



*eindrapport verkenning*  
**zorgzwaartepakketten**  
**ggz in de praktijk**



LPPGz

**Colofon**

Dit eindrapport maakt deel uit van de landelijke Cliëntenmonitor Langdurige Zorg, uitgevoerd door de CG-Raad, CSO, LPPGz LOC, NPCF, Per Saldo en Platform VG. Daarnaast doen mee: Mezzo, Landelijke Vereniging voor Mantelzorgers en Vrijwilligerszorg, en Zorgbelang Nederland met regionale zorgbelangorganisaties. De Cliëntenmonitor Langdurige Zorg is mogelijk gemaakt dankzij programmasubsidie van het Ministerie van VWS.

**Auteurs**

Lotte Kiits, onderzoeker Landelijk Platform GGz  
Nic Vos de Wael, senior beleidsmedewerker Landelijk Platform GGz

**Publicatie**

Afdeling communicatie, LPPGz

**Contactgegevens**

Cliëntenmonitor AWBZ, Postbus 1539, 3500 BM Utrecht. Tel. 030- 2970303  
Landelijk Platform GGz, Postbus 13223, 3507 LE Utrecht. Tel. 030-2363765 [www.platformggz.nl](http://www.platformggz.nl)

## Inhoudsopgave

1	Het project 'ZZP's in de praktijk'.....	2
1.1	Doel onderzoek .....	2
1.2	Het systeem zorgzwaartebekostiging .....	2
1.3	Aanpak van het onderzoek.....	3
1.4	Opbouw rapport .....	6
2	Aanpak; hoe hebben organisaties de ZZP's ingevoerd? .....	7
2.1	Kijk op zorgzwaartebekostiging .....	7
2.2	Voordelen .....	7
2.3	Knelpunten .....	9
2.4	Gevolgen voor het geld .....	11
2.5	Gevolgen voor personele inzet .....	12
2.6	Gevolgen voor cliënten .....	14
2.7	Samenvatting .....	15
3	Van ZZP naar individuele zorg .....	17
3.1	Kiezen voor een aanbieder .....	17
3.2	Het intake traject .....	18
3.3	Wensen en behoeften.....	21
3.4	Informatieverstrekking en kennis van ZZP's .....	22
3.5	Afspraken maken.....	23
3.6	Het zorgplan .....	25
3.7	Samenvatting .....	26
4	Zorg voor de individuele cliënt.....	27
4.1	Zorgaanbod .....	27
4.2	Vernieuwingen .....	29
4.3	Samenvatting .....	31
5	Discussie .....	32
5.1	Herstel .....	32
5.2	Leiden ZZP's tot meer regie?.....	33
5.3	Samenvatting .....	34
6	Conclusie en aanbevelingen .....	35
6.1	Conclusie.....	35
6.2	Ontwikkelingen & Aanbevelingen .....	37

## Voorwoord

Voor u ligt het eindrapport van de verkenning 'ZZP's in de praktijk' gericht op de ggz-sector. Wij hebben geïnventariseerd hoe ggz-organisaties invulling geven aan de zorgzwaartepakketten (ZZP's). Centraal hierbij stonden de ervaringen van cliënten.

Dit rapport is tot stand gekomen dankzij de ggz-organisaties die bereid waren deel te nemen aan onze verkenning. Zij hebben ons de gelegenheid gegeven 'een kijkje in de keuken te nemen'. In het bijzonder willen we alle cliënten bedanken voor hun openhartige verhalen. Jullie openheid heeft ons veel interessante informatie gegeven. Wij danken hierbij bovendien alle medewerkers die de tijd hebben genomen om met ons in gesprek te gaan. De gastvrijheid van de organisaties was hartverwarmend.

Tot slot willen we het projectteam bedanken voor de goede samenwerking. Het was boeiend en leerzaam om de bevindingen per sector met elkaar te delen.

*Lotte Kits  
Nic Vos de Wael  
februari 2011*

# 1 Het project 'ZZP's in de praktijk'

## 1.1 Doel onderzoek

Dit rapport gaat over de bevindingen rond zorgzwaartepakketten (ZZP's) bij organisaties werkend in langdurige ggz. Met deze verkenning willen wij in beeld brengen wat cliënten merken van de invoering van de ZZP's en hoe organisaties ermee werken. In dit rapport komen de drie onderstaande vragen aan bod:

- hoe pakken zorginstellingen de invoering van zorgzwaartepakketten aan?
- zijn er vernieuwende werkwijzen ontstaan n.a.v. de invoering van de ZZP's?
- Wat merken cliënten van de ZZP's; (1) wat zijn hun ervaringen over de invulling van de pakketten en (2) de manier waarop dit tot stand komt?

Per onderwerp schetsen wij het algemene beeld. Daarnaast beschrijven we vernieuwingen die ontstaan en goede voorbeelden die wij tegenkwamen.

### Cliëntenmonitor

De laatste jaren is er veel veranderd in de AWBZ. Veranderingen die direct en indirect gevolgen hebben voor cliënten. Daarom hebben de gezamenlijke cliëntenorganisaties een project ingediend bij het ministerie van VWS, om de veranderingen in de langdurige zorg te monitoren. Begin 2009 is deze monitor gestart; sindsdien verschijnen rapportages, o.a. aan het ministerie van VWS. Eén van de aandachtsgebieden in de monitor is de invoering van de zorgzwaartepakketten (ZZP's).

Aan de verkenning hebben 21 zorgorganisaties met in totaal 46 locaties/afdelingen meegewerkt. We hebben gesproken met 21 ZZP managers en 35 locatiemanagers. We hebben informatie over 351 individuele cliënten verzameld, waarvan 104 middels directe gesprekken met cliënt of cliëntvertegenwoordiger.

De eerste bevindingen zijn eerder beschreven in een tussenrapport dat in de zomer van 2010 is verschenen. Deze eindrapportage geeft het totaal aan bevindingen weer. De verkenning is ook uitgevoerd in de verpleging & verzorging en in de gehandicaptenzorg (specifiek verstandelijk gehandicaptenzorg). Er zijn ook afzonderlijke rapportages over de bevindingen in deze zorgsectoren. Tevens verschijnt er een samenvattend boekje over de drie sectoren gezamenlijk. Deze documenten kunt u terug vinden op [www.zorgzwaarte-pakket.nl](http://www.zorgzwaarte-pakket.nl) en [www.monitorawbz.nl](http://www.monitorawbz.nl).

## 1.2 Het systeem zorgzwaartebekostiging

Mensen die gebruik maken van de AWBZ en 'zorg met verblijf' nodig hebben krijgen te maken met een zorgzwaartepakket. Via een onafhankelijke indicatiestelling worden mensen ingedeeld in een pakket dat past bij de ondersteuning die zij nodig hebben. Zorginstellingen worden betaald op basis van de ZZP's van cliënten waar zij zorg aan leveren. Na een aantal jaren van voorbereiding krijgen organisaties hun budget op basis van de zorgzwaartepakketten (ZZP). De invoering kan grote gevolgen hebben voor een organisatie, daarom verloopt het proces geleidelijk. De zorgzwaartebekostiging is niet alleen een financiële verandering. De doelstellingen van het systeem zijn dat het geld eerlijker wordt verdeeld en dat de cliënt centraal staat. Vooral die laatste doelstelling krijgt in dit rapport extra aandacht.

