meer informatie verwijzen wij u naar de tussentijdse rapportage.<sup>1</sup>

De tussenrapportage over de monitor maakte ook duidelijk dat het moeilijk is om in beeld te brengen wat de effecten van de twee experimenten zijn. Om een statistisch causaal verband te kunnen leggen tussen de gepleegde interventies en ervaringen van cliënten, is grootschalig onderzoek nodig, inclusief controlegroep waar niet persoonsvolgend wordt gewerkt. Met name het ontbreken van een goede controlegroep (omdat vrijwel alle zorgorganisaties de slag aan het maken zijn om persoonsvolgend te werken), maakte het lastig om tijdens de tussenevaluatie over 2017 de effecten goed in beeld te brengen. Daarnaast waren veel organisaties al bezig met het vormen van persoonsvolgende zorg en heeft het experiment als katalysator gewerkt, waardoor moeilijk is vast te stellen wat toe te schrijven is aan het experiment.



LP139/0575/qmexov

<sup>1</sup> Rapportage Kwalitatieve monitor experiment persoonsvolgende zorg Rotterdam (kenmerk PJ/28/0738/qm1xpv)

Deze ervaringen hebben geleid tot een iets andere opzet van de monitor in 2018. Naast de interviews met cliënten hebben we focusgroepen georganiseerd. Zodoende konden we naast de ervaringen van cliënten, ook de ervaringen van medewerkers en hun beeld van de effecten van het experiment ophalen. In deze focusgroepen hebben we de klantreis zoals deze in het experiment is beschreven (zie figuur 1 op de volgende pagina) centraal gezet. Voor alle stappen hebben we geïnventariseerd wat het experiment aan innovaties heeft gebracht (in brede zin), welke effecten dat heeft op cliënten (positief en negatief) en wat de consequenties zijn voor medewerkers en organisaties (positief en negatief). Ook hebben we met medewerkers en organisaties gesproken over de bevorderende en belemmerende factoren voor het experiment en suggesties voor andere organisaties die meer persoonsvolgend willen werken.

### 1.2 Respons monitor regio Rotterdam

Zoals gezegd is voor de kwalitatieve monitor in regio Rotterdam op verzoek van de regionale stuurgroep primair gekozen voor interviews met cliënten (vertegenwoordigers). Omdat het niet lukte om cliënten te werven via de aanbieders, hebben we dit gedaan via de onafhankelijke cliëntondersteuners van Zorgbelang en MEE. In de eerste ronde hebben we negen cliënten gesproken met wie in de eerste helft van 2017 een cliëntondersteuningstraject is gestart. Dit was als het ware een nulmeting, omdat het experiment nog geen effect had gehad op de werkwijze van partijen. In de tweede monitorronde hebben we negen cliënten bereid gevonden tot een gesprek en één cliëntvertegenwoordiger heeft op haar verzoek een vragenlijst ingevuld. Dit waren

cliënten die na de invoering van de nieuwe, brede vraagverheldering bij de cliëntondersteuning kwamen.

Bij de interviews in de derde ronde hebben we twee sporen gevolgd:

- We hebben de (vertegenwoordigers van) cliënten benaderd die we in de tweede monitorronde hebben gesproken. Met vier vertegenwoordigers hebben we telefonisch contact gehad om te horen hoe het proces verder is verlopen en tot welk resultaat dit heeft geleid. Deze input hebben we verwerkt in hoofdstuk 2.
- We hebben via de onafhankelijke cliëntondersteuners nieuwe respondenten geworven voor een face-to-face interview. We hielden met acht cliënten en/of vertegenwoordigers een uitgebreid interview en hadden met één ambulante begeleider een wat korter telefonisch contact. Ook deze diepte-interviews zijn verwerkt in hoofdstuk 2. Voor deze negen cliënten is bovendien een korte schets opgenomen in bijlage 1. (Voor de cliënten uit de eerdere monitorrondes vindt u meer informatie in de tussenrapportage<sup>2</sup>.) In totaal hebben we van 28 cliënten input gekregen via diepte-interviews (bij uitzondering via een vragenlijst of een kort telefonisch contact).

De focusgroepen hebben we in de regio Rotterdam als volgt ingevuld:

- We hebben een focusgroep gehouden met de werkgroep Persoonsvolgende zorg, bestaande uit medewerkers van alle betrokken partijen (waaronder zorgorganisaties, MEE, Zorgbelang, CIZ en zorgkantoor). Bij het overleg waren 14 personen aanwezig (een deel van de werkgroep was afwezig vanwege een parallelle bijeenkomst).
- We hebben twee workshops gehouden op de kwartaalbijeenkomst in december 2018, met respectievelijk 12 en 15 personen, zowel cliënten (vertegenwoordigers) als medewerkers.



<sup>2</sup> Rapportage Kwalitatieve monitor experiment persoonsvolgende zorg Rotterdam, 19 april 2018 (kenmerk PJJ18/0738/qmexpv).

- We hebben een focusgroep gehouden tijdens een bijeenkomst met (bestuurlijk) vertegenwoordigers van alle betrokken partijen. Hierbij waren namens de verschillende organisaties zeven personen aanwezig.

In totaal hebben we bijna 50 personen gesproken via de focusgroepen, merendeel medewerkers van betrokken organisaties. In elk van de focusgroepen hebben we andere accenten gelegd in onze vraagstelling, passend bij de aanwezigen en hun rol in het experiment.

### 1.3 Leeswijzer

De bevindingen uit de interviews en de bijeenkomsten brengen we samen in hoofdstuk 2. Dit doen we aan de hand van de fases in de klantreis; het definiëren van de klantreis is op zichzelf al een resultaat van het experiment. In hoofdstuk 3 gaan we in op de bevorderende en belemmerende factoren die de partijen hebben ervaren in het experiment. In hoofdstuk 4 formuleren we de belangrijkste conclusies aan de hand van onze onderzoeksvraag.

## Persoonsvolgende Zorg



Figuur 1. Klantreis



## 2. Impact van experiment op klantreis

*Aan de hand van vier hoofdfases uit de klantreis geven we weer wat nieuw is als gevolg van het experiment en wat de impact daarvan is volgens de deelnemers aan de focusgroepen: medewerkers, bestuurders en cliënten(vertegenwoordigers). De ervaringen van cliënten met wie een diepte-interview is gehouden, zijn per stap apart beschreven. De tabel op pagina 11 vat de bevindingen samen.*

### 2.1 Fase van vraagverheldering en vaststellen ondersteuningsvraag

In het experiment in de regio Rotterdam zijn verschillende dingen bedacht om de vraag van cliënten helder te krijgen, nog voor zij een aanvraag doen voor zorg en ondersteuning. De gedachte hierachter is dat dit een beter zicht op de vraag, beter passende indicaties en beter passende ondersteuning oplevert. Allereerst is een pool van onafhankelijke cliëntondersteuners (OCO) gecreëerd met specifieke inzet voor het experiment. Cliënten die zich melden bij de gemeente of zorgaanbieder worden geïnformeerd over de mogelijkheid om gebruik te maken van onafhankelijke cliëntondersteuning. Door deze afspraken zijn er kortere lijnen tussen wijkteam en cliëntondersteuning en tussen aanbieders en cliëntondersteuning, waardoor cliënten beter kunnen worden geholpen. Cliëntondersteuners en aanbieders proberen ook vaker buiten de gebaande paden te zoeken naar oplossingen, maar dit moet volgens hen nog meer groeien.

Het tweede nieuwe element is een leidraad voor het vraagverhelderingsgesprek, waarin alle leefgebieden zijn uitgewerkt. Deze leidraad wordt gebruikt door cliëntondersteuners. Zo is aan het begin van de klantreis in de volle breedte duidelijk wat de cliënt belangrijk vindt en wat zijn wensen en behoeften zijn, welk startpunt zijn reis ook heeft. Doordat bij de start meer informatie over de cliënt beschikbaar is, hebben de aanbieders minder tijd nodig in de intakefase om deze informatie te verzamelen. Ook voor de cliënt is er winst: hij krijgt een uitgebreid verslag van de vraagverheldering en de zorgaanbieders maken gebruik van hetzelfde aanmeldformulier. Hierdoor hoeft een cliënt slechts één formulier in te vullen, ook als hij zich bij meerdere aanbieders wil aanmelden. Om cliënten verder te ondersteunen bij de vraagverheldering is een website ontwikkeld ([www.zogewoon.nl](http://www.zogewoon.nl)). Door vragen te beantwoorden over allerlei leefgebieden, ontwikkelt de cliënt een 'dossier' dat hij kan gebruiken bij de aanmelding. Ook geeft de website suggesties voor aanbod dat past bij de wensen en behoefte van de cliënt (zie verder bij 2.3).

In de looptijd van het experiment hebben aanbieders weinig vragen gekregen buiten het bestaande aanbod. Zoals we in de tussenrapportage al hebben opgemerkt, lijken cliënten zelf nog veel in aanbod-termen te denken. Daarnaast gaven medewerkers en bestuurders aan dat medewerkers het lastig vinden de 'echte' vraag op te halen als ze niet zeker zijn dat het ook gerealiseerd kan worden.

Er zijn nog een paar kanttekeningen genoemd. Door de onafhankelijke cliëntondersteuning binnen het experiment een betere positie te geven, is het voor wijkteams gemakkelijk om een cliënt daarheen te verwijzen.



Als blijkt dat de cliënt niet in aanmerking komt voor de Wlz, moet de cliënt weer terug naar het wijkteam voor toegang tot ondersteuning uit de Wmo. Dit levert vertraging op in het proces voor de cliënt. Verder ervaren de cliëntondersteuners meer werkdruk door extra taken die zij binnen het experiment hebben (bijvoorbeeld indicaties aanvragen) en afspraken over hun beschikbaarheid.

De bestuurders noemen ook een keerzijde in de 'korte lijnen': het risico bestaat dat vaste padjes ontstaan tussen medewerkers vanuit hun persoonlijke voorkeur en dat hierdoor de mogelijkheden voor cliënten worden ingeperkt. Dat laatste kan ook gebeuren doordat medewerkers (zowel cliëntondersteuners als intakefunctionarissen van aanbieders) de wensen van cliënten als onhaalbaar zien en hen proberen te sturen naar een zorgvorm die in hun ogen beter past. Oordeelsvrij luisteren en bemiddelen is een grote uitdaging, bevestigen de partijen in het experiment. Hier is de afgelopen periode veel aandacht aan besteed.

#### Ervaringen van geïnterviewde cliënten

De meeste cliënten (vertegenwoordigers) die we hebben gesproken in de tweede en derde ronde (nadat de uitgebreide vraagverheldering was ingevoerd) hebben een brede vraagverheldering gehad. Een enkeling had hier geen behoefte aan of zat al in een latere fase van de klantreis, dus bij hen lag de focus alleen op de concrete vraag die ze bij aanmelding hadden. Alle respondenten die de brede vraagverheldering hebben gehad, vonden dit waardevol; sommige ouders hoorden in dit gesprek bijvoorbeeld dingen van hun kind die ze nog niet wisten. Bijna alle mensen die we spraken vonden dat de cliëntondersteuner goed luisterde naar hun wensen, ze voelden zich gehoord en serieus genomen. De meeste cliënten gaven desgevraagd aan dat ze het

vraagverhelderingsverslag hebben gekregen, maar sommigen konden zich dit niet herinneren ("maar ik heb ook zoveel papieren"). De cliënten vonden dit erg prettig, omdat ze dit konden gebruiken bij hun indicatieaanvraag en de aanmelding bij zorgaanbieders.

#### 2.2 Fase van aanvraag indicatie

Rondom de indicatiestelling zijn verschillende stappen gezet en afspraken gemaakt om meer persoonsvolgend te werken. Dat de cliëntondersteuning voorafgaand aan de indicatieaanvraag betrokken is, maakt dat de klantreis soepeler verloopt: mensen komen direct bij het juiste loket en de aanvraag bevat de benodigde informatie zodat de juiste indicatie wordt afgegeven (passend bij de vraag van de cliënt). Ook is de gedachte dat cliënten dankzij de cliëntondersteuning beter op de hoogte zijn van de verschillende verzilveringsmogelijkheden in de Wlz (intramuraal, vpt, mpt en pgb).

Verder zijn concrete afspraken gemaakt in de keten:

1. Als de cliëntondersteuner de aanvraag indient namens de cliënt, is huisbezoek door het CIZ niet meer nodig. Hierdoor wordt de belasting van het indicatietraject voor de cliënt verminderd. Sommige cliënten vinden dit prettig; anderen doen liever zelf de aanvraag omdat zij dan meer gevoel van regie hebben, bleek uit de interviews.
2. Cliënten die zelf de aanvraag hebben ingediend, worden in de besluitbrief van het CIZ gewezen op de mogelijkheid van cliëntondersteuning, zodat zij begeleiding kunnen ontvangen bij het vervolg van hun klantreis (oriëntatie op passend aanbod, aanmelding bij aanbieders, et cetera).
3. Cliënten die geen cliëntondersteuning hebben gehad en wel een voorkeursaanbieder hebben aangegeven bij de indicatieaanvraag,



worden door het zorgkantoor gebeld om te bespreken of dit een bewuste keuze is en indien gewenst andere opties toe te lichten.

In de focusgroepen is aangegeven dat de schotten tussen de zorgwetten belemmerend werken om cliënten regie te geven. De wettelijke kaders zijn complex en moeilijk uit te leggen aan cliënten; bijvoorbeeld een thuiswonende Wlz-cliënt die geen ligorthese kreeg van de zorgverzekeraar, terwijl deze voorziening geadviseerd werd door de Wlz-gefinancierde fysiotherapeut. Verder loopt de overgang van zorg uit Jeugdwet of Wmo naar de Wlz niet altijd soepel; denk bijvoorbeeld aan cliënten die een pgb hebben met meerdere zorgverleners en die alle formulieren opnieuw moeten invullen (terwijl aan de zorg niets verandert: alleen de financiering wijzigt). Betere afstemming op de grensvlakken voorkomt onnodige werkzaamheden bij cliëntondersteuning en indicatiestellers (cliëntondersteuners kregen bijvoorbeeld cliënten via het wijkteam die een afwijzing voor de Wlz nodig hadden voor ze een aanvraag konden doen voor beschermd wonen uit de Wmo). Verder gaven de partijen aan dat het mooi zou zijn als het CIZ cliënten bij een afwijzing voor de Wlz op de onafhankelijke cliëntondersteuning zou wijzen. Daarmee wordt ook de klantreis van cliënten die buiten de reikwijdte van het experiment vallen, verbeterd.

1

2

3

4

#### Ervaringen van geïnterviewde cliënten

Uit de interviews is gebleken dat de cliënten voor wie een indicatie moest worden aangevraagd, blij waren dat ze daarbij hulp kregen van de cliëntondersteuner. Ze hadden het idee dat de cliëntondersteuner hen hielp om de juiste dingen in de aanvraag te zetten. Sommige cliënten kozen ervoor om de aanvraag vervolgens zelf in te dienen om hier zelf volledig de regie op te hebben. Andere cliënten vonden het prettig dat de cliëntondersteuning de aanvraag indiende (NB. Dit was

nieuw tijdens de derde monitorronde). Dat hierdoor geen gesprek met het CIZ nodig was, vonden ze ook fijn ("dat scheelt weer een gesprek waarin je je hele verhaal moet doen"). Op één cliënt na werd aan de geïnterviewde cliënten de gewenste indicatie afgegeven.

#### 2.3 Fase van oriëntatie op passend aanbod

Als de indicatie is afgegeven, kan de cliënt op zoek naar een aanbieder die de zorg kan leveren die bij zijn wensen en behoefte past. De eerdergenoemde website Zogewoon.nl kan hierbij helpen: de cliënt heeft inzicht in de keuzemogelijkheden bij zijn specifieke situatie. Daarnaast wordt via deze website zichtbaar welke wensen met het best passend aanbod niet kunnen worden gehonoreerd (het brengt de mismatch in kaart dat kan worden gebruikt om tot beter passende zorg te komen).

Tegelijkertijd kan de website volgens de partijen ook juist aanboddenken in de hand werken, in plaats van het creëren van een arrangement rond de cliënt. Een tweede kanttekening bij de website is dat deze alleen de mogelijkheden voor de woonzorg toont en niet voor dagbesteding. Terwijl tijdens het experiment juist veel behoefte is geconstateerd aan ondersteuning thuis in combinatie met dagbesteding en respijtzorg ('logeren') ter ontlasting van het cliëntensysteem. Dit laatste (respijtvorzieningen) is ook nadrukkelijk naar voren gekomen in het experiment als een aandachtspunt in de inkoop door het zorgkantoor: er is te weinig aanbod, mede doordat aanbieders moeite hebben respijtvorzieningen in de lucht te houden omdat zij alleen gefinancierd worden voor de daadwerkelijke aanwezigheid van een cliënt. Het zorgkantoor zou aanbieders meer kunnen faciliteren door dit risico te helpen dragen (bijvoorbeeld de setting financieren in plaats van alleen de bezetting).



Het vergroten van keuzemogelijkheid (één van de doelen van het experiment) gaat volgens de aanbieders niet om 'meer aanbod om uit te kiezen' maar om 'meer duidelijkheid over wat je kunt kiezen'. Nota bene: voor cliëntgroepen met ernstige gedragsproblematiek en/of ernstige psychiatrische problematiek ligt dit anders; daarvan geven aanbieders aan dat er te weinig aanbod en daardoor geen keuze is. Door het experiment zijn de cliëntondersteuners nog beter op de hoogte van de sociale kaart en kunnen zij cliënten helpen om passend aanbod te vinden (opnieuw: 'passend aanbod vinden' is eigenlijk nog steeds 'oud denken').

Een voordeel van het experiment voor medewerkers is dat het helpt om meer vraaggericht te denken in plaats van aanbodgericht, out of the box in plaats van binnen de bekende mogelijkheden. De meeste medewerkers vinden dit ook leuk om te doen, het geeft hen voldoening als ze meer maatwerk kunnen leveren. Keerzijde is dat de mogelijkheden om echt iets nieuws te organiseren beperkt zijn, vooral als de huisvestingscomponent meespeelt ("vastgoed zit letterlijk vast").