### Eerlijke verdeling

Zorgzwaartebekostiging is sinds 1 januari 2009 van kracht. Vóór 2009 ontvingen zorginstellingen een gemiddeld bedrag per cliënt en het aantal beschikbare bedden. Het maakte daarbij niet uit of een cliënt veel of weinig zorg nodig had. En of een bed bezet was. Zorgzwaartebekostiging realiseert een eerlijker verdeling van het geld. De hoeveelheid zorg die cliënten nodig hebben bepaalt nu het budget dat instellingen krijgen. Zorginstellingen krijgen minder geld voor cliënten die weinig zorg nodig hebben. En meer geld voor cliënten die intensieve zorg nodig hebben.

### Cliënt centraal

De gedachte achter zorgzwaartebekostiging is dat het zorgaanbod moet passen bij de zorgvraag van de cliënt. Een belangrijk aspect van zorgzwaartebekostiging is de persoonsvolgende bekostiging. Dat betekent: als iemand meer of zwaardere zorg nodig heeft, dan is voor hem of haar ook meer geld beschikbaar. De cliënt heeft de regie en kiest van wie hij welke zorg wil krijgen. Gelijktijdig met de invoering van de zorgzwaartebekostiging is het zorgplan wettelijk verplicht gesteld. In het zorgplan maken cliënt en zorgorganisatie afspraken over de invulling van de zorg.

Bron: [www.zorgzwaartebekostiging.nl](http://www.zorgzwaartebekostiging.nl)

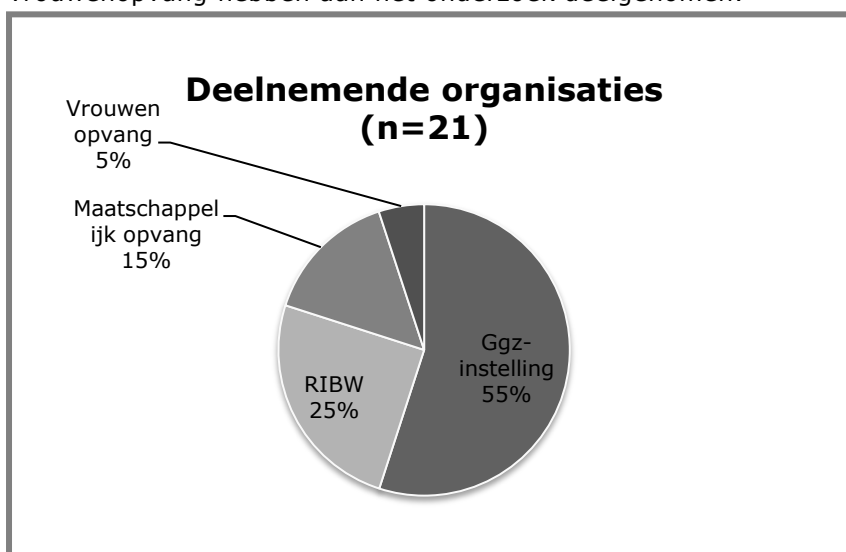
## 1.3 Aanpak van het onderzoek

### 1.3.1 Informatieverzameling

Er zijn op twee niveaus gegevens verzameld: op organisatieniveau en op cliëntniveau.

- Op het eerste niveau hebben we interviews gehouden met de projectleider ZZP, een ZZP-werkgroep of de verantwoordelijke manager.
- Op het tweede niveau hebben we data verzameld over cliënten. Deze informatie hebben we verzameld door te praten met cliënten en hun verwanten. Bovendien hebben we cliëntervaringen in kaart gebracht door in gesprek te gaan met persoonlijk begeleiders over de cliënten (cliëntervaringen).

Zowel ggz-instellingen als ribw's als instellingen voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang hebben aan het onderzoek deelgenomen.



Grafiek 1: Type verblijfsinstelling

Zoals reeds beschreven hebben we van 21 zorgorganisaties diverse personen bevroegd. In tabel 3 geven dit schematisch weer.

Geïnterviewden	1 <sup>e</sup> fase	2 <sup>e</sup> fase	Totaal
<b>Clënten*</b>	50	51	101
<b>Naastbetrokkenen</b>	-	3	3
<b>(Persoonlijk) begeleiders</b>	49	44	93
<b>Ervaringen van cliënten via persoonlijk begeleiders</b>	135	112	247
<b>ZZP managers</b>	10	11	21
<b>Locatiemanagers</b>	11	24	35
<b>Intake medewerkers</b>	-	11	11
<b>Psychologen</b>	-	3	3
<b>Totaal</b>	<b>255</b>	<b>254</b>	<b>511</b>

Tabel 1: Aantal Respondenten

\* In fase 2 hebben wij met nieuwe zorgvragers gesproken. Dit waren cliënten die vanaf 1 januari 2009 in zorg zijn gekomen, of in die periode zijn verhuisd, bijvoorbeeld van een behandelkliniek naar een beschermde woonvorm. Bovendien hebben we cliënten gesproken die onlangs de één jaar behandelijd hebben overschreden en van een DBC naar een ZZP indicatie zijn gegaan.

### 1.3.2 Spreiding van cliënten over de ZZP's

Zoals aangegeven in tabel 1 hebben we met 101 cliënten gesproken en over 247 cliënten informatie verzameld via persoonlijk begeleiders. Tabel 1 en 2 geeft een overzicht van dit aantal cliënten, geordend naar zorgzwaartepakket van de cliënten. Hierbij valt op dat op dat over alle groepen informatie verzameld is.

Hoogte ZZP B pakketten	Gegevens over cliënten via persoonlijk begeleiders	Aantal cliënteninterviews	Totaal
<b>ZZP GGZ 1B</b>	2	2	<b>4</b>
<b>ZZP GGZ 2B</b>	17	2	<b>19</b>
<b>ZZP GGZ 3B</b>	28	8	<b>36</b>
<b>ZZP GGZ 4B</b>	29	10	<b>39</b>
<b>ZZP GGZ 5B</b>	27	13	<b>40</b>
<b>ZZP GGZ 6B</b>	19	2	<b>21</b>
<b>ZZP GGZ 7B</b>	11	4	<b>15</b>
<b>Totaal</b>	<b>133</b>	<b>41</b>	<b>174</b>

Tabel 2: Respondenten verdeeld naar ZZP met behandeling

Hoogte ZZP C pakketten	Gegevens over cliënten via persoonlijk begeleiders	Aantal cliënteninterviews	Totaal
<b>ZZP GGZ 1C</b>	12	8	<b>20</b>
<b>ZZP GGZ 2C</b>	21	11	<b>32</b>
<b>ZZP GGZ 3C</b>	40	20	<b>60</b>
<b>ZZP GGZ 4C</b>	15	6	<b>21</b>
<b>ZZP GGZ 5C</b>	16	8	<b>24</b>
<b>ZZP GGZ 6C</b>	7	7	<b>14</b>
<b>Totaal</b>	<b>111</b>	<b>60</b>	<b>171</b>

Tabel 3: Respondenten verdeeld naar ZZP zonder behandeling

### 1.3.3 Fase 1

In totaal hebben aan de eerste fase van het onderzoek tien organisaties meegewerkt. Allereerst hebben we interviews gehouden met de projectleider ZZP om in kaart te brengen wat de kijk op de ZZP's is en hoe de aanpak van de organisatie eruit ziet.

De data op cliëntniveau hebben we middels twee werkwijzen verzameld.

Bij *werkvorm 1* hebben persoonlijk begeleiders vragenlijsten ingevuld. Deze vragenlijsten gaan in op de inhoud van de zorg in relatie tot de wensen en keuzevrijheid van de cliënt. Voordat persoonlijk begeleiders de vragenlijsten invulden is een instructiebijeenkomst georganiseerd. Persoonlijk begeleiders hebben per organisatie in totaal over ongeveer vijftien á twintig cliënten vragenlijsten ingevuld. Op basis van de analyse van de vragenlijsten hebben we punten opgesteld die we vervolgens in een groepsbijeenkomst besproken hebben met de begeleiders. Na deze verdiepingsslag hebben we cliënten geïnterviewd. Van elke organisatie hebben we met ongeveer vijf cliënten gesproken.

Bij *werkvorm 2* zijn we twee dagen aanwezig geweest op de geselecteerde locaties. Tijdens deze bezoeken zijn de locatie- of teammanager, (persoonlijk) begeleiders en cliënten geïnterviewd. Ook bij deze werkvorm zijn we tijdens de gesprekken ingegaan op de inhoud van de zorg in relatie tot de wensen en keuzevrijheid van de cliënt.

Van de tien instellingen kozen vijf organisaties voor werkvorm 1, vier instellingen voor werkvorm 2 en één instelling voor een combinatie van beide werkvormen.

### 1.3.4 Fase 2

De tweede fase van het project is gestart na het verschijnen van het tussenrapport. In de eerste fase zijn voornamelijk cliënten betrokken die al lange tijd bij een zorgaanbieder woonden. Wij misten inzicht in wat de ZZP invoering betekent voor mensen die nieuw bij een zorgaanbieder komen wonen. Hoe verloopt het traject van ZZP tot invulling van de zorg? Hier is in de tweede fase van het project meer aandacht aan besteed.

In totaal hebben aan de tweede fase elf organisaties meegewerkt. In deze fase is gewerkt met één werkvorm. Die ziet er als volgt uit:

- In het interview met de *projectmanager ZZP* is ingegaan op de algemene aanpak van de organisatie betreffende de ZZP's.
- Met de *medewerker van het intakebureau* is besproken hoe het proces rondom de intake van nieuwe cliënten verloopt: waarom kiezen zij voor een organisatie, welke informatie krijgen zij en hoeveel keuzevrijheid is er?
- Met de *locatiehoofden* zijn we ingegaan op de vraag "hoe kom je van ZZP naar individuele zorg?".
- Ook in de gesprekken met de *persoonlijk begeleiders* zijn we verder ingegaan op bovenstaande vraag. Bovendien is verder gesproken over hoe wensen worden geïnventariseerd en hoe die wensen worden vertaald naar het zorgplan.
- Tot slot zijn we in de gesprekken met de *cliënten* ingegaan op hun ervaringen tijdens het intake gesprek, de keuze voor een zorgorganisatie en de wijze waarop met hen gekeken is naar hun wensen en doelen. Tevens hebben we gevraagd in hoeverre zij bekend zijn met hun zorgplan en ZZP.



#### *1.3.4 Terugkoppeling*

Per organisatie is een bijeenkomst georganiseerd waarin de bevindingen bij de eigen organisatie worden gepresenteerd en vergeleken met de bevindingen bij andere zorgaanbieders. In overleg met de organisatie worden aanwezigen uitgenodigd; managers, hulpverleners, cliënten, cliëntenraden. De bijeenkomsten hebben een leereffect als doel. Hoe staat de organisatie ervoor, wat kunnen zij leren van de aanpak van anderen? Daarnaast zijn de bevindingen besproken in drie gezamenlijke werkconferenties voor de drie sectoren (V&V, VG en GGz). Twee in de zomer van 2010 en één begin 2011. Deelnemers waren zorgaanbieders en cliëntenorganisaties uit de drie sectoren. Ook deze bijeenkomsten hebben input gegeven voor dit rapport.

#### **1.4 Opbouw rapport**

In hoofdstuk twee van dit rapport beschrijven we hoe organisaties tegen de ZZP's aan kijken. Dit doen we aan de hand van de voor- en nadelen van het nieuwe systeem. Tevens gaan we verder in op de aanpak. In hoofdstuk 3 beschrijven we hoe organisaties van een ZZP tot de individuele invulling van zorg komen. Hoofdstuk 4 gaat over de individuele invulling zorg. Wat zijn de ervaringen van de cliënten? In hoofdstuk 5 gaan we in op relevante discussies in de ggz-sector: de herstelvisie en regie voor de cliënt. In hoofdstuk 6 sluiten we af met enkele conclusies en aanbevelingen.

<p>De inhoud wordt ondersteund met citaten uit de interviews. In verband met de privacy wordt bij de citaten niet altijd een onderscheid gemaakt naar de functie van de geïnterviewde. Als er staat 'manager' kan het gaan om een zzp-manager, een intake manager of een locatiemanager. Bij 'begeleider' gaat het om een persoonlijk begeleider, woonbegeleider of huishoudelijk begeleider.</p>
---

## 2 Aanpak; hoe hebben organisaties de ZZP's ingevoerd?

Alvorens de gevolgen voor de cliënt te beschrijven gaan we eerst in op de aanpak van de organisaties bij zorgzwaartebekostiging. Dit om de gevolgen voor de cliënt in de juiste context te kunnen plaatsen. Dit hoofdstuk is gebaseerd op de interviews met de managers en deels de locatiehoofden. Het geeft dus hun perspectief weer.

De ZZP's worden op diverse manieren geïmplementeerd in de organisaties. Dit hangt sterk af van de manier waarop tegen het nieuwe systeem wordt aangekeken. We gaan daarom eerst in op visie van organisaties op de ZZP's. Vervolgens bespreken we de voordelen en knelpunten van de ZZP's. In paragraaf vier gaan we in op de financiële veranderingen. De gevolgen voor het personeel en de gevolgen voor de cliënten worden besproken in paragraaf vijf en zes.

### 2.1 Kijk op zorgzwaartebekostiging

De visie van organisaties op de ZZP's bepaalt vaak de aanpak die organisaties hanteren. Hoe kijken organisaties tegen de ZZP's aan? Is het louter een nieuwe wijze van financieren of betekent het ook een inhoudelijke verandering?

Organisaties verschillen van elkaar in de visie die zij hebben op de ZZP's. Grofweg zien organisaties in eerste instantie de ZZP's als een nieuwe wijze van bekostigen. Als dit eenmaal op orde is proberen zij de ZZP's zo te implementeren dat zij ook op een nieuwe wijze de dialoog aangaan met de cliënt. Dan ontstaat ruimte voor de inhoudelijke doelstelling van de zorgzwaartebekostiging: de cliënt centraal. Veel organisaties moeten dit echter nog wel vormgeven.

*"Omdat het nog zo in de kinderschoenen staat, zien we het nu meer als een andere manier van bekostigen. Maar ons doel is om het meer aan te gaan passen op de cliënten."* Manager

*"Op dit moment is het voor mij een betere manier van bekostigen. Het slimmer inzetten van mijn personeel. De vertaalslag moet nog komen. Daar zoeken we handvatten voor."* Manager

Organisaties die de ZZP's zien als een nieuwe manier om het gesprek aan te gaan over de zorg zijn positiever over de ZZP's dan organisaties die het alleen zien als een andere wijze van bekostigen.