#### Ervaringen van geïnterviewde cliënten

Geen van de cliënten die we hebben gesproken, had gebruik gemaakt van de website, maar sommigen herinnerden zich dat ze er op waren geweest door de cliëntondersteuner. De cliëntondersteuning speelt sowieso een heel belangrijke rol in deze fase. Voor cliënten- (vertegenwoordigers) zijn zij de steun en toeverlaat in een ingewikkeld proces waarbij cliënten zelf vaak door de bomen het bos niet meer zien. Cliënten ervaren door de cliëntondersteuning meer regie in het proces, doordat ze een beter overzicht hebben van de mogelijkheden die voor hen relevant zijn. De meesten hebben zelf ook gezocht naar aanbieders, maar lopen er dan tegenaan dat ze niet weten of het aanbod dat ze vinden ook echt voor hun situatie geschikt is. De cliëntondersteuner

helpt om deze schifting te maken en daar zijn cliënten heel blij mee.

Voor de meeste cliënten leidde dit ook tot passende zorg, hetzij in de thuissituatie met behulp van een pgb, hetzij in een woonvorm. Wel valt op dat de mensen die voor een pgb kiezen, dit vaak doen omdat zij de zorg in natura in woonvormen matig vinden: onvoldoende persoonlijke aandacht, teveel wisselingen in het personeel en onvoldoende (specifieke) deskundigheid. Voor ouders die er wel aan toe zijn om hun kind uit huis te laten gaan, is dit een worsteling: de (aansturing van de) zorg vraagt te veel van hen, maar ze zien geen alternatief.

Het bewustekeuzegesprek van het zorgkantoor vonden cliënten met een pgb-wens prettig. De informatie die ze kregen was niet altijd nieuw, mede door de brochure van het zorgkantoor die ze ook duidelijk vinden. Het is vooral handig om het allemaal rustig door te spreken en te checken of alle formulieren goed zijn ingevuld (één persoon heeft juist deze praktische ondersteuning gemist in het gesprek; blijkbaar varieert de manier waarop medewerkers van het zorgkantoor invulling geven aan het gesprek). Een aantal pgb-clieënten miste duidelijkheid over het budget dat bij hun indicatie hoort. Deze informatie is wel beschikbaar, maar was voor hen niet te vinden. Ook zeiden meerdere mensen dat je zoveel informatie krijgt dat je soms niet kunt vinden wat voor jou op dat moment relevant is.

#### 2.4 Fase van start en aanpassen zorgverlening

Het experiment heeft sommige aanbieders tot concrete wijzigingen in de zorgverlening aangezet, maar dit is slechts beperkt het geval. In de focusgroepen hoorden we van één aanbieder die bezig is met voorzichtige stappen in de doorontwikkeling van aanbod in de thuissituatie en een andere aanbieder heeft de werkwijze voor matches van cliënten aangepast voor cliënten die de experimentroute volgen. Verder lijkt de

- 1
- 2
- 3
- 4



concrete uitwerking van persoonsvolgende zorg in de praktijk nog in de beginfase. Volgens medewerkers heeft het experiment wel een positieve impuls gegeven aan het realiseren van meer maatwerk, er zijn wel voorbeelden op casusniveau. Het gaat meestal niet om nieuw aanbod, maar om beter passende zorg bij de situatie van de cliënt. Het loslaten van het 'oude vertrouwde' denken en gedrag is echter niet voor iedereen makkelijk.

In de focusgroepen met medewerkers en bestuurders hebben we gevraagd naar de consequenties van persoonsvolgende zorg voor medewerkers en daarbij expliciet gevraagd naar gevolgen voor de personele inzet. De medewerkers gaven aan dat het experiment geen consequenties heeft gehad voor de personele inzet. Daarnaast hebben we twee voorbeelden gehoord die wel enigszins te maken hebben met de personele inzet. Eén voorbeeld ging over flexibele inzet van medewerkers: een medewerker die tijdelijk met de cliënt 'meeverhuisde' naar een nieuwe woonplek om een goede overgang te maken. Een ander voorbeeld ging over de inzet van andere functies: huishoudelijk medewerkers die een deel van het toezicht op een woonlocatie verzorgen.

Een aandachtspunt is dat cliënten die al bij een aanbieder wonen, niet altijd medewerking ervaren als ze willen overstappen naar een andere aanbieder. Het experiment heeft ook laten zien dat vooral voor cliënten met zware of complexe zorgvragen de zorg moeilijk persoonsvolgend te organiseren is (hoewel het door afstemming met het zorgkantoor wel eenvoudiger is geworden om extra budget te krijgen voor zware cliënten).

Daarnaast werd in de focusgroep door medewerkers gezegd dat persoonsvolgende zorg nog onvoldoende in de breedte leeft bij de betrokken partijen. De medewerkers die direct betrokken waren bij

wergroepen en andere bijeenkomsten fungeren als 'ambassadeur', waardoor het gedachtegoed zich steeds verder verspreidt.

#### Ervaringen van geïnterviewde cliënten

Cliënten met een persoonsgebonden budget kunnen de zorg inregelen zoals zij dat willen, met hun eigen team van vertrouwde zorgverleners. Aanpassen van de zorgverlening in samenspraak met de zorgverleners is geen probleem. Wel hebben we in de kwalitatieve monitor een cliënt gesproken die een aanbieder wilde inschakelen vanuit zijn pgb terwijl de aanbieder alleen in natura wilde leveren.

De ervaringen van cliënten (vertegenwoordigers) die zorg in natura ontvangen zijn wisselend. Bij sommige cliënten is veel aan de hand wat niet klopt bij persoonsvolgende zorg. Eén cliënt van begin 30 verblijft noodgedwongen in een V&V-instelling. Dagbesteding zit in zijn LG-indicatie, maar aanbieder en zorgkantoor wijzen naar elkaar waardoor er geen dagbesteding wordt geleverd. Ook de aanmelding bij een aanbieder die wel passende zorg heeft, verliep voor deze persoon niet vlekkeloos: er werd geen initiatief genomen door de zorgaanbieder in informatieverzameling en communicatie, waardoor de intakefase vertraging opliep. Een ander voorbeeld kwam van een moeder met wie we een follow-up gesprek hielden. Zij gaf aan dat haar zoon nog steeds geen passende activiteiten krijgt op de woongroep in het weekend en vakanties (hij moet met de rest van de bewoners meedoen aan knutselen en kinder-tv kijken terwijl hij graag lichamelijk actief is) en dat bovendien slecht gecommuniceerd wordt over wat de organisatie doet met de wensen van cliënt en ouders.

Andere cliënten (vertegenwoordigers) zijn grotendeels tevreden maar zien wel verbeterpunten. Bijvoorbeeld wat betreft de hoeveelheid



















- 1
- 2
- 3
- 4



prikkels in groepswonen, de hoeveelheid eigen ruimte (als je alleen een kamer hebt terwijl je liever een appartement voor jezelf wilt) of dat de tandarts niet is geregeld. Daartegenover staan verschillende mensen die heel blij zijn met de plek waar zijzelf of hun kind wonen en zeggen "hadden we dit maar eerder gedaan".

- 1
- 2
- 3
- 4



Klantreis	Nieuw door het experiment	Effecten voor cliënten (wat gaat goed en wat minder)	Consequenties voor medewerkers/organisaties
<b>A. Vraagverheldering en vaststellen vraag</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afspraak: Alle partijen informeren een cliënt op mogelijkheid gebruik te maken van OCO<sup>3</sup></li> <li>Leidraad voor vraagverheldering die door alle partijen wordt gebruikt</li> <li>Eén aanmeldformulier voor alle zorgaanbieders</li> <li>Website voor cliënten met vraagverheldering en matching</li> <li>Oplossingen vaker buiten de gebaande paden ('anders denken')</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wijkteam kortere lijn naar OCO</li> <li>Meer regie bij cliënt door OCO</li> <li>'Vraag achter de vraag' komt meer naar boven</li> <li>Client hoeft minder vaak zijn verhaal te doen</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bij start meer info over cliënt beschikbaar: tijdswinst voor zorgaanbieders</li> <li>Samenwerking tussen OCO en zorgaanbieders is verbeterd, korte lijnen</li> </ul> 
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Wijkteam stuurt soms onterecht naar de PVZ-OCO (vertraging)</li> <li>Medewerkers zien de wensen van cliënten soms als irreal of onhaalbaar</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>OCO ervaren toegenomen werkdruk door extra taken en afspraken over beschikbaarheid</li> </ul> 
<b>B. Aanvraag indicatie</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>OCO voorafgaand aan indicatie</li> <li>Afspraak: als OCO indicatieaanvraag Wlz doet, is geen huisbezoek door CIZ nodig</li> <li>Afspraak: CIZ vermeldt OCO in besluitbrief</li> <li>Afspraak: zorgkantoor belt cliënten of voorkeursaanbieder bewuste keuze is en licht andere mogelijkheden toe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Door OCO meer info voor cliënt over mogelijkheden van Wlz-indicatie</li> <li>Door vroegtijdige vraagverheldering krijgen cliënten beter passende indicatie</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wet- en regelgeving complex, cliënt interpreteert uitleg makkelijk verkeerd en dat is lastig voor medewerkers</li> <li>Medewerkers doen soms onnodige werkzaamheden als gevolg van schotten (bijv. aanvragen Wlz-indicatie omdat gemeente een afwijzing eist voor toegang beschermd wonen)</li> </ul> 
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Schotten tussen Jw/Wmo en Wlz zijn storend (bijv. pgb-formulieren)</li> <li>CIZ zou cliënten die afwijzing krijgen moeten wijzen op OCO</li> </ul> 	
<b>C. Oriëntatie passend aanbod</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Website voor cliënten met vraagverheldering en matching</li> <li>OCO beter op de hoogte van de sociale kaart</li> <li>Oplossingen vaker buiten de gebaande paden ('anders denken'): meer vraaggericht in plaats van aanbodgericht (maar kan nog beter)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keuzemogelijkheid beter inzichtelijk door website</li> <li>Meer ruimte om in te spelen op wensen</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Out of the box leren denken</li> <li>Meer werkplezier doordat je als professional meer maatwerk kunt leveren</li> </ul> 
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Lastig om echt aan wensen te voldoen door te weinig (woon)mogelijkheden ('vastgoed zit vast')</li> <li>Website bevat alleen wonen en geen dagbesteding</li> </ul> 	
<b>D. Start en aanpassen zorgverlening</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doorontwikkeling ambulante aanbod en logeren (1 aanbieder)</li> <li>Cliënten bespreken in intern overleg, zodat beter of eerder gematcht kan worden (1 aanbieder)</li> <li>Client kon tijdelijk een zorgverlener vanuit oude woonvorm 'meenemen' (1 casus)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beter passende zorg per cliënt (niet persé nieuw aanbod)</li> <li>Door afstemming met zorgkantoor is het eenvoudiger om extra budget te krijgen voor zware cliënten</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>PVZ vraagt flexibiliteit, creativiteit, loslaten van oude werkwijzen en overtuigingen: voor de één een positieve uitdaging, de ander heeft er moeite mee</li> </ul> 
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Cliënten ervaren niet altijd medewerking als ze iets willen van/bij een andere aanbieder</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>PVZ leeft vooral bij medewerkers met een actieve rol en minder bij anderen in de organisaties (maar het wordt wel verder uitgedragen door de betrokken actieve medewerkers)</li> </ul> 

Tabel 1. Overzicht innovaties, effecten en consequenties persoonsvolgende zorg regio Rotterdam

- 1
- 2
- 3
- 4

<sup>3</sup> OCO staat voor onafhankelijke cliëntondersteuning

### 3. Reflectie op experiment

*In twee focusgroepen (met medewerkers uit de werkgroep en met bestuurders) hebben we ook stilgestaan bij de bevorderende en belemmerende factoren voor het experiment. Daarnaast hebben we de deelnemers gevraagd wat zij andere organisaties of regio's zouden adviseren om meer persoonsvolgend te gaan werken.*

#### 3.1 Bevorderende en belemmerende factoren

Vanuit de organisaties zijn verschillende factoren benoemd die op positieve wijze bijdroegen aan het experiment:

- 1 • De structuur van stuurgroep en werkgroepen bestond uit vaste contactpersonen, zo kon de werkwijze inhoudelijk worden ontwikkeld en afgestemd en was er regelmatig zicht op de voortgang.
- 2 • In alle bijeenkomsten waren verschillende partijen vertegenwoordigd. Deze diversiteit werd erg gewaardeerd.
- 3 • Het commitment van alle betrokken partijen was ook een bevorderende factor voor het experiment. Wel is opgemerkt dat de toewijding niet altijd gelijk was bij belangrijke partijen.
- 4 • Bij alle ontwikkelingen en keuzes werd gedacht vanuit de cliënt. Dit bleek moeilijk vast te houden, maar was steeds weer het ijkpunt. Dat dit proces van 'terug naar de cliënt' zich herhaalde, creëerde een bewustzijn dat persoonsvolgend werken niet vanzelf gaat en expliciet aandacht nodig heeft om het verder te brengen.
- In het verlengde hiervan is het volgende punt van belang: de ervaringsdeskundigen die betrokken waren bij het experiment. De partijen vonden het heel waardevol om het experiment samen met cliënten vorm te geven en in de toekomst ook samen met hen verder te ontwikkelen.



LP125/0575/qmexp.vv

Naast deze positieve punten hebben de partijen ook belemmeringen ervaren:

- De gezamenlijke bijeenkomsten werden niet altijd door alle partijen bezocht; de indruk bestaat dat niet iedereen doordrongen was van het gezamenlijke doel en urgentie. Dit gold zowel voor sommige aanbieders als voor het zorgkantoor. De afwezigheid van het zorgkantoor op bepaalde momenten is vooral als belemmering ervaren, omdat het zorgkantoor een belangrijke faciliterende rol kan spelen (in het uitdragen van visie en de vertaling daarvan in inkoopafspraken en andere prikkels).
- Ook leeft persoonsvolgende zorg nog onvoldoende in de organisaties. Individuen zijn 'samen' aanwezig bij de werkgroepen, maar weer 'alleen' in de organisatie. Zodoende is het lastig om de boodschap verder uit te dragen.

Een fundamenteeler punt is de tijdsduur van het experiment.

Verschiede betrokkenen hebben aangegeven dat de periode van twee jaar te kort is om daadwerkelijk verandering te zien: er is een omslag nodig, bij alle partijen, in alle aspecten van het zorgproces (vraagverheldering, indicatiestelling, inkoop, zorglevering, et cetera). Een kritische noot uit de focusgroep met bestuurders was dat een experiment met een afgebakend tijdsplan geen werkelijke vernieuwing tot stand kan brengen: onzekerheid over de mogelijkheden voor de lange termijn maakt dat men 'met de handrem erop' rijdt. In een experiment probeer je in een open setting te werken, maar tegelijk moest het gebeuren binnen het bestaande systeem. Daardoor konden volgens de bestuurders alleen stapjes in de marge worden gezet en geen werkelijke verandering.

Tenslotte zijn er specifieke belemmeringen voor uitbreiding of vernieuwing van zorg genoemd. Deze vernieuwing is vooral nodig voor specifieke, complexere doelgroepen en ondersteuningsvragen. Voor echt maatwerk moet meestal zorg gerealiseerd worden over grenzen heen. Vaak kan een aanbieder het niet alleen; hoofd- en onderaannemerschap is dan op dit moment de oplossing, maar dat is administratief ingewikkeld. Ook de regiogrenzen van de zorgkantoren zijn daarin belemmerend.

### 3.2 Adviezen voor andere organisaties/regio's

We sluiten dit hoofdstuk af met de adviezen die in de focusgroepen zijn geformuleerd voor andere organisaties of regio's die meer persoonsvolgend willen gaan werken. Het zijn heel uiteenlopende punten, die we zonder verdere analyse of uitwerking opnemen (alleen geordend naar uitgangspunten en uitvoering):

#### Qua uitgangspunten:

- Doe het samen met cliënten.
- Wees nieuwsgierig naar de cliënt en naar elkaar. Niet oordelen maar bevrage elkaar.
- Start steeds bij de klantvraag, blijf weg van aanbod-denken. Laat vaststaande termen los (logeren, dagbesteding, enzovoort). Kijk naar wat iemand echt wil en nodig heeft.
- Neem als uitgangspunt dat iedereen thuis blijft wonen.
- Denk buiten de kaders.

#### Qua uitvoering:

- Begin in de praktijk en begin klein: start met één cliënt en ga het voor die persoon meteen regelen in de praktijk.
- Laat regiogrenzen als afbakening van een experiment los.
- Betrek partijen uit de hele keten, zodat je het klantproces kunt verbeteren.
- Spreek de wederzijdse verwachtingen uit bij de start van een project. Maak afspraken over ieders bijdragen.
- Heb oog voor elkaars belangen en knelpunten in de samenwerking.
- Stel voldoende uren beschikbaar aan medewerkers die betrokken zijn, zodat aanwezigheid in bijeenkomsten gegarandeerd is.
- Realiseer je dat het tijd kost om verandering tot stand te brengen, en neem die tijd ook.
- Start een eigen werkgroep binnen de organisatie om het dieper te laten landen en te implementeren.

1  
2  
3  
4



LP19/0575/qmeapv

## 4. Samenvattende conclusie

*In dit hoofdstuk beantwoorden we de centrale vraag van de kwalitatieve monitor: worden de behoeften en voorkeuren van cliënten goed gehoord en gerealiseerd en hoe waarderen cliënten de geboden informatie en ondersteuning?*

### 4.1 Worden wensen en behoeften goed gehoord?

Als we puur kijken naar de ervaringen van cliënten, kunnen we bevestigend antwoorden op de vraag of de behoeften en voorkeuren goed zijn gehoord. Vooral door de cliëntondersteuners voelden cliënten zich serieus genomen en ze vonden dat de cliëntondersteuner op zoek ging naar passende zorg uitgaande van hun wensen en behoeften. De cliëntondersteuner bleek hierin ook heel belangrijk voor cliënten, vooral de functie van vraagbaak, steun en toeverlaat, degene die hen door het ongewoud heen hielp.