### 2.2 Voordelen

#### 2.2.1 Bewuste bedrijfsvoering

Organisaties vinden dat de zorg door de invoering van de ZZP's transparanter is geworden, zowel voor cliënten als voor medewerkers. Door de ZZP's weet een organisatie hoeveel zorg je per cliënt moet bieden. Deze transparantie leidt volgens organisaties tot scherpere bedrijfsvoering. Organisaties staan stil bij een aantal belangrijke vragen. Wat bieden we precies aan? Wie zijn onze cliënten? Wat is het verschil met wat we nu aanbieden en wat we horen aan te bieden? Het is goed om stil te staan bij deze vragen, zo stelt men.

*"Door de zorgzwaartebekostiging is er een moment van bezinning gekomen. Wat doen we en hoe organiseren we dat. Wat moeten we doen en hoe komen we daar? Dat vind ik een positief verhaal."* Manager

### 2.2.2 Transparantie

Deelnemende organisaties vinden dat de zorg door de invoering van de ZZP's transparanter is geworden, zowel voor cliënten als voor medewerkers. Deze transparantie zorgt ervoor dat zij gerichter hun bedrijfsvoering kunnen uitoefenen. In deze zin zien zij de ZZP's als managementtool om te sturen op het plaatsingbeleid, de personele bezetting en begroting.

*"De ZZP's zijn voor mij heel handig. Ik kan tegen de locatiehoofden zeggen wat er binnenkomt aan geld en hoeveel personeel hij heeft. Ik heb zelfs mooie overzichten waarop alles overzichtelijk is terug te zien."* Manager

Daarnaast geven organisaties aan dat het voor cliënten ook duidelijker is geworden waar zij recht op hebben. Zij hebben met het ZZP een middel in handen om de zorg te vragen die zij willen. Deze duidelijkheid zorgt ervoor dat de positie van de cliënt versterkt.

*"De relatie met de cliënt verandert. De cliënt koopt zorg in bij ons, dus hij bepaalt."* Manager

Tegelijkertijd vraagt men zich af of cliënten dit ook echt zo ervaren. Daarbij speelt enerzijds mee dat cliënten nog te weinig op de hoogte zijn van hun rechten. Anderzijds speelt mee dat sommige cliënten weinig belangstelling hebben voor hun indicatie en rechten. Bij hen spelen vaak andere zaken, zoals een dak boven hun hoofd of geldproblemen. Bovendien speelt mee dat cliënten niet altijd behoefte hebben aan begeleiding (denk hierbij aan cliënten met weinig tot geen ziekte-inzicht of cliënten die gedwongen zijn opgenomen). Recht hebben op zorg en zelf invulling geven aan die zorg, zijn dan van minder groot belang.

*"Het is natuurlijk de vraag in hoeverre de cliënt zich ook eigenaar voelt van een indicatie. Wij leveren de zorg. Je wilt dat doen in een vorm van gelijkwaardigheid. Hoe geef je daar invulling aan met iemand die per definitie afhankelijk is van ondersteuning? Dat blijft altijd de uitdaging. Het is onlosmakelijk verbonden met de levering van de AWBZ zorg. Hoe geef je uitvoering aan die' zorg op maat gedachte' in een vorm van gelijkwaardigheid waarbij je weet dat de cliënt per definitie afhankelijk is van ons?"* Manager

### 2.2.3 Zakelijkheid

Organisaties hebben door de indicatie nu een meer vastomlijnde overeenkomst waarmee ze kunnen werken. Organisaties signaleren dat ze, als gevolg van de ZZP's, een grens kunnen stellen aan de zorg die geleverd wordt. Waar eerder cliënten altijd een beroep konden doen op de hulpverleners, kan nu duidelijk worden gecommuni-

ceerd hoeveel uur zorg in hun pakket zit. De zorg is hierdoor minder vrijblijvend, voor zowel de organisatie als cliënten. Dit was ook nodig, zo stelt men. Zorginstellingen verrichten immers geen liefdadigheidswerk, maar ze zijn professionele organisaties met beperkte financiële middelen. Voor de cliënten kan dit ook een positieve ontwikkeling zijn. Doordat begeleiders niet meer alles kunnen overnemen, worden cliënten meer op hun eigen capaciteiten aangesproken.

*"Ik denk dat in het verleden grenzen regelmatig werden overschreden. De zorg is nu zakelijker geworden. Er zijn nu kaders aanwezig waarbinnen afspraken kunnen worden gemaakt. Deze kaders zijn nadrukkelijker aanwezig dan 5 jaar geleden. Dat is ook nodig."* Manager

## **2.3 Knelpunten**

### **2.3.1 Indicatiestelling**

In de gesprekken met managers komt naar voren dat zij veel moeilijkheden ervaren bij de indicatiestelling. Dit heeft enerzijds te maken met het instrument, anderzijds met de expertise van de indicatiestellers.

Een veelgehoord kritiekpunt onder de deelnemende organisaties is dat de vragenlijst (B-formulier) die beantwoord moet worden om een indicatie te krijgen, niet altijd goed aansluit bij de situatie van de cliënt. Begeleiders investeren veel tijd in activiteiten die niet kunnen worden gescoord.

*"We begeleiden een autistische man. Meneer kan lichamelijk gezien zelfstandig opstaan. We doen er alleen gemiddeld genomen 3 uur over om hem te motiveren ook écht uit bed te stappen. Dat kunnen we nergens kwijt op de lijst en dat is heel frustrerend."* Psycholoog

Wat veelvuldig naar voren komt is dat er binnen de psychiatrie veel tijd wordt geïnvesteerd in zaken die niet direct zichtbaar zijn. Zoals het stimuleren en motiveren van de cliënten en het op tijd ingrijpen zodat decompensatie kan worden voorkomen. Het aanvraagformulier biedt niet de mogelijkheid om deze zaken te scoren. Organisaties geven aan dat zij daardoor vaak te lage indicaties krijgen. Als je kijkt naar het aantal uren dat in het ZZP zit en de daadwerkelijke geboden begeleiding, dan komt dat niet overeen, zo stelt een locatiehoofd.

*"Er is erkenning nodig van de onzichtbaarheid van psychiatrie."* Manager

*"Iedereen werkt hier proactief. Zo wordt er gewerkt in de psychiatrie. Je voorkomt zo veel gedrag. Dit kun je niet scoren op het aanvraagformulier. Het resultaat? Een cliënt die eigenlijk hand in hand begeleiding nodig heeft, krijgt een van de laagste pakketten. Dat klopt niet."* Psycholoog

Bovendien stelt men dat de indicatiestellers weinig kennis hebben van de ggz. Veel organisaties proberen op allerlei manieren indicatiestellers voor te lichten over hun cliëntengroep, zodat zij de indicatieaanvragen beter kunnen beoordelen. Een voorbeeld hiervan is het organiseren van klinische lessen of rondleidingen geven,

zodat zij de voorziening en de cliënten kunnen ontmoeten. Niettemin blijft het frustrerend voor organisaties om afhankelijk te zijn van indicatiestellers die geen of te weinig kennis hebben van de ggz cliëntengroep.