Tegelijkertijd zien we, ondanks alle goede intenties, drie punten die het zicht op de wensen en behoeften vertroebelen:

- We hebben in de drie monitorrondes geconstateerd dat cliënten weinig dingen wensen die er niet zijn in het huidige aanbod, doordat ze met hun (vaak lange) geschiedenis van zorg al voorgesorteerd staan op het bestaande aanbod.
- We proefden terughoudendheid bij medewerkers in het ophalen van de wensen, omdat ze niet weten of ze ook echt gerealiseerd kunnen worden.
- Verder hoorden we van cliëntondersteuners en medewerkers van zorgaanbieders dat ze de wensen van cliënten niet altijd reëel vinden, bijvoorbeeld mensen met LVB die op zichzelf willen wonen.

In de diepte-interviews bleek dat ouders van een jongvolwassene met LVB dit zelf vaak ook vinden. Hierdoor bestaat het risico dat deze wens bij voorbaat al van tafel wordt geveegd. De partijen in het experiment vinden het belangrijk dat iedereen los van de mogelijkheden van realiseerbaarheid in gesprek gaat met de cliënt. Dit 'oordeelvrij luisteren' heeft veel aandacht gekregen in het experiment en het is van belang om hier alert op te blijven.

Echt ruimte geven aan de wensen en behoeften van cliënten vraagt op alle drie deze punten een andere mindset van betrokkenen. In het experiment zijn hiervoor belangrijke eerste stappen gezet; nu komt het aan op werkelijke verandering.

### 4.2 Worden wensen en behoeften gerealiseerd?

In de realisatie van wensen en behoeften zien we een onderscheid tussen mensen die kiezen voor pgb en ZIN. Pgb is bij alle cliënten die we hebben gesproken een bewuste keuze, die leidt tot passende zorg (afgezien van enkele situaties waarin de combinatie van pgb en ZIN tot problemen leidde). Bij de keuze voor een pgb spelen voornamelijk twee redenen mee:

- De wens om een kind (minderjarig of begin 20) zo lang mogelijk bij ouders te laten wonen. Deze mensen willen op termijn wel overstappen naar zorg in woonvorm van een instelling, maar willen voorlopig de zorg zelf organiseren en vaak ook voor een deel zelf leveren. Het pgb biedt hen de ruimte om dit naar eigen inzicht en onder eigen regie in te vullen. EN/OF:
- De ervaring dat ZIN onvoldoende aansluit bij de wensen en behoeften. Dit betreft vooral de wens van vaste gezichten en vertrouwde personen (vaak uit eigen netwerk) en soms de behoefte aan specifieke deskundigheid als gevolg van complexe medische zorg of ernstige gedragsproblematiek. Een deel van deze mensen



zou de zorg wel in natura willen, maar kan geen instelling vinden die de gewenste of benodigde zorg kan leveren (in elk geval niet in de buurt van de familie).

Mensen die kiezen voor ZIN hebben wisselende ervaring met de mate waarin hun wensen en behoeften worden gerealiseerd. Sommige cliënten die we spraken doorliepen probleemloos de klantreis en vonden binnen afzienbare tijd een plek die aan hun wensen voldeed: in de buurt van familie en dagbesteding, met de gewenste hoeveelheid eigen ruimte (volledig zelfstandig appartement of juist wonen in een groep) en met de juiste ondersteuning. Dit waren vaak de mensen met een relatief lichte indicatie (VG3 of VG4). Anderen vonden wel een plek die aan de wensen voldeed, maar konden daar niet direct terecht vanwege een wachtlijst en kozen voor een tijdelijke oplossing in de thuissituatie met ZIN of pgb. Weer anderen vonden geen geschikte plek, maar konden het thuis niet langer voor elkaar krijgen en kozen daarom voor een 'second best' (een goede plek verder weg of een plek die niet volledig aan de zorgvraag en wensen tegemoetkomt).

Er is volgens de betrokken partijen nog niet veel concrete actie ondernomen om het aanbod beter passend te maken. Voor een deel van de cliënten lijkt dit niet nodig, want die kunnen worden bediend met het bestaande aanbod. Door de drie kanttekeningen uit de vorige paragraaf weten we echter dat dit relatief is. Daarnaast heeft het experiment duidelijk gemaakt dat er cliënten zijn met specifieke wensen of behoeften. Het lijkt erop dat het experiment vooral zicht heeft gegeven op de leemtes in het aanbod voor deze cliënten, zoals plekken voor cliënten met ernstig probleemgedrag of psychische problemen en mogelijkheden voor respijtzorg. Voor deze cliënten en ondersteuningsvragen moeten zorgkantoor en zorgaanbieders gezamenlijk actie ondernemen.

1

2

3

4



LP1910575famepx

#### 4.3 Hoe waarderen cliënten informatie en ondersteuning?

Wat betreft de informatievoorziening en ondersteuning is de waardering van de cliënten (vertegenwoordigers) voor de onafhankelijke cliëntondersteuners evident. Dat iemand meedenkt en dingen regelt, geeft dat mensen voelen dat ze ontzorgd worden in een vaak hectische of onzekere tijd. Er is vooral grote behoefte aan gefilterde informatie: mensen zien anders door de bomen het bos niet meer. Door de hulp van de cliëntondersteuning hebben cliënten meer het gevoel dat ze in control zijn. Het is daarom belangrijk dat mensen op de cliëntondersteuning worden gewezen. In het experiment heeft dit terecht veel aandacht gekregen.

Een ander concreet resultaat van het experiment is de website [zogewoon.nl](http://zogewoon.nl), ter ondersteuning van de vraagverheldering en de matching van vraag en aanbod. Zoals gezegd valt hier qua persoonsvolgendheid wel wat op af te dingen, omdat er gematcht wordt met bestaand aanbod. Maar voor cliënten die daar voldoende mee geholpen zijn, kan de website een mooi hulpmiddel zijn in het keuzeproces: duidelijkheid over wat je kunt kiezen is voor de meeste cliënten meer waard dan veel aanbod om uit te kiezen. Het komende jaar kunnen de partijen blijven monitoren hoe cliënten de geboden informatie en ondersteuning waarderen én of de inspanningen leiden tot zorg die past bij de wensen, behoeften en voorkeuren van cliënten.



## Bijlage 1. Cliëntverhalen derde monitorronde

### Lennard (13 jaar, zorg via pgb)

Lennard is een tiener die bij zijn alleenstaande moeder woont. Ze zijn net overgestapt van de Jeugdwet naar de Wlz. De gemeente gaf bij een herindicatie voor de Jeugdwet aan dat de zorg zou stoppen omdat Lennard in aanmerking kwam voor de Wlz. Moeder moest op stel en sprong alles gaan regelen, van de indicatiestelling tot en met de zorgovereenkomsten. De gemeente wees haar op de onafhankelijke cliëntondersteuning (OCO) van Persoonsvolgende Zorg, die heeft bij alle stappen in het proces geholpen. Daar heeft moeder heel veel aan gehad, de OCO reageerde altijd snel op mails en telefoontjes en gaf houvast in de stressvolle tijd.

Omdat moeder een heel team van zorgverleners rond haar zoon had (al vanuit de AWBZ-tijd), wilde ze graag weten welk pgb beschikbaar is bij de verschillende Wlz-profielen. Deze informatie was niet te achterhalen. Pas toen de indicatie was afgegeven kreeg ze een tarievenlijst van het zorgkantoor onder ogen. Toen bleek dat de afgegeven indicatie onvoldoende dekking gaf voor de huidige zorgvraag. Het afgegeven profiel was ook een lager profiel dan was aangevraagd, zonder dat dit goed werd onderbouwd. Dat was een grote domper, want nu moest moeder bezwaar aantekenen tegen de indicatie, terwijl alles onder druk stond vanwege het aflopen van de jeugdwetindicatie.

Ondertussen moesten alle formulieren voor het pgb worden ingevuld. Dat is een grote klus als je tien verschillende zorgverleners hebt. Vooral omdat de Wlz in verschillende klassen is gedefinieerd, terwijl moeder vanuit de activiteiten van de zorgverleners redeneert. Het bewuste-keuzegesprek van het zorgkantoor was helpend hierin. Alle informatie staat wel op papier in folders en formulieren, maar het is prettig als je

het kunt bespreken zodat je zeker weet dat alles goed ingevuld is. Voor dit moment is het geregeld, maar moeder houdt haar hart vast: stel dat er nu weer een wijziging komt in de regels, dan kan ze weer opnieuw beginnen.

### Johan (18, zorg via pgb)

Johan woont bij zijn ouders. Hij vindt het nu nog fijn om thuis te wonen, maar wil op termijn graag op zichzelf gaan wonen. Vanwege zijn verstandelijke beperking vinden zijn ouders dat een te grote stap; zij willen dat hij naar begeleid wonen gaat. Hij kan een heleboel zelf, maar hij neemt vaak geen initiatief waardoor verwaarlozing en eenzaamheid dreigt. In de dingen die hij wel doet, kan hij grenzeloos zijn. Daardoor heeft hij toezicht en aansturing nodig.

Afgelopen jaren had hij een pgb uit de Jeugdwet waar onder andere ondersteuning van zijn moeder uit werd betaald. Toen zijn 18<sup>e</sup> verjaardag in zicht kwam, gaf het wijkteam aan dat hij mogelijk in aanmerking zou komen voor de Wlz. Het wijkteam meldde hem aan bij de onafhankelijke cliëntondersteuning (OCO) van Persoonsvolgende Zorg. De OCO deed een uitgebreide vraagverheldering en vulde namens Johan en zijn ouders de Wlz-indicatievraag in. Er was wat twijfel of Johan in aanmerking zou komen voor de Wlz, maar in de zomer van 2018 kreeg hij deze toegekend (VG3). De ouders van Johan waren erg blij met de OCO: de gesprekken hielpen om samen duidelijk te krijgen wat Johan wilde en wat goed voor hem zou zijn. Ook de hulp bij de indicatieaanvraag was prettig; er was niet eens een gesprek nodig met het CIZ. Daarnaast kregen ze veel informatie, ook over het pgb. Moeder wil hem namelijk via het pgb blijven ondersteunen tot Johan toe is aan de volgende stap.

- 1
- 2
- 3
- 4



De aanvraag van het pgb werd in eerste instantie niet goedgekeurd door het zorgkantoor: moeder had een te hoog tarief ingevuld en niet goed onderbouwd welke ondersteuning zij biedt. De OCO had aangeboden hierbij te helpen, maar moeder dacht dat ze het wel zelf af kon. Achteraf gezien had ze beter gebruik kunnen maken van de hulp van de OCO, vond moeder zelf. Ook met het zoeken van een passende plek was ze al aan de slag gegaan. Door te zoeken op internet vond ze een organisatie die wel bij hun voorkeuren leek te passen: in de buurt van zijn familie en van zijn werk. Om Johan een beeld te geven, wilden ze bij de woonplek gaan kijken. Maar dat kon alleen als ze hem daar aanmeldden. Dat hebben ze dus maar gedaan. Misschien zijn er nog wel meer opties, maar voor Johan en zijn ouders is het prima zo.

#### Wieke (begin 20, zorg via pgb)

Wieke is een jonge vrouw die goed weet wat ze later wil: trouwen, een eigen huisje, misschien kinderen. Door haar verstandelijke beperking in combinatie met autisme gaat dit niet vanzelf. Op dit moment heeft ze net de stap gemaakt van school naar werk. Om van deze plek gebruik te maken was een indicatie voor dagbesteding nodig. De gemeente gaf op basis van de informatie van school en het gesprek met moeder aan dat ze hiervoor bij de Wlz moest zijn en verwees naar de onafhankelijke cliëntondersteuning (OCO) van Persoonsvolgende Zorg. Daar was haar moeder erg blij mee, want door eerdere ervaringen zag ze erg op tegen het aanvragen van zorg. De hulp van de OCO was daarom erg fijn voor haar. De OCO vulde de indicatieaanvraag in op basis van wat moeder vertelde en de gewenste indicatie werd afgegeven.

Moeder had de zoektocht naar passende dagbesteding zelf al gedaan, dus daar heeft de OCO niet bij geholpen; ook de brede vraagverheldering bleef op verzoek van moeder achterwege. De dagbesteding waar Wieke met haar moeder op uit was gekomen, is niet

gecontracteerd door het zorgkantoor, dus na de indicatiestelling moest er een pgb worden aangevraagd. De informatie die moeder kreeg tijdens het bewustkeuzegesprek van het zorgkantoor was goed. De medewerker dacht op een prettige manier mee over wat ze kon aanvragen, bijvoorbeeld ook budget voor huishoudelijke hulp. Ook was het besteedbaar budget direct bekend via de brief van het zorgkantoor. Het praktisch begeleiden mag wat haar betreft wat uitgebreider. Bijvoorbeeld checken wat moet je allemaal meesturen.

Op dit moment is het goed voor Wieke om thuis te wonen, om rustig te kunnen groeien naar meer zelfstandigheid. Het moet allemaal in kleine stapjes, heel voorspelbaar en met vertrouwde mensen. Moeder heeft nu niet het idee dat er een instelling voor wonen is die dit kan bieden op een manier die bij Wieke past. Door haar gedrag is het soms best een pittige meid, daar moeten medewerkers wel goed mee om weten te gaan. Zoals moeder er nu tegenaan kijkt, blijft ze zelf de zorg via een pgb regelen. De droom voor over een aantal jaar is een eigen woonplek voor Wieke, met haar eigen bekende zorgverleners in de buurt zodat ze altijd op iemand kan terugvallen.

#### Elkin (21 jaar, zorg via pgb)

Elkin woont bij zijn ouders. Hij is de oudste van drie kinderen, zijn broer en zus wonen ook nog thuis. Door zijn verstandelijke beperking gaan de dingen voor hem niet zo makkelijk, bij heel veel dingen in dagelijks leven valt hij buiten de boot. Elkin heeft het daar heel moeilijk mee, hij wil niet anders zijn dan de rest. Hij vindt het ook moeilijk om onbekenden toe te laten. Daarom hebben zijn ouders met een indicatie uit de Wmo een pgb-team om hem heen geregeld van mensen die hij kent. Dit pgb is niet meer voldoende voor de zorg die Elkin nodig heeft, maar hij zit aan de max wat ze kunnen toekennen uit de Wmo. Hij heeft 24 uur per dag begeleiding in de nabijheid nodig. Daarom heeft het wijkteam hen naar de huisarts

1

2

3

4



LPI19f0575/qme&amp;pv

verwezen en de huisarts attendeerde hen op onafhankelijke cliënt-ondersteuning (OCO) van Persoonsvolgende Zorg.

Ze hebben inmiddels verschillende gesprekken gehad met de OCO, over wat Elkin nodig heeft en wat hij wil in zijn leven. De gesprekken met de OCO waren voor de ouders ook heel inzichtgevend, ze hoorden dingen van Elkin die ze eerder nog niet wisten. Dus het was fijn dat het gesprek zo breed was: wat wil je in de toekomst, waar wil je wonen, hoe wil je dat je huis eruit ziet, wat wil je als werk et cetera. Ze hebben de uitkomsten ook op papier gekregen, dus dat is handig voor later. Alle informatie die ze van de OCO kregen, mondeling en op papier, was heel duidelijk. Als je zelf gaat zoeken op internet vind je ook veel informatie, maar je weet nooit zeker of het op jouw situatie van toepassing is. De OCO vertelde alles wat ze nodig hadden en begeleidde stapsgewijs door het proces, dat is heel prettig.

Op basis van de gesprekken is de Wlz-aanvraag voor het CIZ ingevuld. De OCO heeft goed geholpen om Elkins wensen en behoeften te vertalen naar 'indicatietaal'. Moeder wil graag de regie hebben op de aanvraag, dus ze heeft hem zelf opgestuurd. Over een paar weken is er een gesprek met het CIZ; de verwachting is wel dat de aanvraag wordt toegekend. Voorlopig willen ze met een pgb blijven werken; moeder weet nog niet wat er met een Wlz-indicatie aan budget beschikbaar zal zijn. Op termijn zullen ze naar een woonplek gaan kijken. Omdat ze nooit eerder van de diensten van een zorgaanbieder gebruik hebben gemaakt, hebben ze geen idee wat er aan aanbod is. Misschien schakelen ze dan opnieuw de hulp van OCO in.

Colin (22, zorg in natura in instelling)

Colin woont sinds kort in een trainingshuis om te leren op zichzelf te wonen. Hiervoor zorgden zijn ouders voor hem, dat was heel intensief

omdat je hem overal in moet begeleiden vanwege een combinatie van LVB en autisme. Op zijn 18<sup>e</sup> wilde hij graag op zichzelf gaan wonen, maar dat leek zijn ouders niet haalbaar omdat hij zoveel aansturing nodig heeft. Daarom gingen zijn ouders kijken naar de mogelijkheden voor begeleid wonen. De eerste stap was het aanvragen van een Wlz-indicatie, die kreeg Colin begin 2017. Via via kwamen ze in contact met een zorgaanbieder; die verwees hen naar de onafhankelijke cliënt-ondersteuning (OCO) van Persoonsvolgende Zorg.

De OCO heeft heel goed geluisterd naar de wensen en behoeften. Colin voelde zich op z'n gemak en serieus genomen. Ouders hebben dit ook heel fijn ervaren, dat iemand met je meedenkt en dingen overneemt. Bijvoorbeeld het plannen van afspraken met verschillende zorgaanbieders. Ze gingen met de OCO in gesprek over wie Colin is, wat hij wil en wat hij nodig heeft. Zijn wens was een zelfstandig appartement waar hij iemand kan bellen als dat nodig is. Omdat hij een prikkel van buitenaf nodig heeft om handelingen te initiëren was dit niet verstandig. Toen ontstond het idee van het trainingshuis. Daar kan Colin zich verder ontwikkelen. En als blijkt dat zelfstandig wonen alsnog niet haalbaar is, is hij alvast gewend aan het wonen bij een instelling.

De ervaringen met het trainingshuis zijn voor Colin dubbel. Groeps-wonen is druk, er zijn veel prikkels. Maar hij vindt het ook fijn om uit huis te zijn, dit voelt volwassen. De structuur werkt heel goed voor hem, duidelijk ritme en afspraken. Het gaat ook heel goed in combinatie met z'n werk. Hij wil niet meedoen met groepsactiviteiten, want hij wil zijn sport en contact met oude vrienden houden. Deze vrijheid heeft hij waar hij nu woont. Hij staat op een wachtlijst voor drie locaties waar hij eigen appartement kan krijgen, maar waar ook mogelijkheid is voor contact met de groep.

- 1
- 2
- 3
- 4



#### Jelle (23 jaar, zorg in natura in instelling)

Jelle woonde tot een week geleden met zijn moeder en zijn broer in een huis. Zijn vader is een jaar geleden overleden. Omdat zijn moeder werkt, was Jelle veel alleen thuis. Hij kon zich wel redden, maar zijn moeder had toch zorgen over hem, vooral vanwege de eenzaamheid. Op de dagbesteding van Jelle gaven ze aan dat hij in aanmerking zou kunnen komen voor de Wlz en in overleg met moeder hebben ze hem aangemeld voor onafhankelijke cliëntondersteuning (OCO) van Persoonsvolgende Zorg. Die heeft een uitgebreide vraagverheldering gedaan; de uitkomsten daarvan kreeg moeder ook, zodat ze het konden bewaren voor gesprekken met aanbieders. Dat was heel prettig.

De OCO heeft vervolgens geholpen met de indicatieaanvraag. Ze moesten nog wel op gesprek komen bij het ClZ, maar toen werd de Wlz-indicatie toegekend. Daarmee begon de zoektocht naar een geschikte woonplek. Ze begonnen bij een locatie van dezelfde aanbieder als de dagbesteding, maar dat beviel niet goed. Toen hoorden ze van een kennis over een andere organisatie en samen met de OCO gingen ze daar kijken. Het zag er goed uit en de begeleiding ging heel liefdevol om met de bewoners, maar bij nader inzien was die plek te ver weg. Dan zou Jelle moeten veranderen van dagbesteding en ook niet meer naar zijn G-team kunnen. Daarna kwam er nog een andere organisatie in beeld. De tweede locatie van die aanbieder beviel goed: veel gezelligheid en goede begeleiding.

Toen ging het ineens heel snel, want er was meteen plek. In het weekend komt hij voorlopig nog thuis, maar hij lijkt het er goed naar de zin te hebben, dus over een poos kan hij ook in het weekend blijven. Omdat het in de buurt van zijn moeder is, kan ze hem makkelijk even ophalen om samen iets te doen. En verder kan ook alles blijven zoals het

was. Eigenlijk heeft moeder spijt dat ze hem niet eerder heeft aangemeld voor een woonvorm, want nu heeft ze tenminste geen zorgen meer om hem.

#### Joshua (34 jaar, zorg in natura in instelling)

Joshua heeft niet-aangeboren hersenletsel (NAH) vanwege een ongeval. Hij verbleef na zijn revalidatie op een intramurale plek met een Wlz-indicatie, maar kreeg hier geen goede zorg. Vervolgens woonde hij een tijd bij zijn moeder, maar dat ging niet meer goed. Omdat de situatie thuis niet meer houdbaar was, ging een kennis voor hem op zoek naar een woonplek. Door te googelen kwam hij op een lijst van ruim 40 aanbieders. Er was wel wat ondersteuning vanuit het zorgkantoor, maar dit bracht niet veel helderheid. Na een ziekenhuisverblijf als gevolg van een val op straat werd Joshua tijdelijk opgenomen. Omdat deze instelling alleen contract met het zorgkantoor heeft voor het leveren van VV-profielen (waar geen dagbesteding in zit), kon hij zijn dagbesteding, die via een pgb werd ingevuld, niet behouden. Hierdoor werd zijn gedrag nog moeilijker te handhaven.

Ondertussen was de contactpersoon bij een aanbieder uitgekomen die passende zorg zou moeten kunnen bieden. Het duurde echter twee maanden voordat het aanmeldingsgesprek kon plaatsvinden. In dit gesprek gaf de zorgaanbieder aan dat ze eerst meer informatie wilden over zijn hersenletsel en van de verpleeginstelling waar Joshua verbleef. Omdat deze informatie een poos op zich liet wachten, brak de zorgaanbieder de aanmelding af. De contactpersoon van Joshua was niet geïnformeerd dat er nog informatie ontbrak en bovendien had de zorgaanbieder toestemming om zelf de medische informatie op te vragen. In de tussentijd werd een onafhankelijke cliëntondersteuner (OCO) van Persoonsvolgende Zorg aangehaakt. Deze heeft alle stappen nagelopen en zag verder ook geen mogelijkheden. Daarom is een nieuw

- 1
- 2
- 3
- 4



LP19/0575/qmexp.

gesprek gepland met de zorgaanbieder, in de hoop dat er toch op korte termijn een plek voor Joshua kan worden geregeld.

**Ankie (41, zorg in natura thuis)**

*Omdat Ankie de afspraak kort van tevoren afzegde, is een kort telefonisch interview gehouden met haar begeleider. Deze had geen zicht op het traject van de cliëntondersteuner.*

Ankie heeft meerdere kinderen van verschillende vaders waar ze geen contact meer mee heeft. Haar oudste kind is al volwassen en woont zelfstandig, de andere kinderen zijn nog jong. Deze kinderen verblijven in verschillende pleeggezinnen. Ankie wil graag dat haar jongste kind weer bij haar komt wonen. Ze is in afwachting van een uitspraak van de rechter hierover. Als haar jongste naar haar terug mag, is dat onder voorwaarde van intensieve begeleiding. Ze gaan dan samen in een moederkindhuis wonen.

Als haar kind in pleegzorg moet blijven, wil Ankie graag zelfstandige woonruimte. (Ze woont op dit moment bij haar ex-vriend; over de aard van deze relatie doet ze wisselende uitspraken.) Ankie zorgt goed voor zichzelf, ze ziet er verzorgd uit en houdt haar woonruimte ook netjes. De begeleidster gaat wekelijks een uur bij haar langs. Ankie vindt eigenlijk dat ze geen hulp nodig heeft, maar ze vindt het ook wel fijn dat ze met haar vragen bij iemand terecht kan. Haar droom is om uiteindelijk samen met haar kind zelfstandig te wonen.

**Mina (50 jaar, zorg in natura in instelling)**

Mina heeft haar hele leven bij haar moeder gewoond en samen zorgden ze voor elkaar. Toen het met moeder niet goed meer ging, was er een andere woonplek nodig voor Mina. Ze wilde graag in de buurt van haar moeder en haar zussen wonen. In afstemming met de familie verwees

het wijkteam Mina naar de onafhankelijke cliëntondersteuning (OCO) van Persoonsvolgende Zorg. Door de vragen die de OCO stelde, werd duidelijk wat Mina graag wilde: een eigen kamer, maar ook een gezamenlijk huiskamer om niet te vereenzamen. Zoveel mogelijk zelf doen, maar wel hulp om het overzicht te bewaren. Mina vond de hulp van de OCO heel prettig, ze voelde zich op haar gemak en alle afspraken werden goed nagekomen.

De OCO nam contact op met verschillende organisaties. Er waren verschillende opties en binnen korte tijd werd een goede plek voor Mina gevonden, waar ze snel terecht kon. Ze woont er nog niet zo lang, maar Mina heeft het erg goed naar de zin. Ze kan met allerlei activiteiten meedoen en heeft al veel nieuwe dingen geleerd. Bijvoorbeeld hoe ze zelfstandig met de metro naar haar werk en naar haar moeder kan gaan. En er zijn nog veel meer dingen die ze met hulp van de begeleiding aan het leren is. Mina is blij met de hulp die ze krijgt.

Voordat Mina kwam wonen, was er al dagbesteding geregeld. Ook dat vindt Mina leuk om te doen, maar ze moet er nog wel aan wennen. Ze gaat nu twee dagen, maar dat moeten er eigenlijk meer worden. Overdag is er namelijk geen begeleiding aanwezig op de woonplek. Gelukkig kunnen de huishoudelijk ondersteuners een oogje in het zeil houden.

- 1
- 2
- 3
- 4



LP119/0575/qme+pv



**Eindrapportage kwantitatieve  
monitor Rotterdam**  
Experiment persoonsvolgende zorg

Mei 2019



Nederlandse  
Zorgautoriteit

# Inhoud

1. Inleiding
2. Indicatiegegevens
3. Wachtlijstgegevens
4. Productiegegevens en pgb
5. Nieuwe cliënten
6. Budgettair kader langdurige zorg
7. Marktaandeel

## Bijlagen

1. Gegevensbronnen
2. Toelichting zorgprofielen
3. Prestatiecodes



# 1. Inleiding

Eindrapportage kwantitatieve monitor Rotterdam  
Experiment persoonsvolgende zorg



# 1. Inleiding

Sinds 1 januari 2017 experimenteert de regio Rotterdam met persoonsvolgende inkoop voor de sector Gehandicaptenzorg (ghz). Het doel van het experiment is om ervaring op te doen met persoonsvolgende inkoop voor cliënten die langdurige zorg nodig hebben. Het experiment heeft een looptijd van 2 jaar, waarbij de NZa de ontwikkelingen in de markt monitort en evalueert. Dit is de eindrapportage waarin de indicatie-, wachtlijst- en productiegegevens over de periode 2015 tot en met het 4e kwartaal van 2018 worden gepresenteerd.

In deze rapportage presenteren we de volgende onderdelen: indicaties, wachtlijstgegevens, productiegegevens, geografische spreiding en benutting budgettair kader langdurige zorg.

De gegevens die we voor de monitoring van het experiment gebruiken zijn afkomstig van 6 databronnen:

1. Indicatiegegevens: Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
2. Wachtlijstgegevens: Zorginstituut Nederland (ZIN)
3. 3-maandelijkse productiegegevens op cliëntniveau: Zilveren Kruis
4. PGB gegevens: NZa
5. Maandelijkse productiegegevens op totaalniveau: Zilveren Kruis
6. Maandelijkse gegevens over de zorgaanbieders die meedoen aan het experiment: Zilveren Kruis

Informatie over de gegevensbronnen vindt u terug in de bijlagen.



## 2. Indicatiegegevens

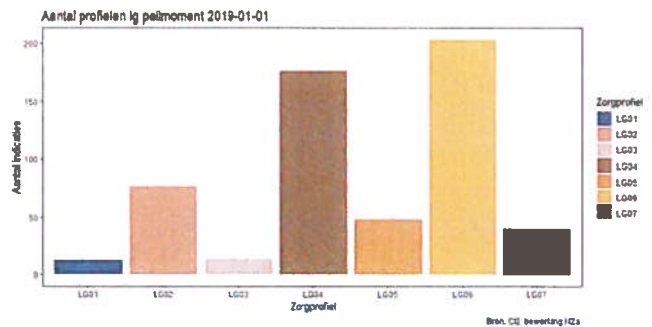
## 2. Indicatiegegevens

Een verzekerde die in aanmerking wil komen voor Wlz-zorg moet hiervoor een aanvraag indienen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het CIZ bepaalt in een indicatiebesluit of iemand toegang heeft tot de Wlz. In deze indicatie geeft het CIZ het zorgprofiel aan waarop de verzekerde is aangewezen. Het zorgprofiel zegt iets over de aard, inhoud en globale omvang van de benodigde zorg. Per 1 januari 2015 heeft de overgang plaatsgevonden van de AWBZ naar de Wlz.

Voor de ghz is een onderscheid gemaakt naar lg-profielen (lichamelijk gehandicapt), lvg-profielen (licht verstandelijk gehandicapt), vg-profielen (verstandelijk gehandicapt) en zg-profielen (zintuigelijk gehandicapt). Verder is er een onderverdeling gemaakt naar lage en hoge zorgprofielen. Lage zorgprofielen zijn indicaties die niet meer per 1 januari 2015 worden afgegeven omdat de zorg niet onder de Wlz valt. De bijlage geeft een omschrijving van de zorgprofielen. In deze rapportage maken we gebruik van initiële indicaties. Dit betekent de indicaties zoals deze oorspronkelijk zijn afgegeven door het CIZ. Dus als een cliënt woonachtig was in zorgkantoorregio Rotterdam en verhuist, telt deze indicatie wel mee in de zorgkantoorregio Rotterdam.

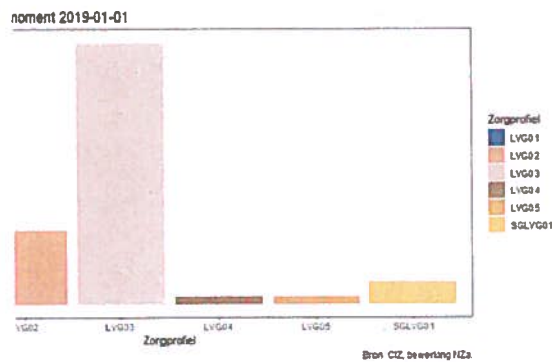
### 2.1 ZORGVRAAG - ZZP-mix lg-zorgprofielen op basis van peilmoment 1 januari 2019

In de figuur tonen we de lg-zorgprofielen voor de regio Rotterdam op peildatum 1 januari 2019. Het totaal aantal ghz-zorgprofielen dat op peilmoment 1 januari 2019 openstaat is 4383. Hiervan zijn 570 lg-zorgprofielen. Hierbij zien we dat lg06 met 203 cliënten de grootste groep cliënten betreft. Er zijn 27 cliënten met een laag zorgprofiel (lg01 en lg03).



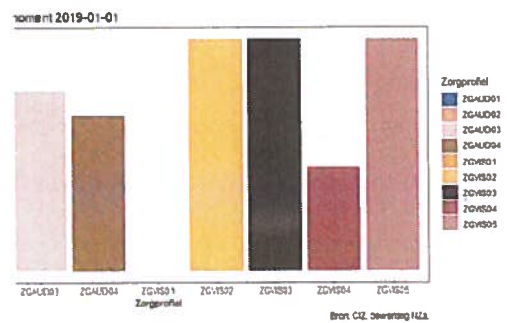
### 2.2 ZORGVRAAG - ZZP-mix lvg-/sglvg-zorgprofielen op basis van peilmoment 1 januari 2019

In de volgende figuur tonen we de lvg-/sglvg-profielen voor de regio Rotterdam op peildatum 1 januari 2019. 51 cliënten hebben een lvg zorgprofiel. Hierbij zien we dat lvg03 met 35 cliënten, de grootste groep betreft.



#### 2.4 ZORGVRAAG – ZZP-mix zg-zorgprofielen op basis van peilmoment 1 januari 2019

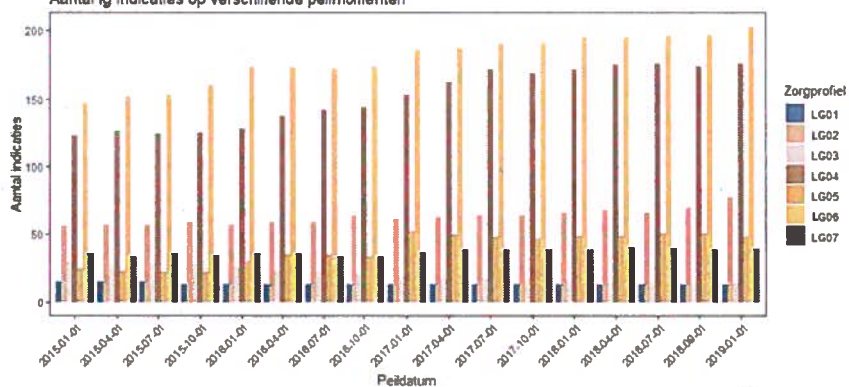
In de figuur hiernaast tonen we de zg-zorgprofielen voor de regio Rotterdam op peildatum 1 januari 2019. Deze groep betreft de kleinste groep binnen de ghz, met een totaal van 54 cliënten. Er is 1 cliënt met een laag zorgprofiel (zgaud01).



**2.5 ZORGVRAAG – Aantal lg-zorgprofielen op peilmomenten tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2019**

In onderstaande figuur tonen we de lg-zorgprofielen per kwartaal vanaf 1 januari 2015 tot 1 januari 2019. Het totaal aantal zorgprofielen voor de lg varieert van 430 op 1 januari 2015 tot 570 zorgprofielen op 1 januari 2019.

Aantal lg Indicaties op verschillende peilmomenten



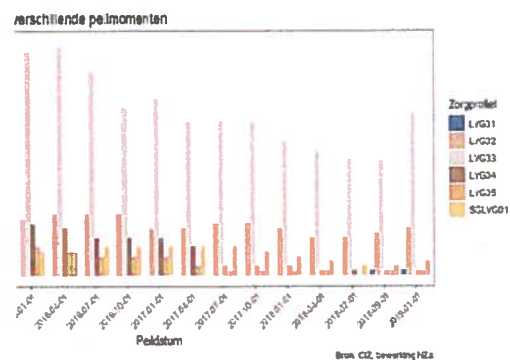
Bron: CIZ, bewaking NZA

Zorg- profiel	2015 -01- 01	2015 -04- 01	2015 -07- 01	2015 -10- 01	2016 -01- 01	2016 -04- 01	2016 -07- 01	2016 -10- 01	2017 -01- 01	2017 -04- 01	2017 -07- 01	2017 -10- 01	2018 -01- 01	2018 -04- 01	2018 -07- 01	2018 -09- 01	2019 -01- 01
LG01	15	15	15	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
LG02	56	57	57	58	57	59	59	63	61	62	64	64	66	68	66	69	77
LG03	29	28	28	29	26	22	22	20	18	17	17	17	16	15	15	14	14
LG04	123	126	124	125	128	137	142	144	153	162	171	169	171	175	176	174	176
LG05	25	23	22	22	30	35	35	34	52	50	48	47	49	49	51	51	48
LG06	147	152	153	160	174	173	172	174	186	187	190	191	195	195	196	197	203
LG07	35	33	35	34	35	35	33	33	36	38	38	38	38	40	39	38	39

## 2.6 ZORGVRAAG – Aantal lvg-zorgprofielen

Peilmomenten tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2019

In de figuur tonen we de lvg-zorgprofielen per kwartaal vanaf 1 januari 2015 tot 1 januari 2019. Het totaal aantal lvg-zorgprofielen is gedaald van 82 op 1 januari 2015 naar 51 op 1 januari 2019.