*"Het is nog steeds zo dat er indicatiestellers zijn die nog nooit binnen de psychiatrie zijn geweest. Die moet je gaan uitleggen wat psychiatrie überhaupt is. Ik vind het bezwaarlijk om een indicatiesteller telefonisch te moeten uitleggen wat een psychose is. En diegene moet beoordelen hoeveel uur zorg de cliënt nodig heeft."* Manager

Door de problematiek rondom de indicaties, zien we dat met name de ggz-instellingen zich genoodzaakt voelen om de indicaties centraal te managen (bijvoorbeeld een zorgbureau of bureau cliëntlogistiek). Speciale medewerkers worden opgeleid om de indicatieaanvragen te coördineren.

#### **Cliënten met autisme**

In de interviews met de organisaties is gevraagd of er bepaalde cliëntgroepen zijn waarbij de ZZP's slecht aansluiten. Bij meerdere organisaties worden de cliënten met een autistische stoornis genoemd. Zo wordt aangegeven dat cliënten met autisme vaak tegelijkertijd twee of meer stoornissen hebben (comorbiditeit). Autisme gaat bijvoorbeeld vaak gepaard met depressie of angststoornissen. Dit komt vervolgens in alle levensgebieden terug. Veel cliënten met een autistische stoornis hebben hand in hand begeleiding nodig. Terwijl het gedrag van deze cliënten zich moeilijk laat scoren op het aanvraagformulier. Hier komt men vaak op een ZZP 2 of 3 uit. Daarnaast ontstaan er problemen bij het 'workinghome' (woonwerkvoorzieningen voor autisten). Zij geven aan geen pakket met behandeling gehonoreerd te krijgen, omdat het geen officiële behandeling is. Ze geven wel degelijk behandeling (alhoewel die minder/niet alleen gericht is op het verhelpen van een psychiatrische stoornis maar meer op het 'mogelijk maken van het leven. Zij investeren veel tijd in het trainen van de cliënten zodat zij hun vaardigheden behouden. Daarnaast krijgen cliënten soms lagere pakketten omdat de instelling geen beveiliging (gesloten afdeling) biedt. De organisaties geven aan dat zij dwangmaatregelen juist willen voorkómen dankzij intensieve begeleiding

*Een medewerkster vertelt: *Separatie is zeer traumatisch voor autisten. We doen er juist alles aan om dit te voorkomen. Maar omdat wij niet een gesloten setting zijn, krijgen we een laag pakket. Er moet toch juist gekeken worden naar wat de cliënt nodig heeft aan begeleiding.*"*

#### **2.3.2 Betrekken van de cliënt bij de indicatieaanvraag**

Naast het feit dat organisaties problemen ondervinden bij het B-formulier, is het moeilijk om cliënten te betrekken bij de indicatieaanvraag. Dit kan diverse redenen hebben:

- Het is de wens van de cliënt om niet betrokken te zijn bij de aanvraag. Er zijn veel cliënten die de materie te moeilijk vinden. Zij willen graag (blijven) wonen bij de organisatie en verder niet 'lastig gevallen worden' met papieren en formulieren.

- De organisatie besluit de cliënt niet te betrekken bij de aanvraag, omdat er kans is dat de cliënt decompenseert. Het aanvraagformulier is voor veel cliënten zeer confronterend, bijvoorbeeld voor cliënten met weinig ziektebesef en ziekte-inzicht. Voor sommige cliënten heeft dit in het verleden zelfs voor zoveel onrust gezorgd dat organisaties hebben besloten om cliënten niet te belasten met het doen van een aanvraag.

*"Het bespreken van de indicatie met de cliënt wekt soms agressie en onrust. Zo slecht gaat het toch niet met me? Leg dat maar eens uit."* Begeleider

*"Als instrument is het leuk bedacht voor mensen die ziek zijn en een duidelijk ziektebesef hebben. Negen van de tien cliënten die hier wonen, hebben dat gewoon niet."* Manager

*"Als cliënten kunnen aangeven waar zij hulp bij nodig hebben, hoeven ze niet hier te wonen. Dan zijn ze over het algemeen zo hersteld, dat ze zelfstandig kunnen wonen."* Manager

- Een cliënt wil de aanvraag niet tekenen. Medewerkers van organisaties geven aan dat een aantal cliënten de aanvraag voor de indicatie niet wil tekenen. Sommige cliënten begrijpen de aanvraag niet, andere willen liever niet verblijven bij die instelling. Ook past het in het ziektebeeld van sommige cliënten dat zij achterdochtig zijn en überhaupt geen handtekening willen zetten.

### 2.3.3 Hoofd- en onderaannemerschap

Een van de veranderingen ten gevolge van de ZZP's is dat er gewerkt wordt met onderaannemerschap. Bij onderaannemerschap neemt een organisatie een deel van een afgegeven indicatie over van een andere zorgverlener. Men geeft aan dat het hoofd- en onderaannemerschap erg tijdrovend is en veel administratieve last met zich mee brengt. Bovendien is de hoofdaannemer eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de onderaannemer. Dit betekent dat organisaties een functionaris moeten aanstellen om kwaliteitscontroles bij onderaannemers uit te voeren. Deze tijd gaat ten koste van de directe tijd voor cliënten. En dat is erg jammer, zo stellen organisaties.

Een voorbeeld: Een cliënt volgt een dagbesteding bij een andere organisatie dan waar hij of zij verblijft. Het dagbestedingcentrum is dan de onderaannemer. De hoofdaannemer –de organisatie waar de cliënt verblijft- is verantwoordelijk voor de kwaliteit van het dagbestedingcentrum.

Het volgen van dagbesteding bij een andere organisatie dan waar men verblijft, is in de praktijk nog vrij moeilijk.

## 2.4 Gevolgen voor het geld

Tot en met 2008 ontvingen zorginstellingen een gemiddeld bedrag voor elke cliënt. De zorgzwaartepakketten vormen de basis voor de zorgzwaartebekostiging die in 2010 voor de ggz-sector is ingegaan. Sinds 1 januari 2010 krijgt een organisatie alleen geld voor de werkelijk geleverde zorgzwaartepakketten. Deze nieuwe manier van bekostiging betekent een financiële verandering voor organisaties.

### **Ggz-sector**

In de sector geestelijke gezondheidszorg is 52% van de zorgaanbieders een groeier. De overige aanbieders moeten budget afbouwen. Van de afbouwers, heeft 33% een herallocatie van maximaal 6%. Er zijn 17 aanbieders met een herallocatie van meer dan 13% afbouw. Dit betekent dat voor ongeveer 1/3 van de afbouwers, bekeken moet worden of er maatwerk nodig is. Het totale bedrag dat hiermee gepaard gaat (€1,8 miljoen) is relatief gering, namelijk 0,19% van het totaal aan middelen dat in de sector omgaat.

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

We constateren in de tweede fase van de verkenning dat steeds meer organisaties hun locaties op basis van de ZZP's bekostigen. Bij enkele organisaties uit de tweede fase is dit nog niet het geval. We zijn in de tussenrapportage ingegaan op de noodzaak van het schuiven in budget tussen de locaties.

Niet alle locaties van organisaties zijn kostendekkend. Organisaties staan daarom voor een dilemma. Bepaalde afdelingen of locaties zouden zakelijk gezien moeten worden afgestoten. Managers vinden het echter ongewenst om louter zakelijke beslissingen te nemen. Vaak gaat het in deze gevallen om de meest complexe doelgroepen binnen de ggz. Organisaties geven ook in de tweede fase van de verkenning aan dat bepaalde locaties niet kostendekkend zijn, omdat de hoogste ZZP's niet altijd toereikend zijn voor specifieke groepen binnen de ggz. We hebben in de tussenrapportage beschreven om welke cliëntgroepen het hier gaat. Dat zijn: cliënten die veel begeleiding nodig hebben (soms 1 op 1), waarbij sprake is van gedragsproblematiek en waarbij de veiligheid van cliënt en medewerker in het geding is. Intensieve zorg is nodig om dwangmaatregelen (separaties) te kunnen vermijden. Deze groep cliënten woont in een gesloten setting. Daarnaast is er een groep die veel zorg nodig heeft, waarbij gedragsproblematiek ook op de voorgrond staat, maar die in een open setting wonen. Juist omdat zij veel begeleiding krijgen kunnen zij in deze setting wonen.