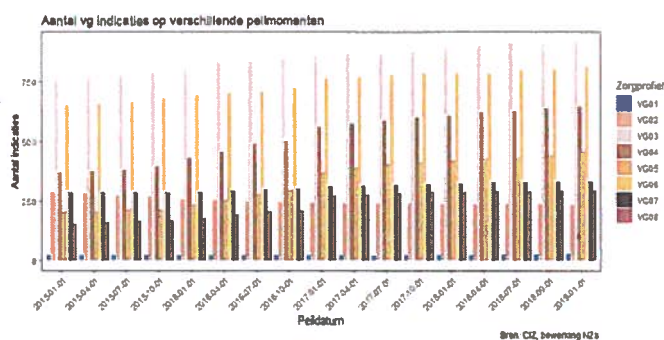


Zorg-profiel	2015-01-01	2015-04-01	2015-07-01	2015-10-01	2016-01-01	2016-04-01	2016-07-01	2016-10-01	2017-01-01	2017-04-01	2017-07-01	2017-10-01	2018-01-01	2018-04-01	2018-07-01	2018-09-01	2018-01-01	2019-01-01
LVG01	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
LVG02	15	13	15	15	12	13	13	13	10	10	11	11	10	8	8	9	9	10
LVG03	40	41	46	50	48	49	44	36	38	33	33	33	29	27	25	25	25	35
LVG04	11	11	12	12	11	10	8	8	8	6	2	2	2	1	1	1	1	1
LVG05	9	7	8	8	6	5	4	4	4	2	1	1	1	1	0	0	1	1
SGLVG01	4	4	4	5	5	5	6	6	6	6	6	5	4	3	2	2	2	3

## 2.7 ZORGVRAAG – Aantal vg-zorgprofielen

Peilmomenten tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2019

In de figuur tonen we de vg-zorgprofielen per kwartaal vanaf 1 januari 2015 tot 1 januari 2019. Met uitzondering van de lage zorgprofielen, vindt overal een stijging plaats. Het totaal stijgt van 2717 op 1 januari 2015 naar 3708 op 1 januari 2019.

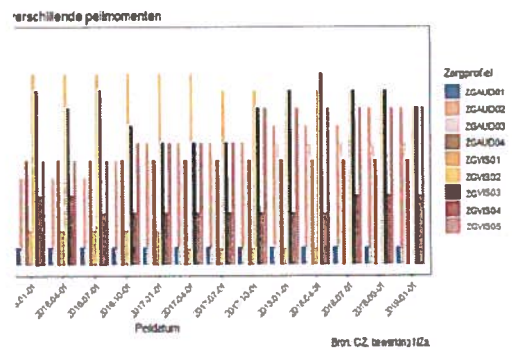


Zorgprofiel	2015-01-01	2015-04-01	2015-07-01	2015-10-01	2016-01-01	2016-04-01	2016-07-01	2016-10-01	2017-01-01	2017-04-01	2017-07-01	2017-10-01	2018-01-01	2018-04-01	2018-07-01	2018-09-01	2019-01-01
VG01	20	20	20	20	20	20	19	19	19	19	18	19	19	19	23	24	26
VG02	281	279	273	268	259	254	247	243	240	238	236	236	234	234	233	233	232
VG03	756	764	777	785	798	828	834	844	859	868	867	875	889	898	907	907	912
VG04	368	373	380	394	430	454	486	500	561	573	585	600	606	620	627	636	643
VG05	205	209	213	214	235	256	280	297	373	389	406	410	420	427	431	441	459
VG06	649	655	662	679	689	698	708	719	763	770	777	785	784	785	798	801	811
VG07	285	285	283	283	287	291	296	300	307	310	315	316	320	325	327	328	331
VG08	153	162	166	171	179	194	207	212	274	277	281	288	286	290	291	292	294

## 2.8 ZORGVRAAG – Aantal zg-zorgprofielen

Peilmomenten tussen 1 januari 2015 en 1 januari 2019

In de figuur tonen we de zg-zorgprofielen per kwartaal vanaf 1 januari 2015 tot 1 januari 2019. De totale groep blijft gedurende de periode 2015 tot het 4e kwartaal van 2018 vrijwel constant.

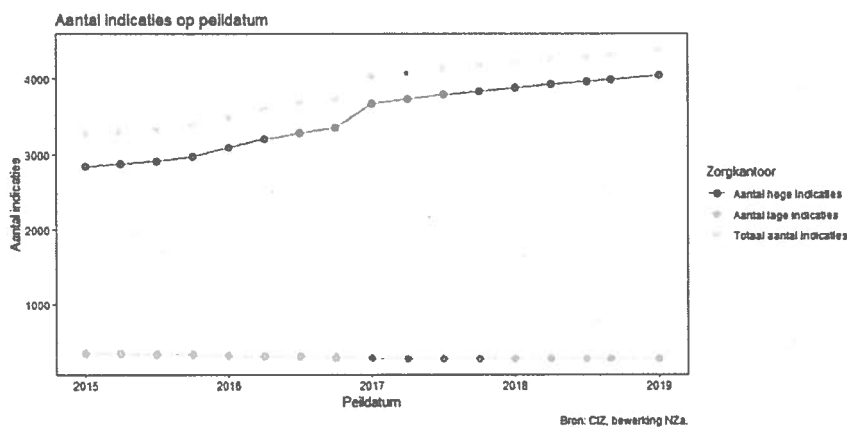


Zorgprofiel	2015-01-01	2015-04-01	2015-07-01	2015-10-01	2016-01-01	2016-04-01	2016-07-01	2016-10-01	2017-01-01	2017-04-01	2017-07-01	2017-10-01	2018-01-01	2018-04-01	2018-07-01	2018-09-01	2019-01-01
ZGAU D01	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ZGAU D02	4	4	4	5	5	5	5	6	7	7	7	7	8	8	8	9	9
ZGAU D03	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	7	7	7	7	7
ZGAU D04	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
ZGVIS 01	4	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	0	0	0
ZGVIS 02	13	11	11	12	11	11	11	11	11	11	10	10	10	10	10	10	9
ZGVIS 03	8	10	10	9	10	9	10	8	7	7	7	9	10	11	10	10	9
ZGVIS 04	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4
ZGVIS 05	4	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	9	9	9	9	9	9



### 2.9 ZORGVRAAG – Ontwikkeling totaal aantal indicaties

In onderstaande figuur tonen we de ontwikkeling van het totaal aantal indicaties per kwartaal. Het aantal indicaties blijft stijgen en neemt toe van 3278 op 1 januari 2015 tot 4383 op 1 januari 2019.



De grootste stijging vond plaats tussen 2015 en 2017, de eerste jaren na de introductie van de Wiz. Dit beeld was in die jaren ook elders te zien, bijvoorbeeld in de regio Amsterdam.

In de jaren 2017-2019 zien we landelijk ook een stijging, hoewel iets lichter dan in Rotterdam.

# 3. Wachtlijstgegevens

## 3. Wachtlijstgegevens



### 3.1 Aantal per type wachtende

In de tabel tonen we de wachtlijstgegevens voor de ghz voor de regio Rotterdam. Vanwege de overgang naar versie 2.0 van de iWlz zijn er in het 2e en 3e kwartaal van 2018 geen wachtlijstrapportages gepubliceerd. Ook kunnen in de cijfers administratieve effecten te zien zijn. Hierbij zien we dat het totaal aantal ghz-cliënten met een Wlz-indicatie is gestegen van 3751 in het eerste kwartaal 2015 tot 4634 cliënten in het 4e kwartaal 2018. In totaal maken 702 cliënten geen gebruik van zorg in het 4e kwartaal van 2018. Daarnaast zien we het aantal actief wachtenden afnemen van 36 cliënten in het 1e kwartaal 2015 naar 11 cliënten in het 4e kwartaal van 2018. In het 4e kwartaal 2018 blijft het aantal actief wachtenden stabiel.

De regionale stuurgroep Rotterdam geeft aan dat zij de afname van het aantal wachtenden opvallend vinden. Zij geven aan dat er bijvoorbeeld een moeilijk plaatsbare groep is van ongeveer 100 personen, die nog op een plek wacht. Het administratieve effect van deze cijfers is dus mogelijk groot. In vervolgetrajecten zal hier goed naar gekeken moeten worden.

#### Actief wachtende

Een actief wachtende is een cliënt die geïndiceerde zorg wil ontvangen, maar één of meerdere toegewezen zorgeenheden (reguliere of alternatieve zorg) nog niet ontvangt. De cliënt wacht dus buiten zijn/haar wil. Een actief wachtende cliënt kan ter overbrugging wel een andere dan de geïndiceerde vorm van zorg ontvangen, of een deel van de geïndiceerde zorg (overbruggingszorg). Niet-actief wachtenden worden hier gedefinieerd als wachtenden die een voorkeur voor een locatie van een specifieke instelling hebben, maar daar nog niet geplaatst kunnen worden (ook wel wenswachtenden genoemd). Zij ontvangen vaak al wel zorg aan huis. Onder de niet-actief wachtenden kunnen ook cliënten vallen die weliswaar een voorkeursaanbieder hebben aangegeven, maar die pas in een instelling willen worden opgenomen als het thuis niet meer gaat.



### 3.1 Aantal per type wachtende

Wacht status	KW1. 2015	KW2. 2015	KW3. 2015	KW4. 2015	KW1. 2016	KW2. 2016	KW3. 2016	KW4. 2016	KW1. 2017	KW2. 2017	KW3. 2017	KW4. 2017	KW1. 2018	KW2. 2018	KW3. 2018	KW4. 2018
Cliënt wil nog geen gebruik maken van indicatie																
	929	939	972	1024	822	824	832	861	978	986	975	994	876	NA	NA	702
Niet actief wachtend																
	288	257	217	258	217	255	247	240	205	177	186	197	209	NA	NA	84
Actief wachtend																
	36	12	11	16	1	6	12	1	10	16	15	18	29	NA	NA	11
In zorg																
	2498	2499	2478	2507	2786	2781	2816	2775	2822	2961	2966	2979	2985	NA	NA	3837
Totaal GZ-cliënten met Wiz-indicatie																
	3751	3707	3678	3805	3826	3866	3907	3877	4015	4140	4142	4188	4099	NA	NA	4634

Bron: Zorginstituut Nederland

### 3.2 Aantal wachtenden per wachtduur

In de tabel tonen we het aantal wachtenden per wachtduur voor de ghz voor de regio Rotterdam. De wachtduur blijft in het 4e kwartaal van 2018 nagenoeg gelijk. We zien alleen een toename van cliënten met een wachtduur tussen de 184 en 365 dagen.

Wacht tijd	KW1. 2015	KW2. 2015	KW3. 2015	KW4. 2015	KW1. 2016	KW2. 2016	KW3. 2016	KW4. 2016	KW1. 2017	KW2. 2017	KW3. 2017	KW4. 2017	KW1. 2018	KW2. 2018	KW3. 2018	KW4. 2018
< 43 dagen	71	36	41	56	35	55	56	40	45	44	38	40	65	NA	NA	15
43- 91 dagen	54	19	20	41	21	46	27	21	40	27	21	37	40	NA	NA	8
92- 183 dagen	53	62	17	39	44	44	58	37	37	38	37	26	28	NA	NA	8
184- 365 dagen	42	55	63	36	38	49	46	67	30	28	48	53	42	NA	NA	64
>365 dagen	104	97	87	102	80	67	72	76	63	56	57	59	63	NA	NA	0

Bron: Zorginstituut Nederland

### 3.3 Aantal wachtenden ten opzichte van de treeknorm

In de tabel tonen we het aantal actief en niet actief wachtenden voor de regio Rotterdam ten opzichte van de treeknorm. Hierbij zien we dat het aantal wachtenden met een langere tijdsduur dan de treeknorm gedaald is in het 4e kwartaal van 2018.

Aantal wachtenden	KW1. 2015	KW2. 2015	KW3. 2015	KW4. 2015	KW1. 2016	KW2. 2016	KW3. 2016	KW4. 2016	KW1. 2017	KW2. 2017	KW3. 2017	KW4. 2017	KW1. 2018	KW2. 2018	KW3. 2018	KW4. 2018
Aantal wachtenden met overbruggingszorg korter dan de treeknorm																
	35	24	23	19	21	44	30	24	28	26	26	27	35	NA	NA	4
Aantal wachtenden zonder overbruggingszorg korter dan de treeknorm																
	36	12	18	37	14	11	26	16	17	18	12	13	30	NA	NA	11
Aantal wachtenden met overbruggingszorg langer dan de treeknorm																
	199	176	147	169	145	161	166	161	130	110	116	128	123	NA	NA	60
Aantal wachtenden zonder overbruggingszorg langer dan de treeknorm																
	54	57	40	49	38	45	37	40	40	39	47	47	50	NA	NA	20

Bron: Zorginstituut Nederland

## 4. Productiegegevens en pgb

## 4. Productiegegevens en pgb

### 4.1 Aantal cliënten per leveringsvorm 4<sup>e</sup> kwartaal 2018 (inclusief pgb)

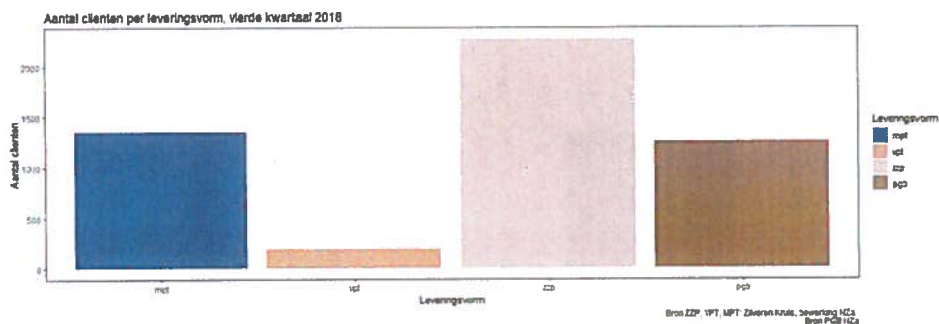
In onderstaande figuur tonen we de verdeling van het aantal cliënten voor de verschillende leveringsvormen in het 4<sup>e</sup> kwartaal van 2018 (zie bijlage voor classificatie van de producten onder iedere leveringsvorm).

Deze figuur is gebaseerd op 2 bronbestanden; het declaratiebestand van Zilveren Kruis geeft inzicht in de leveringsvormen zzp, mpt en vpt. Bron van de pgb-gegevens is de door de zorgkantoren aan de NZa maandelijks aangeleverde informatie over aantallen pgb-cliënten en de toegekende verleningsbeschikkingen op cliëntniveau.

Aangezien een cliënt in principe een beschikking krijgt voor een geheel jaar, tonen we in deze figuur het aantal nieuwe cliënten die gedurende het jaar een budget toegewezen krijgen en het aantal bestaande cliënten. Cliënten die gedurende het jaar komen te overlijden behouden wel het trekkingsrecht voor het betreffende jaar en blijven zodoende in het bestand staan.

Hoewel pgb niet meegenomen wordt in het experiment tonen we wel het aandeel van pgb in deze figuur, omdat er gedurende het jaar overgestapt kan worden van pgb naar zorg in natura en andersom. Daarnaast kunnen cliënten tegelijkertijd meerdere leveringsvormen hebben, hierdoor worden sommige cliënten dubbel geteld.

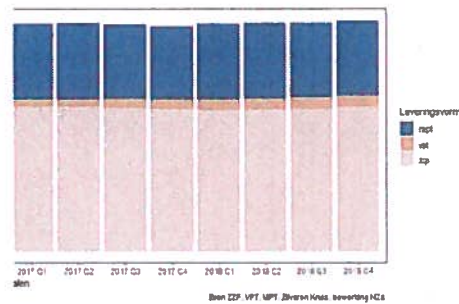
In deze figuren zien we dat de meeste zorg via een zzp wordt geleverd, maar is het aantal cliënten met een mpt of pgb substantieel. Er zijn weinig cliënten met een vpt.





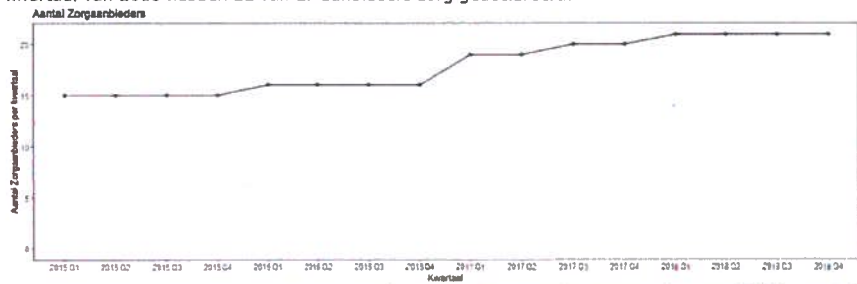
#### 4.2 Aantal cliënten per leveringsvorm per kwartaal (exclusief pgb)

In onderstaande figuur tonen we de verdeling van leveringsvormen per kwartaal voor de regio Rotterdam. We zien bij aanvang van het experiment in 2017 een afname in de leveringsvorm mpt. Het aantal cliënten met een mpt of vpt blijft in 2018 nagenoeg gelijk.



#### 4.3 Aantal zorgaanbieders per kwartaal

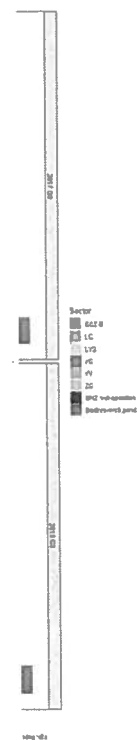
In onderstaande tabel staat het aantal zorgaanbieders vermeld dat meedoet aan het experiment en het aantal aanbieders die nog geen Wiz-zorg leveren, maar wel aan het experiment meedoen. Het totaal aantal zorgaanbieders dat zich heeft aangemeld voor het experiment in 2018 bedraagt 27 (peildatum 1 januari 2018). Er zijn 17 oude aanbieders en 10 nieuwe zorgaanbieders. In het 4e kwartaal van 2018 hebben 22 van 27 aanbieders zorg gedeclareerd.

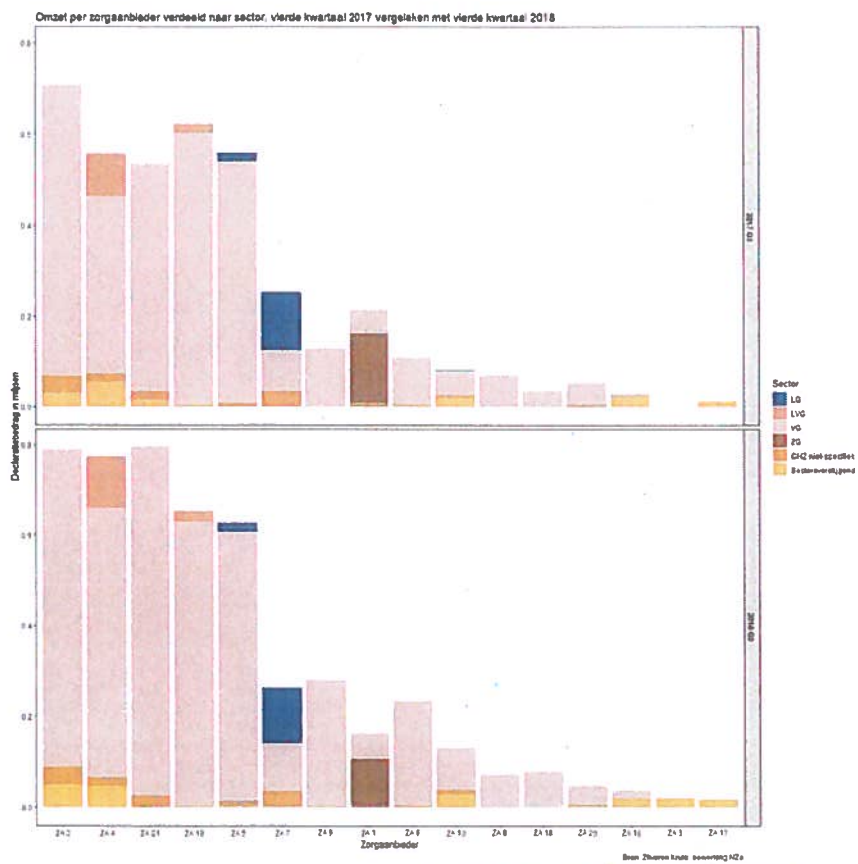


#### 4.4 Omzet per zorgaanbieder verdeeld naar sector

In onderstaande figuur zien we de verdeling van de declaraties voor het 4e kwartaal 2018 per zorgprofiel per aanbieder in de regio Rotterdam. Sectoroverstijgende prestaties zijn prestaties die in elke sector kunnen voorkomen zoals bijvoorbeeld schoonmaak. Ghz niet-specifieke prestaties zijn prestaties die niet kunnen worden toebedeeld aan een zorgprofiel maar wel tot de ghz behoren. Uit de grafiek kan worden opgemaakt dat vier grote aanbieders de regio Rotterdam domineren.

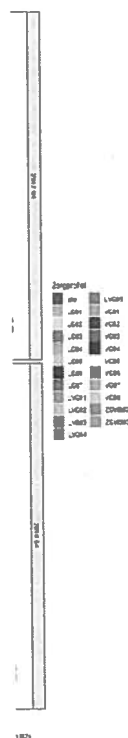
\*Za 11 was in 2016 gecontracteerd bij een ander zorgkantoor waardoor er geen gegevens van 2016 in deze kwartaalrapportage zijn opgenomen.

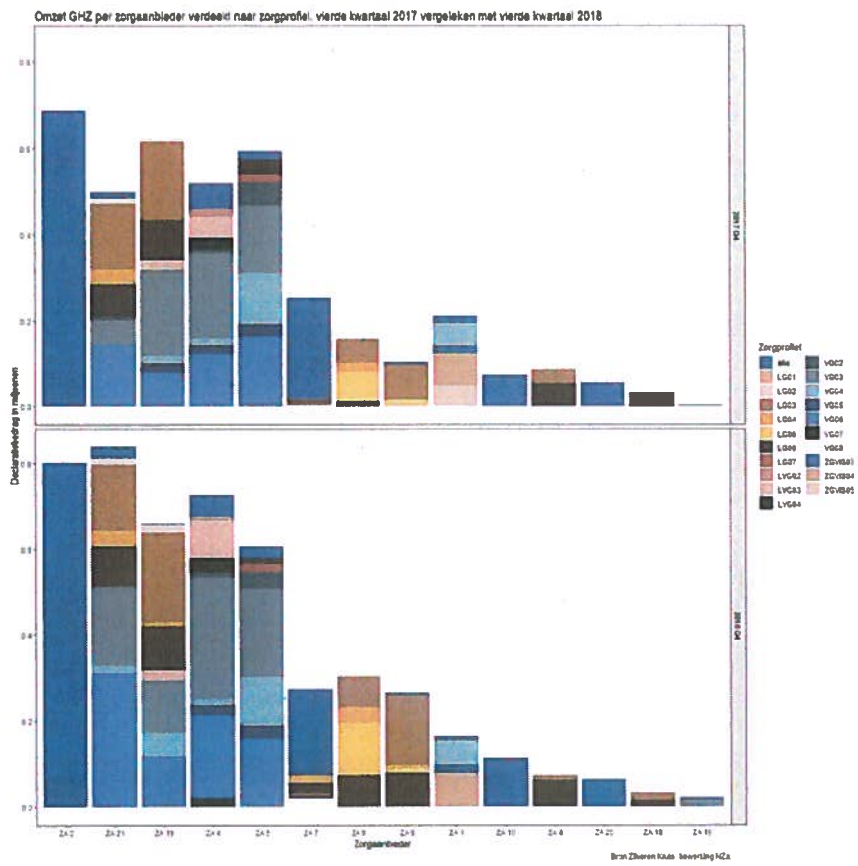




#### 4.5 Omzet per zorgaanbieder verdeeld naar gedeclareerd pakket

In de figuur hiernaast tonen we de omzet voor het vierde kwartaal van 2018 per zorgprofiel per zorgaanbieder voor de regio Rotterdam binnen de ghz. Indien een prestatie niet kan worden toebedeeld aan een specifiek zorgprofiel wordt deze gecategoriseerd naar categorie "alle". Let op, het aantal aanbieders is kleiner dan in de vorige figuur omdat wij alleen zorgaanbieders meenemen die ghz-specifieke prestaties leveren.

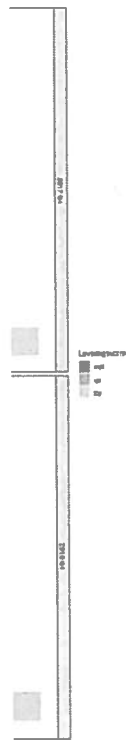


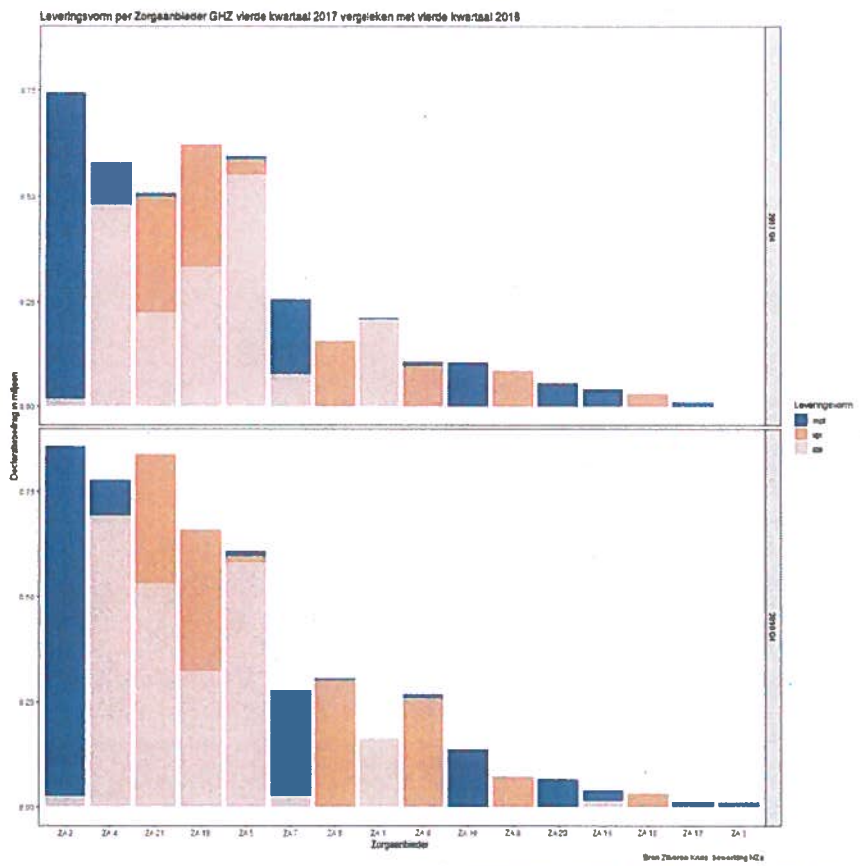


#### 4.6 Leveringsvorm per zorgaanbieder

In onderstaande figuur tonen we het declaratiebedrag voor het 4e kwartaal van 2018 per leveringsvorm per zorgaanbieder voor de regio Rotterdam. Hierbij zien we dat de 4 grootste zorgaanbieders het merendeel van de declaraties indienen. Tevens zien we hier een afname in de leveringsvorm mpt.

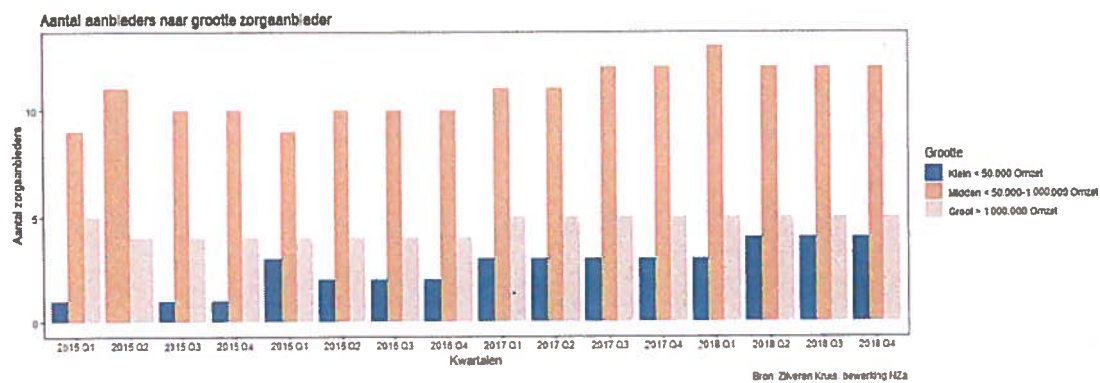
\*Za 11 was in 2016 gecontracteerd bij een ander zorgkantoor waardoor er geen gegevens van 2016 in deze kwartaalrapportage zijn opgenomen.





#### 4.7 Aantal naar grootte zorgaanbieder

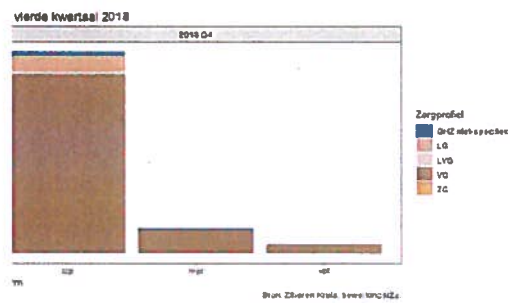
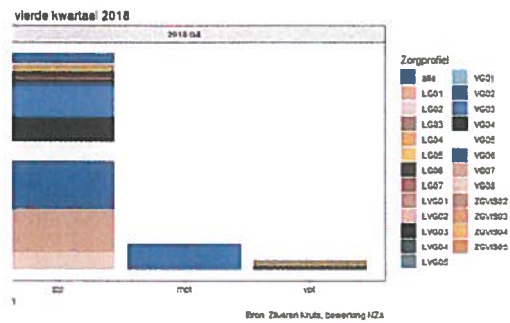
In onderstaande figuur tonen we het aantal zorgaanbieders onderverdeeld naar de omvang van de omzet per kwartaal. Hierbij zien we dat het aantal kleine zorgaanbieders toeneemt.





#### 4.8 Declaraties: declaratiebedrag per leveringsvorm

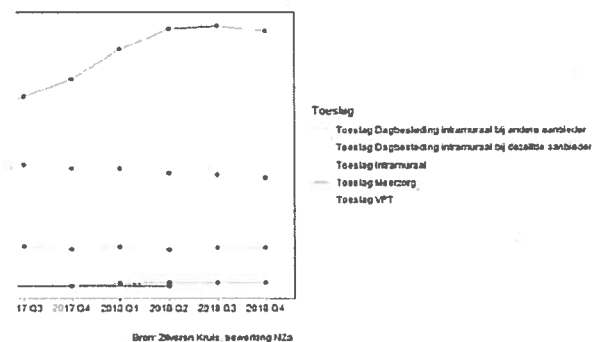
In onderstaande figuur tonen we het declaratiebedrag per zorgprofiel per leveringsvorm waarbij we zien dat er een stijging plaatsvindt bij de leveringsvorm zzp en een afname in de leveringsvorm mpt. Hierbij zien we dat de totale mix van leveringsvormen nagenoeg gelijk blijft.



#### 4.9 Declaraties: toeslagen

In onderstaande figuur tonen we het declaratiebedrag per toeslagcategorie voor de regio Rotterdam. Bij meerzorgtoeslagen zien we een toename, vooral in 2017. De toeslag dagbesteding intramuraal bij dezelfde zorgaanbieder en de toeslag intramuraal dalen sinds het 1e kwartaal van 2017. Toeslag vpt is er sinds 2018 nieuw bijgekomen.

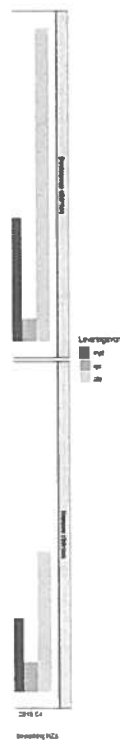
De toename van meerzorg tussen 2015 en 2017 is ook landelijk zichtbaar. Voor 2018 zijn de landelijke cijfers nog niet volledig beschikbaar.



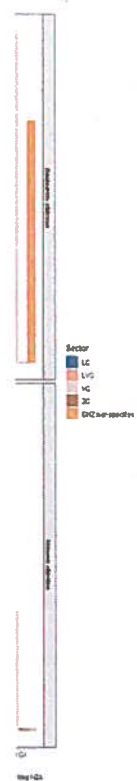
# 5. Nieuwe cliënten

## 5. Nieuwe cliënten

In de figuur hiernaast laten we het aantal bestaande en nieuwe cliënten per kwartaal zien.



In de figuur hiernaast zijn de cliënten uitgesplitst naar deelsectoren.

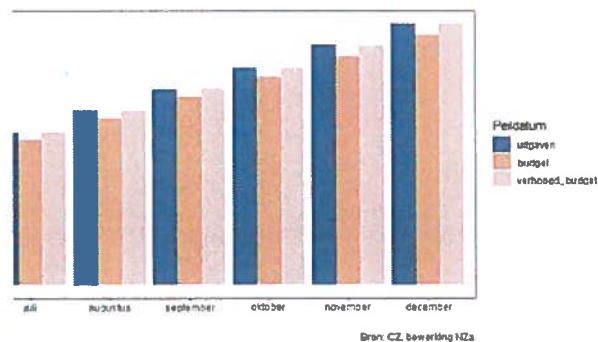


## 6. Budgettaire kader langdurige zorg

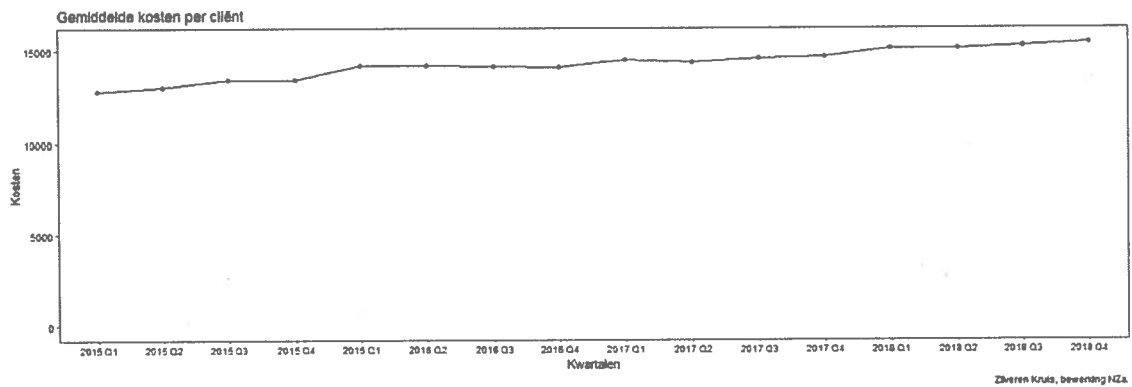
## 6. Budgettair kader langdurige zorg

### 6.1 Benutting budgettair kader

Er is sprake van een (geringe) overschrijding van het beschikbare verhoogde budget. Binnen de regio kan een zorgkantoor overhevelen tussen het budgettair kader voor het experiment en het overige budgettair kader. Het kader voor het experiment bedroeg begin 2018 € 175,0 miljoen en is tussentijds opgehoogd naar € 182,7 miljoen. Tot en met het 4e kwartaal werd er in totaal € 183,2 miljoen uitgegeven. Op moment van rapportage zijn nog niet alle declaraties verwerkt. Naar verwachting zal dit bedrag nadat alle declaraties verwerkt zijn hoger uitvallen.



Onderstaande figuur toont de gemiddelde kosten per cliënt.



Er is een 15% kostenstijging zichtbaar. Het grootste deel van deze stijging is waarschijnlijk te verklaren vanuit de landelijke stijging van de intramurale tarieven (bijvoorbeeld het tarief van de vg6 is met 15% gestegen o.a. als gevolg van de ingroei van de kapitaallasten in het tarief).



# 7. Marktaandeelen

Eindrapportage kwantitatieve monitor Rotterdam  
Experiment persoonsvolgende zorg

## 7. Marktaandelen

### Marktconcentratie

De C4-index geeft het marktaandeel weer van de vier grootste aanbieders op basis van hun omzet in de ghz. Hieruit is op te maken dat in het 4e kwartaal van 2018 het marktaandeel van de 4 grootste aanbieders 86% is.