Ggz-instellingen geven dan ook aan dat er behoefte is aan het toekennen van extreme zorgzwaarte (zoals binnen de VG sector van kracht is) zodat kwalitatieve zorg voor deze groepen gegarandeerd is. Momenteel bespreekt VWS de optie om extreme zorgzwaarte in de ggz-sector in te voeren.

## **2.5 Gevolgen voor personele inzet**

De invoering van de zorgzwaartebekostiging heeft implicaties voor het personeel. We zien dat organisaties –in vergelijking met de organisaties uit de eerste fase van de verkenning- steeds meer hun personele bezetting aanpassen aan de zorgzwaarte van de cliënten. Ook kijken steeds meer organisaties of de deskundigheid van de medewerkers in overeenstemming is met de zorgzwaarte van de cliënten. In deze paragraaf gaan we verder in op de veranderingen in het personeelsbeleid.

### **2.5.1 Flexibiliseren van het personeelsbestand**

Organisaties zijn verder gegaan met het flexibiliseren van hun personeelsbestand. Zij voelen zich genoodzaakt om een flexibel team te creëren, omdat de hoogte van de ZZP's fluctueren. De cliëntensamenstelling kan immers in een jaar aanzienlijk veranderen. Een organisatie moet adequaat kunnen reageren als cliënten met een hoog ZZP weggaan en cliënten met een laag ervoor ZZP in de plaats komen; of

andersom. Dit wordt gedaan door (meer) te werken met oproepkrachten en het aanbieden van tijdelijke contracten.

*"Ik heb mijn personeelsbestand redelijk geflexibiliseerd. Binnen mijn bruto netto berekening heb ik 1,8 FTE geflex opgenomen in de formatie. Ik moet het doen, omdat ik anders in mijn eigen vlees ga lopen snijden. De fluctuaties kunnen groot zijn. Ook al neem ik geen cliënten aan die een ZZP lager dan 4 hebben. Daarvoor bied ik te veel."* Manager

### 2.5.2 Functiedifferentiatie

Vanwege bewustere bedrijfsvoering (wie zijn we, wat leveren we en voor wie) kijken organisaties nog eens kritisch naar de inzet van hun medewerkers. Zij concluderen dat dit efficiënter kan. Door het differentiëren van taken wordt beoogd efficiënter te werken. Organisaties geven aan dat deze functiedifferentiatie door de ZZP's in een stroomversnelling is geraakt.

Veel organisaties komen tot het oordeel dat zij veel verpleegkundigen in dienst hebben, terwijl zij ook behoefte hebben aan activiteitenbegeleiders en/of ondersteunende begeleiders. Sommige organisaties kiezen ervoor om (een deel van) de verpleegkundige formatie te vervangen met woonbegeleiders. Woonbegeleiders krijgen bijvoorbeeld de taak om samen met de cliënt de kamer schoon te maken, te koken of de was te doen terwijl dit voorheen door verpleegkundigen werd gedaan. Verpleegkundigen zien hierin een positieve ontwikkeling. Zij hopen dat zij het minder druk krijgen en meer ruimte hebben voor de dingen waartoe zij zijn opgeleid.

Deze ontwikkeling heeft ook een keerzijde. Zo signaleert een verpleegkundige van een organisatie dat meer meldingen zijn gemaakt van incidenten sinds het aantal woonbegeleiders ten opzichte van het aantal verpleegkundigen is toegenomen. Zij ziet hierin een direct verband. Ze legt uit dat woonbegeleiders niet zijn opgeleid om cliënten met ernstig gestoord gedrag te observeren, te signaleren en hierover te rapporteren. Hierdoor kan niet op tijd met de juiste acties worden gereageerd.

De meeste cliënten geven aan het prettig te vinden meer samen dingen te ondernemen met de medewerkers. Voor naastbetrokkenen voelt het echter als een bezuiniging en zien functiedifferentiatie daarom als een negatieve ontwikkeling.

### 2.5.3 Meer zorg aanbieden

In de vorige alinea is ingegaan op organisaties die op zoek zijn naar een beter afgestemde personeelsmix. Aan het onderzoek hebben ook organisaties deelgenomen die niet alle zorg zelf bieden. Voor hen is het in de meeste gevallen financieel aantrekkelijk om de zorg zelf uit te voeren in plaats van het werken met onderaannemers (zie paragraaf 2.3.3). Organisaties die dit voorheen wel deden, kiezen er nu voor om de zorg in de toekomst zelf aan te bieden. Dit speelt vooral bij de maatschappelijke opvang. Zij boden in het verleden vaak alleen het 'verblijf' en de 'individuele begeleiding' aan. Deze organisaties zijn nu op zoek naar personeel die zorg uit de andere functies van het ZZP kunnen aanbieden. Denk hierbij aan groepsbegeleiding, of persoonlijke verzorging en verpleging.



*"Misschien moeten we wel spv'ers in dienst nemen die ook verpleegkundige vaardigheden hebben. Het gros van onze mentoren zijn maatschappelijke werkers".*  
Manager

## **2.6 Gevolgen voor cliënten**

Organisaties geven aan dat door de ZZP's inzichtelijker is geworden wat de zorgbehoefte van de cliënt is, voordat hij bij de organisatie komt wonen. Organisaties kunnen hier dus een scherpere bedrijfsvoering op toepassen. We zien veranderingen in het plaatsingsbeleid, de doorstroom en de groepssamenstelling.

### *2.6.1 Plaatsing bij binnenkomst*

Zoals beschreven in de tussenrapportage stellen organisaties dat de ZZP's 1 en 2 niet rendabel zijn. Zij geven aan hierdoor genoodzaakt te zijn cliënten met een ZZP 1 en 2 te weigeren. Cliënten worden dan verwezen naar een zelfstandige of beschermde vorm van wonen. Ook wordt gezocht naar creatieve manieren om cliënten met een laag pakket hulp aan te bieden. Deze beschrijven we in paragraaf 4.2.

*"We plaatsen nu mensen met een laag ZZP uit. Dat heeft ook een gunstig gevolg. We hebben 20 appartementen gebouwd voor deze groep cliënten. Ze huren het van ons. We willen graag nog een tweede appartementencomplex hebben, zo'n groot succes is het. Dat komt toch wel door de ZZP's, het inzicht. Sommige pakketten zijn zo laag en daar zitten zo weinig uren in. Moeten zij wel op een instellingsterrein wonen, vraag je je dan af. Nu wonen ze aan de overkant van de straat." Manager*

### *2.6.2 Doorstroom*

Organisaties ervaren dat anderen ook scherper letten op welke cliënten zij aannemen. Voor organisaties zijn bepaalde ZZP's namelijk meer rendabel dan andere ZZP's. Hierdoor kunnen niet alle cliënten doorstromen naar andere voorzieningen, ook als die voorzieningen waarschijnlijk beter bij de zorgbehoefte van de cliënt passen. Ook geldt dat voor bepaalde locaties specifieke ZZP's worden gevraagd waardoor cliënten intern niet kunnen verhuizen, omdat hun ZZP niet passend is.