Jaar	Marktaandeel
2015	0.9133688
2016	0.9161613
2017	0.8768178
2018	0.8600710

# Bijlagen

Eindrapportage kwantitatieve monitor Rotterdam  
Experiment persoonsvolgende zorg

# Bijlagen

## Bijlage 1. Gegevensbronnen

### Indicatiegegevens CIZ

Deze databron bevat gegevens over de aanspraak op zorgprofielen met een peildatum en zijn uitgesplitst naar zorgkantoor. Het betreft dus aantallen per zorgprofiel geaggregeerd naar zorgkantoor. De peildata zijn per kwartaal aangeleverd. Vanaf 1 januari 2017 worden de gegevens per maand aangeleverd. Voor de kwartaalrapportage maken we gebruik van de initiële indicaties.

### Wachtnijstgegevens Zorginstituut Nederland

Om in dit experiment iets te kunnen zeggen over de toegankelijkheid van het zorgaanbod Wlz zijn wachtnijstgegevens nodig. Voor het experiment is Zorginstituut Nederland verantwoordelijk voor de aanlevering van wachtnijstgegevens. Bron is de door de zorgkantoren aangeleverde uitvoeringsinformatie uit de iWlz. Voor het experiment in Rotterdam zijn geaggregeerde wachtnijstgegevens van de ghz-sector opgevraagd. Daarnaast zijn ook gegevens verstrekt op landelijk niveau (die benodigd zijn voor de evaluatie).

De gegevens zijn gegroepeerd in drie tabellen:

1. Aantal cliënten verdeeld naar wachtstatus
2. Aantal actief en niet-actief wachtende cliënten, uitgesplitst naar gemiddelde wachttijd tot aan de peildatum.
3. Aantal actief en niet-actief wachtende cliënten t.o.v. de treetnorm .

Voor de cijfers over het eerste kwartaal 2015 tot en met 4e kwartaal 2016 merkt het Zorginstituut Nederland op dat de aantallen actief wachtenden langer dan de treetnorm zonder zorg geen betrouwbaar beeld geven over deze cijfers. Aan deze cijfers mogen dan ook geen conclusies worden verbonden. Een aantal zorgkantoren heeft aangegeven dat vanwege de invoering van de decentralisaties en de bijbehorende administratieve conversies in de registraties, administratieve vertraging is opgelopen waardoor deze categorie wachtenden tijdelijk geen juist beeld geeft.

### Productiegegevens Zorgkantoor

Door Zilveren Kruis zijn conform de standaard voor NZa gegevensaanlevering Experiment persoonsvolgende inkoop (GA WLZ-ZKR 1.0 v1.0) productiegegevens aangeleverd. Het bestand omvat declaratiegegevens over de periode 2015 en 2016 voor de ghz-sector van de deelnemende instellingen die op 1 januari 2017 meedoen aan het experiment.

### Pgb-gegevens

Bron van de pgb gegevens is de door de zorgkantoren aan de NZa maandelijks aangeleverde informatie over aantallen pgb-clieuten en de toegekende budgetten op cliëntniveau.

### Gegevens over deelnemende zorgaanbieders

Door Zilveren Kruis is een lijst aangeleverd met alle zorgaanbieders die voor het experiment Persoonsvolgende inkoop zijn gecontracteerd door het zorgkantoor ([NR/REG-1733](#)). Een deelnemende zorgaanbieder heeft een uniek NZa-nummer ten behoeve van het experiment. Op 1 juli 2017 zijn er 27 zorgaanbieders gecontracteerd voor deelname aan het experiment.

## Bijlage 2. Toelichting zorgprofielen

Onderstaand vindt u een overzicht van alle zorgprofielen. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen hoog en laag. De lage zorgprofielen worden per 1 januari 2015 afgebouwd uit de Wlz. Hier zal dus geen instroom meer plaatsvinden.

Indicaties.Gehandicaptensector	Omschrijving	Laag.hoog
VG01	Wonen met enige begeleiding	laag
VG02	Wonen met begeleiding	laag
LVG02	LVG Wonen met behandeling en begeleiding	laag
LG01	LG Wonen met enige begeleiding en enige verzorging (2015)	laag
LG03	LG Wonen met enige begeleiding en verzorging (2015)	laag
ZGVIS01	ZGvis Wonen met enige begeleiding en enige verzorging (2015)	laag
ZGAUD01	ZGaud Wonen met begeleiding en enige verzorging (2015)	laag
NA	NA	NA
VG03	VG Wonen met begeleiding en verzorging	hoog
VG04	VG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging	Hoog
VG05	VG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	hoog
VG06	VG Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering	hoog
VG07	VG (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering	hoog
VG08	VG Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging	hoog
LVG01	LVG Wonen met enige behandeling en begeleiding	hoog
LVG03	LVG Wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep	hoog
LVG04	LVG Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding	hoog
LVG05	LVG Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding	hoog
SGLVG01	LVG Behandeling in een SGLVG behandelcentrum	hoog
LG02	LG Wonen met begeleiding en enige verzorging	hoog

Indicaties.Gehandicaptensector	Omschrijving	Laag,hoog
LG04	LG Wonen met begeleiding en verzorging	hoog
LG05	LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging	hoog
LG06	LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	hoog
LG07	LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging	hoog
ZGVIS02	ZGvis Wonen met begeleiding en enige verzorging	hoog
ZGVIS03	ZGvis Wonen met intensieve begeleiding en verzorging	hoog
ZGVIS04	ZGvis Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	hoog
ZGVIS05	ZGvis Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging	hoog
ZGAUD02	ZGaud Wonen met intensieve begeleiding en verzorging	hoog
ZGAUD03	ZGaud Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	hoog
ZGAUD04	ZGaud Wonen met intensieve begeleiding en enige verzorging	hoog
NA	NA	NA
NA	NA	NA
NA	NA	NA
NA	NA	NA
NA	NA	NA
NA	NA	NA
NA	NA	NA
NA	NA	NA

### Bijlage 3. Prestatiecodes

Onderstaand vindt u een overzicht van alle prestatiecodes, ingedeeld naar leveringsvorm (zzp, vpt, mpt) en CIZ-zorgprofielen.

WLZ-prestatie	Prestatiebeschrijving	Leveringsvorm	Zorgprofiel
Z999	Logeren GHZ-vg	zzp	alle
Z1000	Logeren GHZ-ig	zzp	alle
Z1001	Logeren GHZ-lvg	zzp	alle
Z1002	Logeren GHZ-zg	zzp	alle
H900	Dagbesteding VG-licht (VG1-VG4)	zzp	alle
H901	Dagbesteding VG-midden (VG5,VG6,VG8)	zzp	alle
H902	Dagbesteding VG-zwaar (VG7)	zzp	alle
H911	Dagbesteding LG-midden (LG2,LG4,LG6)	zzp	alle
H912	Dagbesteding LG-zwaar (LG1,LG3,LG5)	zzp	alle
H920	Dagbesteding ZG aud licht (ZG aud1,ZG aud4)	zzp	alle
H930	Dagbesteding ZG vis licht ( ZG vis2,ZG vis3)	zzp	alle
H932	Dagbesteding ZG vis zwaar (ZG vis4,ZG vis5)	zzp	alle
Z880	Opslag kapitaallasten VG	zzp	alle
Z881	Opslag kapitaallasten LG	zzp	alle
Z882	Opslag kapitaallasten ZG	zzp	alle
Z903	Vervoer dagbesteding GHZ	zzp	alle
Z904	Vervoer dagbesteding GHZ rolstoel intramuraal	zzp	alle
Z905	Vervoer dagbesteding Kind intramuraal	zzp	alle
Z913	Toeslag dagbesteding GHZ kind - licht	zzp	alle

WLZ-prestatie	Prestatiebeschrijving	Leveringsvorm	Zorgprofiel
Z914	Toeslag dagbesteding GHZ kind - midden	zpz	alle
Z915	Toeslag dagbesteding GHZ kind - zwaar	zpz	alle
Z919	Toeslag dagbesteding GHZ kind – VG5/VG8 midden EMG	zpz	alle
Z911	Toeslag Multifunctioneel centrum (MFC)	zpz	alle
Z912	Toeslag observatie	zpz	alle
Z975	Toeslag gespecialiseerde epilepsie zorg (GEZ) laag	zpz	alle
Z976	Toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg (GEZ) midden	zpz	alle
Z977	Toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg (GEZ) hoog	zpz	alle
Z978	Toeslag woonzorg GHZ kind	zpz	alle
Z979	Toeslag woonzorg GHZ jeugd	zpz	alle
Z980	Toeslag woonzorg GHZ jong volwassen	zpz	alle
Z890	Opslag inventaris VG	zpz	alle
Z891	Opslag inventaris LG	zpz	alle
Z892	Opslag inventaris ZG	zpz	alle
X916	Toeslag NHC kinderdagcentra GHZ (KDC)	zpz	alle
Z491	ZZP crisisopvang/spoedzorg GHZ VG (incl.BH)	zpz	alle
Z560	Crisisopvang /spoedzorg LVG	zpz	alle
Z490	ZZP crisisopvang /spoedzorg GHZ VG (excl.BH)	zpz	alle
Z981	Toeslag gespecialiseerde behandelzorg	zpz	alle
Y691	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 1 LG	zpz	LG01
Z615	ZZP 1LG (incl.DB)	zpz	LG01
Z614	ZZP 1LG (excl.DB)	zpz	LG01
Y692	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 2 LG	zpz	LG02
Z625	ZZP 2LG (incl.DB)	zpz	LG02
Z624	ZZP 2LG (excl.DB)	zpz	LG02
Y693	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 3 LG	zpz	LG03
Z633	ZZP 3LG (incl.BH incl.DB)	zpz	LG03
Z632	ZZP 3LG (incl.BH excl.DB)	zpz	LG03



WLZ-prestatie	Prestatiebeschrijving	Leveringsvorm	Zorgprofiel
Z631	ZZZ 3LG (excl.BH Incl.DB)	zzp	LG03
Z630	ZZZ 3LG (excl.BH excl.DB)	zzp	LG03
Y694	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 4 LG	zzp	LG04
Z643	ZZZ 4LG (incl.BH Incl.DB)	zzp	LG04
Z642	ZZZ 4LG (incl.BH excl.DB)	zzp	LG04
Z641	ZZZ 4LG (excl.BH Incl.DB)	zzp	LG04
Z640	ZZZ 4LG (excl.BH excl.DB)	zzp	LG04
Y695	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 5 LG	zzp	LG05
Z653	ZZZ 5LG (incl.BH Incl.DB)	zzp	LG05
Z652	ZZZ 5LG (incl.BH excl.DB)	zzp	LG05
Z651	ZZZ 5LG (excl.BH Incl.DB)	zzp	LG05
Z650	ZZZ 5LG (excl.BH excl.DB)	zzp	LG05
Y696	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 6 LG	zzp	LG06
Z663	ZZZ 6LG (incl.BH Incl.DB)	zzp	LG06
Z662	ZZZ 6LG (incl.BH excl.DB)	zzp	LG06
Z661	ZZZ 6LG (excl.BH Incl.DB)	zzp	LG06
Z660	ZZZ 6LG (excl.BH excl.DB)	zzp	LG06
H910	Dagbesteding LG-licht (LG7)	zzp	LG07
Y697	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 7 LG	zzp	LG07
Z673	ZZZ 7LG (incl.BH Incl.DB)	zzp	LG07
Z672	ZZZ 7LG (incl.BH excl.DB)	zzp	LG07
Z671	ZZZ 7LG (excl.BH Incl.DB)	zzp	LG07
Z670	ZZZ 7LG (excl.BH excl.DB)	zzp	LG07
Z513	ZZZ 1LVG (incl.BH Incl.DB)	zzp	LVG01

WLZ-prestatie	Prestatiebeschrijving	Leveringsvorm	Zorgprofiel
Z523	ZZP 2LVG (incl.BH incl.DB)	zzp	LVG02
Z533	ZZP 3LVG (incl.BH incl.DB)	zzp	LVG03
Z543	ZZP 4LVG (incl.BH incl.DB)	zzp	LVG04
Z553	ZZP 5LVG (incl.BH incl.DB)	zzp	LVG05
Z573	ZZP 1SGLVG (incl.BH incl.DB)	zzp	SGLVG01
Y491	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 1 VG	zzp	VG01
Z415	ZZP 1VG (incl.DB)	zzp	VG01
Z414	ZZP 1VG (excl.DB)	zzp	VG01
Y492	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 2 VG	zzp	VG02
Z425	ZZP 2VG (incl.DB)	zzp	VG02
Z424	ZZP 2VG (excl.DB)	zzp	VG02
Y493	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 3 VG	zzp	VG03
Z433	ZZP 3VG (incl.BH incl.DB)	zzp	VG03
Z432	ZZP 3VG (incl.BH excl.DB)	zzp	VG03
Z431	ZZP 3VG (excl.BH incl.DB)	zzp	VG03
Z430	ZZP 3VG (excl.BH excl.DB)	zzp	VG03
Y494	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 4 VG	zzp	VG04
Z443	ZZP 4VG (incl.BH incl.DB)	zzp	VG04
Z442	ZZP 4VG (incl.BH excl.DB)	zzp	VG04
Z441	ZZP 4VG (excl.BH incl.DB)	zzp	VG04
Z440	ZZP 4VG (excl.BH excl.DB)	zzp	VG04
Y495	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 5 VG	zzp	VG05
Z457	ZZP 5VG (incl.BH incl.DB)	zzp	VG05
Z456	ZZP 5VG (incl.BH excl.DB)	zzp	VG05
Z455	ZZP 5VG (excl.BH incl.DB)	zzp	VG05
Z454	ZZP 5VG (excl.BH excl.DB)	zzp	VG05
Y496	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 6 VG	zzp	VG06
Z463	ZZP 6VG (incl.BH incl.DB)	zzp	VG06
Z462	ZZP 6VG (incl.BH excl.DB)	zzp	VG06

WLZ-prestatie	Prestatiebeschrijving	Levormingsvorm	Zorgprofiel
Z461	ZZP 6VG (excl.BH incl.DB)	zzp	VG06
Z460	ZZP 6VG (excl.BH excl.DB)	zzp	VG06
Y497	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 7 VG	zzp	VG07
Z473	ZZP 7VG (incl.BH incl.DB)	zzp	VG07
Z472	ZZP 7VG (incl.BH excl.DB)	zzp	VG07
Z471	ZZP 7VG (excl.BH incl.DB)	zzp	VG07
Z470	ZZP 7VG (excl.BH excl.DB)	zzp	VG07
Y498	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 8 VG	zzp	VG08
Z483	ZZP 8VG (incl.BH incl.DB)	zzp	VG08
Z482	ZZP 8VG (incl.BH excl.DB)	zzp	VG08
Z481	ZZP 8VG (excl.BH incl.DB)	zzp	VG08
Z480	ZZP 8VG (excl.BH excl.DB)	zzp	VG08
Y791	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 1 ZG-aud	zzp	ZGAUD01
Z713	ZZP 1ZG-auditief (incl.BH incl.DB)	zzp	ZGAUD01
Z712	ZZP 1ZG-auditief (incl.BH excl.DB)	zzp	ZGAUD01
Z711	ZZP 1ZG-auditief (excl.BH incl.DB)	zzp	ZGAUD01
Z710	ZZP 1ZG-auditief (excl.BH excl.DB)	zzp	ZGAUD01
H921	Dagbesteding ZG aud midden (ZG aud2)	zzp	ZGAUD02
Y792	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 2 ZG-aud	zzp	ZGAUD02
Z723	ZZP 2ZG-auditief (incl.BH incl.DB)	zzp	ZGAUD02
Z722	ZZP 2ZG-auditief (incl.BH excl.DB)	zzp	ZGAUD02
Z721	ZZP 2ZG-auditief (excl.BH incl.DB)	zzp	ZGAUD02
Z720	ZZP 2ZG-auditief (excl.BH excl.DB)	zzp	ZGAUD02
H922	Dagbesteding ZG aud zwaar (ZG aud3)	zzp	ZGAUD03
Y793	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 3 ZG-aud	zzp	ZGAUD03
Z733	ZZP 3ZG-auditief (incl.BH incl.DB)	zzp	ZGAUD03
Z732	ZZP 3ZG-auditief (incl.BH excl.DB)	zzp	ZGAUD03
Z731	ZZP 3ZG-auditief (excl.BH incl.DB)	zzp	ZGAUD03
Z730	ZZP 3ZG-auditief (excl.BH excl.DB)	zzp	ZGAUD03

WLZ-prestatie	Prestatiebeschrijving	Leveringsvorm	Zorgprofiel
Y794	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 4 ZG-aud	zzp	ZGAUD04
Z743	ZZP 4ZG-auditief (incl.BH incl.DB)	zzp	ZGAUD04
Z742	ZZP 4ZG-auditief (incl.BH excl.DB)	zzp	ZGAUD04
Z741	ZZP 4ZG-auditief (excl.BH incl.DB)	zzp	ZGAUD04
Z740	ZZP 4ZG-auditief (excl.BH excl.DB)	zzp	ZGAUD04
H931	Dagbesteding ZG vis midden (ZG vis1)	zzp	ZGVIS01
Y891	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 1 ZG-vis	zzp	ZGVIS01
Z815	ZZP 1ZG-visueel (incl.DB)	zzp	ZGVIS01
Z814	ZZP 1ZG-visueel (excl.DB)	zzp	ZGVIS01
Z824	ZZP 2ZG-visueel (excl.DB)	zzp	ZGVIS01
Y892	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 2 ZG-vis	zzp	ZGVIS02
Z825	ZZP 2ZG-visueel (incl.DB)	zzp	ZGVIS02
Y893	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 3 ZG-vis	zzp	ZGVIS03
Z833	ZZP 3ZG-visueel (incl.BH incl.DB)	zzp	ZGVIS03
Z832	ZZP 3ZG-visueel (incl.BH excl.DB)	zzp	ZGVIS03
Z831	ZZP 3ZG-visueel (excl.BH incl.DB)	zzp	ZGVIS03
Z830	ZZP 3ZG-visueel (excl.BH excl.DB)	zzp	ZGVIS03
Y894	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 4 ZG-vis	zzp	ZGVIS04
Z843	ZZP 4ZG-visueel (incl.BH incl.DB)	zzp	ZGVIS04
Z842	ZZP 4ZG-visueel (incl.BH excl.DB)	zzp	ZGVIS04
Z841	ZZP 4ZG-visueel (excl.BH incl.DB)	zzp	ZGVIS04
Z840	ZZP 4ZG-visueel (excl.BH excl.DB)	zzp	ZGVIS04
Y895	Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 5 ZG-vis	zzp	ZGVIS05
Z853	ZZP 5ZG-visueel (incl.BH incl.DB)	zzp	ZGVIS05
Z852	ZZP 5ZG-visueel (incl.BH excl.DB)	zzp	ZGVIS05
Z851	ZZP 5ZG-visueel (excl.BH incl.DB)	zzp	ZGVIS05
Z850	ZZP 5ZG-visueel (excl.BH excl.DB)	zzp	ZGVIS05
Z997	Verblijfscomponent niet-geïndiceerde partner GHZ: VG en LG	zzp	ZZP 0
Z998	Verblijfscomponent niet-geïndiceerde partner GHZ: ZG	zzp	ZZP 0

WLZ-prestatie	Prestatiebeschrijving	Leveringsvorm	Zorgprofiel
Z993	Verblijfscomponent kortdurend verblijf GHZ: VG en LG	vpt	alle
Z994	Verblijfscomponent kortdurend verblijf GHZ: ZG	vpt	alle
V880	Opslag kapitaallasten VG (verblijf exclusief behandeling)	vpt	alle
V881	Opslag kapitaallasten LG (verblijf exclusief behandeling)	vpt	alle
V882	Opslag kapitaallasten ZG (verblijf exclusief behandeling)	vpt	alle
V903	Vervoer dagbesteding GHZ	vpt	alle
V904	Vervoer dagbesteding GHZ rolstoel intramuraal	vpt	alle
V905	Vervoer dagbesteding Kind intramuraal	vpt	alle
V913	VPT Toeslag dagbesteding GHZ kind - licht	vpt	alle
V914	VPT Toeslag dagbesteding GHZ kind - midden	vpt	alle
V915	VPT Toeslag dagbesteding GHZ kind - zwaar	vpt	alle
V919	VPT Toeslag dagbesteding GHZ kind - VG5 midden EMG	vpt	alle
V975	VPT Toeslag gespecialiseerde epilepsie zorg (GEZ) laag	vpt	alle
V976	VPT Toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg (GEZ) midden	vpt	alle
V978	VPT Toeslag woonzorg GHZ kind ( 0 t/m 11 jaar)	vpt	alle
V979	VPT Toeslag woonzorg GHZ jeugd (12 t/m 17 jaar)	vpt	alle
V980	VPT Toeslag woonzorg GHZ lang volwassen (18 t/m 22 jaar)	vpt	alle
V890	Opslag inventaris VG (verblijf exclusief behandeling)	vpt	alle
V891	Opslag inventaris LG (verblijf exclusief behandeling)	vpt	alle
V892	Opslag inventaris ZG (verblijf exclusief behandeling)	vpt	alle
V981	Toeslag gespecialiseerde behandelzorg	vpt	alle
X681	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 1 LG	vpt	LG01
V415	VPT 1VG (incl.DB)	vpt	LG01
V615	VPT 1LG (incl.DB)	vpt	LG01
V414	VPT 1VG (excl.DB)	vpt	LG01
V614	VPT 1LG (excl.DB)	vpt	LG01
X682	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 2 LG	vpt	LG02
V425	VPT 2VG (incl.DB)	vpt	LG02
V625	VPT 2LG (incl.DB)	vpt	LG02

WLZ-prestatie	Prestatiebeschrijving	Leveringsvorm	Zorgprofiel
V424	VPT 2VG (excl.DB)	vpt	LG02
V624	VPT 2LG (excl.DB)	vpt	LG02
V433	VPT 3VG (incl.BH incl.DB)	vpt	LG03
V633	VPT 3LG (incl.BH incl.DB)	vpt	LG03
V432	VPT 3VG (incl.BH excl.DB)	vpt	LG03
V632	VPT 3LG (incl.BH excl.DB)	vpt	LG03
X683	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 3 LG	vpt	LG03
V431	VPT 3VG (excl.BH incl.DB)	vpt	LG03
V631	VPT 3LG (excl.BH incl.DB)	vpt	LG03
V430	VPT 3VG (excl.BH excl.DB)	vpt	LG03
V630	VPT 3LG (excl.BH excl.DB)	vpt	LG03
V443	VPT 4VG (incl.BH incl.DB)	vpt	LG04
V643	VPT 4LG (incl.BH incl.DB)	vpt	LG04
V442	VPT 4VG (incl.BH excl.DB)	vpt	LG04
V642	VPT 4LG (incl.BH excl.DB)	vpt	LG04
X684	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 4 LG	vpt	LG04
V441	VPT 4VG (excl.BH incl.DB)	vpt	LG04
V641	VPT 4LG (excl.BH incl.DB)	vpt	LG04
V440	VPT 4VG (excl.BH excl.DB)	vpt	LG04
V640	VPT 4LG (excl.BH excl.DB)	vpt	LG04
V457	VPT 5VG (incl.BH incl.DB)	vpt	LG05
V653	VPT 5LG (incl.BH incl.DB)	vpt	LG05
V456	VPT 5VG (incl.BH excl.DB)	vpt	LG05
V652	VPT 5LG (incl.BH excl.DB)	vpt	LG05
X685	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 5 LG	vpt	LG05
V455	VPT 5VG (excl.BH incl.DB)	vpt	LG05
V651	VPT 5LG (excl.BH incl.DB)	vpt	LG05
V454	VPT 5VG (excl.BH excl.DB)	vpt	LG05
V650	VPT 5LG (excl.BH excl.DB)	vpt	LG05

WLZ-prestatie	Prestatiebeschrijving	Leveringsvorm	Zorgprofiel
V463	VPT 6VG (incl.BH incl.DB)	vpt	LG06
V663	VPT 6LG (incl.BH incl.DB)	vpt	LG06
V462	VPT 6VG (incl.BH excl.DB)	vpt	LG06
V662	VPT 6LG (incl.BH excl.DB)	vpt	LG06
X686	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 6 LG	vpt	LG06
V461	VPT 6VG (excl.BH incl.DB)	vpt	LG06
V661	VPT 6LG (excl.BH incl.DB)	vpt	LG06
V460	VPT 6VG (excl.BH excl.DB)	vpt	LG06
V660	VPT 6LG (excl.BH excl.DB)	vpt	LG06
V473	VPT 7VG (incl.BH incl.DB)	vpt	LG07
V673	VPT 7LG (incl.BH incl.DB)	vpt	LG07
V472	VPT 7VG (incl.BH excl.DB)	vpt	LG07
V672	VPT 7LG (incl.BH excl.DB)	vpt	LG07
X687	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 7 LG	vpt	LG07
V471	VPT 7VG (excl.BH incl.DB)	vpt	LG07
V671	VPT 7LG (excl.BH incl.DB)	vpt	LG07
V470	VPT 7VG (excl.BH excl.DB)	vpt	LG07
V670	VPT 7LG (excl.BH excl.DB)	vpt	LG07
V483	VPT 8VG (incl.BH incl.DB)	vpt	LG08
V482	VPT 8VG (incl.BH excl.DB)	vpt	LG08
V481	VPT 8VG (excl.BH incl.DB)	vpt	LG08
V480	VPT 8VG (excl.BH excl.DB)	vpt	LG08
V513	VPT 1LVG (incl.BH incl.DB)	vpt	LVG01
V523	VPT 2LVG (incl.BH incl.DB)	vpt	LVG02
V533	VPT 3LVG (incl.BH incl.DB)	vpt	LVG03
V543	VPT 4LVG (incl.BH incl.DB)	vpt	LVG04
V553	VPT 5LVG (incl.BH incl.DB)	vpt	LVG05
V573	VPT 1SGLVG (incl.BH incl.DB)	vpt	SGLVG01
X481	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 1 VG	vpt	VG01

WLZ-prestatie	Prestatiebeschrijving	Leveringsvorm	Zorgprofiel
X482	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 2 VG	vpt	VG02
X483	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 3 VG	vpt	VG03
X484	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 4 VG	vpt	VG04
X485	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 5 VG	vpt	VG05
X486	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 6 VG	vpt	VG06
X487	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 7 VG	vpt	VG07
X488	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 8 VG	vpt	VG08
V910	VPT Toeslag Cerebro Vasculair Accident (CVA)	vpt	VV09b
V713	VPT 1ZG-auditief (incl.BH incl.DB)	vpt	ZGAUD01
V712	VPT 1ZG-auditief (incl.BH excl.DB)	vpt	ZGAUD01
X781	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 1 ZG-aud	vpt	ZGAUD01
V711	VPT 1ZG-auditief (excl.BH incl.DB)	vpt	ZGAUD01
V710	VPT 1ZG-auditief (excl.BH excl.DB)	vpt	ZGAUD01
V723	VPT 2ZG-auditief (incl.BH incl.DB)	vpt	ZGAUD02
V722	VPT 2ZG-auditief (incl.BH excl.DB)	vpt	ZGAUD02
X782	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 2 ZG-aud	vpt	ZGAUD02
V721	VPT 2ZG-auditief (excl.BH incl.DB)	vpt	ZGAUD02
V720	VPT 2ZG-auditief (excl.BH excl.DB)	vpt	ZGAUD02
V733	VPT 3ZG-auditief (incl.BH incl.DB)	vpt	ZGAUD03
V732	VPT 3ZG-auditief (incl.BH excl.DB)	vpt	ZGAUD03
X783	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 3 ZG-aud	vpt	ZGAUD03
V731	VPT 3ZG-auditief (excl.BH incl.DB)	vpt	ZGAUD03
V730	VPT 3ZG-auditief (excl.BH excl.DB)	vpt	ZGAUD03
V743	VPT 4ZG-auditief (incl.BH incl.DB)	vpt	ZGAUD04
V742	VPT 4ZG-auditief (incl.BH excl.DB)	vpt	ZGAUD04
X784	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 4 ZG-aud	vpt	ZGAUD04
V741	VPT 4ZG-auditief (excl.BH incl.DB)	vpt	ZGAUD04
V740	VPT 4ZG-auditief (excl.BH excl.DB)	vpt	ZGAUD04



WLZ-prestatie	Prestatiebeschrijving	Leveringsvorm	Zorgprofiel
V815	VPT 1ZG-visueel (incl.DB)	vpt	ZGVIS01
V814	VPT 1ZG-visueel (excl.DB)	vpt	ZGVIS01
V824	VPT 2ZG-visueel (excl.DB)	vpt	ZGVIS01
X881	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 1 ZG-vis	vpt	ZGVIS01
V825	VPT 2ZG-visueel (incl.DB)	vpt	ZGVIS02
X882	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 2 ZG-vis	vpt	ZGVIS02
V833	VPT 3ZG-visueel (incl.BH incl.DB)	vpt	ZGVIS03
V832	VPT 3ZG-visueel (incl.BH excl.DB)	vpt	ZGVIS03
X883	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 3 ZG-vis	vpt	ZGVIS03
V831	VPT 3ZG-visueel (excl.BH incl.DB)	vpt	ZGVIS03
V830	VPT 3ZG-visueel (excl.BH excl.DB)	vpt	ZGVIS03
V843	VPT 4ZG-visueel (incl.BH incl.DB)	vpt	ZGVIS04
V842	VPT 4ZG-visueel (incl.BH excl.DB)	vpt	ZGVIS04
X884	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 4 ZG-vis	vpt	ZGVIS04
V841	VPT 4ZG-visueel (excl.BH incl.DB)	vpt	ZGVIS04
V840	VPT 4ZG-visueel (excl.BH excl.DB)	vpt	ZGVIS04
V853	VPT 5ZG-visueel (incl.BH incl.DB)	vpt	ZGVIS05
V852	VPT 5ZG-visueel (incl.BH excl.DB)	vpt	ZGVIS05
X885	VPT Kapitaallasten NHC/NIC dagbesteding 5 ZG-vis	vpt	ZGVIS05
V851	VPT 5ZG-visueel (excl.BH incl.DB)	vpt	ZGVIS05
V850	VPT 5ZG-visueel (excl.BH excl.DB)	vpt	ZGVIS05
Z996	Verblijfscomponent kortdurend verblijf V&V	vpt	ZZP 0

WLZ-prestatie	Prestatiebeschrijving	Leveringsvorm	Zorgprofiel
H301	Begeleiding ZG visueel	mpt	alle
H302	Begeleiding speciaal 2 (visueel)	mpt	alle
H303	Begeleiding ZG auditief	mpt	alle
H304	Begeleiding speciaal 2 (auditief)	mpt	alle
H325	Behandeling Ivg	mpt	alle
H326	Behandeling sglvg traject	mpt	alle
H327	Behandeling basis sglvg deeltijd	mpt	alle
H331	Behandeling Families First Ivg	mpt	alle
H334	Behandeling IOG Ivg	mpt	alle
H332	Behandeling ZG visueel	mpt	alle
H333	Behandeling ZG auditief	mpt	alle
S325	Behandeling Ivg	mpt	alle
S334	Behandeling IOG Ivg	mpt	alle
S326	Behandeling sglvg traject	mpt	alle
S327	Behandeling sglvg deeltijd	mpt	alle
S819	Dagbehandeling VG emg	mpt	alle
S837	Dagbehandeling LG licht	mpt	alle
S838	Dagbehandeling LG midden	mpt	alle
S839	Dagbehandeling LG zwaar	mpt	alle
S894	Vervoer dagbehandeling GHZ	mpt	alle
S895	Vervoer dagbehandeling GHZ rolstoel en extramuraal	mpt	alle
H337	Reiskosten prestaties Behandeling (H332 en H333)	mpt	alle
H811	Dagbesteding VG licht	mpt	alle
H812	Dagbesteding VG midden	mpt	alle
H813	Dagbesteding VG zwaar	mpt	alle
H814	Dagbesteding VG kind licht	mpt	alle
H815	Dagbesteding VG kind midden	mpt	alle
H816	Dagbesteding VG kind zwaar	mpt	alle
H817	Dagbehandeling VG kind emg	mpt	alle
H818	Dagactiviteit (begeleiding) VG kind gedrag	mpt	alle
H819	Dagbehandeling VG EMG volwassenen	mpt	alle
H820	Dagbehandeling VG kind midden	mpt	alle

WLZ-prestatie	Prestatiebeschrijving	Leveringsvorm	Zorgprofiel
H821	Dagbehandeling VG kind zwaar	mpt	alle
H822	Dagbehandeling VG kind gedrag	mpt	alle
H831	Dagbesteding LG licht	mpt	alle
H832	Dagbesteding LG midden	mpt	alle
H833	Dagbesteding LG zwaar	mpt	alle
H834	Dagbesteding LG kind licht	mpt	alle
H835	Dagbesteding LG kind midden	mpt	alle
H836	Dagbesteding LG kind zwaar	mpt	alle
H837	Dagbehandeling LG licht	mpt	alle
H838	Dagbehandeling LG midden	mpt	alle
H839	Dagbehandeling LG zwaar	mpt	alle
H851	Dagbesteding ZG auditief licht	mpt	alle
H852	Dagbesteding ZG auditief midden	mpt	alle
H853	Dagbesteding ZG auditief zwaar	mpt	alle
H854	Dagbesteding ZG kind auditief licht	mpt	alle
H855	Dagbesteding ZG kind auditief midden	mpt	alle
H856	Dagbesteding ZG kind auditief zwaar	mpt	alle
H871	Dagbesteding ZG visueel licht	mpt	alle
H872	Dagbesteding ZG visueel midden	mpt	alle
H873	Dagbesteding ZG visueel zwaar	mpt	alle
H874	Dagbesteding ZG kind visueel licht	mpt	alle
H875	Dagbesteding ZG kind visueel midden	mpt	alle
H876	Dagbesteding ZG kind visueel zwaar	mpt	alle
H891	Dagbehandeling LVG	mpt	alle
H908	Kapitaallasten dagbesteding VG	mpt	alle
H918	Kapitaallasten dagbesteding LG	mpt	alle
H928	Kapitaallasten dagbesteding ZG	mpt	alle
H974	Vervoer dagbesteding GHZ intramuraal	mpt	alle
H975	Vervoer dagbesteding GHZ rolstoel intramuraal	mpt	alle
H894	Vervoer dagbesteding/dagbehandeling GHZ extramuraal	mpt	alle
H895	Vervoer dagbesteding/dagbehandeling GHZ rolstoel extramuraal	mpt	alle
H896	Vervoer dagbesteding/dagbehandeling kind extramuraal	mpt	alle

WLZ-prestatie	Prestatiebeschrijving	Leveringsvorm	Zorgprofiel
H940	Toeslag kind dagbesteding VG licht	mpt	alle
H941	Toeslag kind dagbesteding VG midden	mpt	alle
H942	Toeslag kind dagbesteding VG5/VG8 midden emg	mpt	alle
H943	Toeslag kind dagbesteding VG zwaar	mpt	alle
H950	Toeslag kind dagbesteding LG licht	mpt	alle
H951	Toeslag kind dagbesteding LG midden	mpt	alle
H952	Toeslag kind dagbesteding LG zwaar	mpt	alle
H960	Toeslag kind dagbesteding ZG auditief licht	mpt	alle
H961	Toeslag kind dagbesteding ZG auditief midden	mpt	alle
H962	Toeslag kind dagbesteding ZG auditief zwaar	mpt	alle
H970	Toeslag kind dagbesteding ZG visueel licht	mpt	alle
H971	Toeslag kind dagbesteding ZG visueel midden	mpt	alle
H972	Toeslag kind dagbesteding ZG visueel zwaar	mpt	alle
H909	Inventaris dagbesteding VG	mpt	alle
H919	Inventaris dagbesteding LG	mpt	alle
H929	Inventaris dagbesteding ZG	mpt	alle
H915	Dagbesteding lg-zwaar lg-1 en lg-3	mpt	LG03
H913	Dagbesteding lg-midden lg2 en lg4	mpt	LG04
H914	Dagbesteding lg-midden lg6	mpt	LG06
H903	Dagbesteding vg-midden vg5	mpt	VG05
H904	Dagbesteding vg-midden vg6	mpt	VG06
H905	Dagbesteding vg-midden vg8	mpt	VG08