*"We hebben een cliënt met wie het veel beter gaat. We hebben een ZZP aangevraagd voor hem en hij krijgt nu een ZZP C3. De RIBW met wie we samenwerken, wil deze cliënt niet accepteren omdat zijn ZZP te laag is. Nu woont hij nog steeds bij ons, terwijl hij veel beter kan." Manager*

Een tweede moeilijkheid ontstaat als cliënten moeten doorstromen naar een andere zorgsector. Organisaties geven aan dat eerst het ZZP moet worden omgezet naar de juiste sector, voordat een cliënt op de wachtlijst kan worden geplaatst. Het risico is echter dat het ZZP te laag uitvalt, waardoor die organisatie de cliënt uiteindelijk niet aanneemt. De organisatie waar de cliënt verblijft, zit vervolgens met een sectorvreemde ZZP. Dit brengt financiële risico's met zich mee.

*"Dan kom je dus in spagaat terecht. Vanuit de bedrijfsvoering gezien is het beter om het ZZP niet om te zetten. Maar meneer hoort toch echt in een VG-instelling thuis."*  
Manager

Ook in de gesprekken met de intakemanagers komt dit dilemma naar voren. Zij willen cliënten plaatsen die als eerste op de wachtlijst staan. Locatiemanagers vragen echter om cliënten met de juiste ZZP. Het gevolg hiervan is dat sommige cliënten langer op de wachtlijst staan dan anderen.

*"Officieel mogen locaties geen eisen stellen aan het ZZP van een cliënt. Maar ik merk toch dat het gebeurt. Ik vind dat cliënten die boven aan de lijst staan, als eerst geplaatst moeten worden. Maar uiteindelijk trek ik aan het kortste eind en moet ik toegeven aan de eisen van de locatiemanager."* Intake medewerker

### 2.6.3 Groepssamenstelling

Tot slot zien we dat de ZZP's gevolgen hebben voor de groepssamenstelling. Dit gebeurt op twee manieren. Ten eerste zien we dat organisaties kiezen voor het invoeren van een doelgroepenbeleid. Per locatie wordt bepaald met welke ZZP cliënten daar kunnen wonen. Het resultaat hiervan zijn –meer- homogene groepen op de locaties. Hierdoor lopen zij minder financiële risico's dan organisaties die heterogene groepen hanteren. Zij krijgen nu immers minder te maken met fluctuaties in de ZZP's. Bovendien geven organisaties aan dat zij de collectieve uren zo goed mogelijk kunnen afstemmen op de zorgwaarde van de cliënten.

Ten tweede geven managers aan dat kleinschalig wonen moeilijker te realiseren is. Dit heeft vooral te maken met het 24-uurs toezicht dat in de leveringsvoorwaarden van de ZZP's vermeld staat. Men geeft aan dat er minimaal een groep van 24 cliënten nodig is, wil dit financieel uitkomen. Daarnaast speelt mee dat tussen verschillende locaties minder makkelijk geschoven kan worden in budgetten. Schaalvergroting is hier het gevolg van. Enkele organisaties geven aan op zoek te gaan naar andere vorm van wonen, zodat alsnog de kleinschaligheid geboden kan worden. We bespreken dit in paragraaf 4.2.

*"Ik zie de grenzen van kleinschaligheid in het gedrang komen. Voorheen was 16 cliënten een hele gangbare maat. Daar gaan we nu absoluut niet meer voor. Het is nu minimaal 25 geworden".* Manager

## 2.7 Samenvatting

In de tussenrapportage schreven we dat organisaties binnen de ggz zich wat betreft ZZP's in de startfase bevonden. Nog niet alle organisaties konden antwoord geven op de vraag hoe zij invulling gingen geven aan de ZZP's. Bij andere organisaties zagen we dat er wel visie was op managementniveau, maar dat de plannen nog geïmplementeerd moesten worden op de werkvloer. In de tweede fase van de verkenning zien we –voorzichtig- hoe die plannen er in de praktijk uitzien.

Organisaties hanteren door de ZZP's een scherpere bedrijfsvoering. De locaties worden bekostigd aan de hand van de ZZP's. Het personeelsbestand moet hier dus mee overeenkomen. Dit betekent het flexibel inzetten van personeel om fluctuaties op te vangen en zorgen voor een juiste afstemming van de deskundigheid van het personeel en de zorgbehoefte van de cliënt (functiedifferentiatie). Andere belangrijke vragen zijn: Welke cliënten nemen we aan en op welke locatie / afdeling plaatsen we hen? Het ZZP moet immers in samenhang zijn met het aantal uren dat begeleiding aanwezig is op de locatie en de deskundigheid van het personeel. In de praktijk betekent dit doelgroepenbeleid meer homogene groepen en voorrang voor cliënten die beter passen bij het profiel van de locatie / afdeling.

Met name het zorgen voor de juiste indicatie is nog een groot knelpunt binnen de ggz. Cliënten motiveren en werken aan ontwikkeldoelen (rehabilitatie) zijn zorgactiviteiten die in het B-formulier niet goed tot hun recht komen. Specifieke medewerkers worden opgeleid om de indicatiestroom goed te managen (bijvoorbeeld centraal indicatie bureau).

### 3 Van ZZZ naar individuele zorg

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe organisaties van een ZZZ tot de individuele invulling van zorg komen. Het aanmeldingsproces begint bij de keuze voor een instelling. Vervolgens wordt in een kennismakingsgesprek gekeken naar de zorgvraag van de cliënt. De wensen van de cliënt zijn de basis van het zorgplan. Dit vormt de leidraad voor de dagelijkse zorg. In de volgende paragrafen gaan we verder op deze procedure in.

#### 3.1 Kiezen voor een aanbieder

Met een zorgzwaartepakket in handen kunnen cliënten kiezen bij *welke* organisatie zij hun zorg willen ontvangen en *hoe* zij deze zorg willen ontvangen. Organisaties moeten daarom duidelijk kunnen communiceren welke zorg zij te bieden hebben. Pas dan kunnen cliënten de juiste keuze maken.

Organisaties proberen steeds beter in kaart te brengen welke zorg zij bieden. Dit doen zij door het opstellen van afdeling- of locatieprofielen. Ook zien we dat productenboeken steeds meer voor externe doeleinden zoals voorlichting worden gebruikt. Bovendien wordt het intakegesprek gebruikt om het aanbod aan zorg te bespreken.

Tijdens de interviews met de medewerkers van de intakebureaus hebben we gevraagd in hoeverre cliënten verschillende organisaties met elkaar vergelijken. Medewerkers gaven aan dat in principe alle cliënten tijdens het kennismakingsgesprek al gekozen hadden voor hun organisatie.

De vraag rijst echter in hoeverre cliënten bewust kiezen voor een organisatie? En zo ja, waar zij hun keuze op baseren. Deze vragen legden wij voor aan medewerkers en cliënten. Hieruit blijkt dat er twee groepen cliënten te onderscheiden zijn. Een groep cliënten die inderdaad –bewust– kiest voor een instelling en een groep cliënten die dat niet doet.

##### Cliënten die niet kiezen

Een deel van de cliënten binnen de ggz kan niet altijd zelf een instelling uitkiezen. Dat is bijvoorbeeld als sprake is van een gedwongen opname. Andere cliënten zijn tijdens hun opname zo in de war dat zij deze keuze ook niet zelf kunnen maken. In deze gevallen kiest een verwijzer vaak de organisatie voor de cliënt.

Wanneer cliënten langer dan een jaar behandeling met verblijf nodig hebben wordt de financiering gewijzigd. Die gaat dan over van de zorgverzekeringswet naar de AWBZ. Vanaf dit moment krijgen cliënten een zorgzwaartepakket. Cliënten kunnen dan bepalen of zij in die instelling doorgaan met hun behandeling of de behandeling elders voortzetten. In de praktijk blijkt dit niet zo te werken. Cliënten zitten bijvoorbeeld nog midden in een behandeling; een wisseling van instelling is geen serieuze optie. Het is immers alleen de vorm van financiering die wijzigt na een jaar.

##### Cliënten die wel kiezen

In de interviews met de cliënten hebben we de vraag gesteld waarom zij voor de betreffende organisatie hebben gekozen. In fase twee hebben we in totaal 51 cliënten geïnterviewd. Hiervan konden 23 cliënten aangeven waarom zij voor de organisatie hadden gekozen. De onderstaande top 5 laat de meest genoemde redenen zien. Enkele cliënten hadden meerdere redenen.

1	Geen of korte wachttijd (16)
2	De regio (14)
3	Bekendheid met de organisatie (5)
4	Positieve ervaringen van andere cliënten (4)
5	Een eigen kamer (2)

Opvallend is dat de inhoud van zorg (zoals behandel aanbod of begeleiding) niet genoemd wordt als reden om voor een organisatie te kiezen.

### 3.2 Het intake traject

#### 3.2.1 Het intake gesprek

Zoals in de vorige paragraaf beschreven, worden cliënten op diverse manieren aangemeld bij een organisatie. Het vervolgtraject loopt daarom ook uiteen. Als een cliënt in crisis zit of gedwongen wordt opgenomen is de insteek van het intake traject beduidend anders. Vaak wachten organisaties totdat cliënten stabiel zijn geworden en beginnen dan met het schrijven van een behandelplan of begeleidingsplan.

In andere gevallen, zoals wanneer cliënten naar een beschermde woonvorm of maatschappelijke opvang gaan, is sprake van een intakegesprek alvorens iemand bij een organisatie komt te wonen.

In het intake gesprek wordt veelal informatie gegeven over de volgende onderwerpen:

- algemene informatie over de organisatie
- het wonen bij de organisatie
- dagbesteding / werkprojecten
- de cliëntenraad
- cliëntenervaringen
- eigen bijdrage AWBZ
- indicatie (ZZP)

Naast het verstrekken van informatie wordt bij de cliënt ook de hulpvraag geïnventariseerd. Waarom wil diegene bijvoorbeeld beschermd wonen. Op welke gebieden heeft de cliënt ondersteuning nodig? En hoe wil een cliënt daarbij geholpen worden?

#### Beeldvorming van de cliënt

Een beschermde woonvorm maakt gebruik van beeldvorming als Methodiek om de hulpvraag in kaart te brengen en te bepalen waar iemand het best geholpen kan worden. Zij hebben acht kwaliteiten van bestaan geformuleerd. Te weten: fysiek welbevinden, emotioneel welbevinden, sociaal netwerk, inclusie, levensloop, financiën, materieel welzijn, zelfbepaling / zelfrecht. Naar aanleiding van deze domeinen proberen zij een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de cliënt. Vandaaruit stellen zij de vraag aan de cliënt: wat wil je en wat heb je nodig? Naar aanleiding daarvan maken ze een afspraak bij een of meerdere woonvormen. Daar krijgen de cliënten een officieel kennismakinggesprek. Op dat moment krijgt de begeleiding de dossiergegevens. Dan wordt het gesprek gehouden en wordt nader ingegaan op de vraag van de cliënt. De woonvorm probeert een beeld te krijgen of zij kunnen voldoen aan de vraag van de cliënt. Komt dit overeen, dan wordt de cliënt op de wachtlijst geplaatst.

Sommige cliënten vinden het moeilijk om aan te geven waar zij ondersteuning bij willen. Medewerkers lossen dit op verschillende manieren op. Een medewerkster geeft bijvoorbeeld aan nauwkeurig dossieronderzoek te verrichten. Zodat zij op basis daarvan gerichte vragen kan stellen. Een andere medewerker vertelt standaard naastbetrokkenen mee uit te nodigen, zodat zij extra informatie kunnen verstrekken tijdens het gesprek.

Cliënten hebben doorgaans de keuze uit meerdere locaties. De medewerker van de intake heeft vaak folders of foto's van de locaties. Bij sommige organisaties kan op de locaties gekeken worden. In ander gevallen hebben de cliënten die er wonen zelf iets te zeggen over wie er bij komt.

#### **Cliënten bepalen**

Bij een beschermde woonvorm hebben cliënten het voor het zeggen als het gaat om een nieuwe bewoner. Wanneer er een plekje vrij is, komt de kandidaat bewoner op bezoek. Cliënten kunnen aangeven of zij akkoord gaan met plaatsing. Wanneer dit niet het geval is, gaat de begeleiding wel in gesprek met hen. Als blijkt dat er gegronde redenen zijn, wordt de cliënt niet geplaatst. Op deze manier proberen zij bewoners in een groep zo goed mogelijk met elkaar te laten matchen.

Als een locatie gekozen is, wordt een cliënt op de wachtlijst geplaatst. Meestal blijft er contact tussen de medewerker en de cliënt totdat de cliënt daadwerkelijk op de locatie woont. Zodra een cliënt op de locatie woont, wordt er een begin gemaakt met het zorgplan.

*"In principe doe ik alles in één gesprek. Maar als ik merk dat cliënten het lastig vinden om te vertellen wat zij graag willen dan nodig ik hen uit voor een tweede gesprek. Dan kunnen ze er nog een keer over nadenken. Tevens kunnen ze kijken of ze iemand willen meenemen naar het tweede gesprek. Soms komen behandelaars mee, andere keren familie."* Medewerker intake

#### **Informatiebijeenkomsten voor cliënten op de wachtlijst**

Een beschermde woonvorm houdt gedurende de periode van intake en plaatsing intensief contact met de cliënt. Is er wat veranderd? Waar heeft de cliënt behoefte aan? Ook organiseren zij informatiebijeenkomsten. Daar gaan ze in op nieuwe locaties, bestaande locaties en wachtlijstbeheer. Ook laten ze een presentatie zien van een aantal woonvoorzieningen van de RIBW. Op deze wijze wordt geprobeerd een juiste match te maken tussen de cliënt en de locatie. Ze vinden de sfeer in de huizen belangrijk, het moet immers een plek zijn waar cliënten zich thuis voelen.

#### **3.2.2 De ervaringen van cliënten**

Opvallend is dat relatief veel cliënten zich weinig van het kennismakingsgesprek kunnen herinneren. Zij geven aan veel spanning te ervaren tijdens dit gesprek. Anderen geven aan destijds zo in de war te zijn geweest dat zij geen herinneringen meer aan het gesprek hebben. Het is voor hen ook lastig aan te geven in hoeverre de

verwachtingen die tijdens het intake gesprek gewekt zijn, ook daadwerkelijk zijn uitgekomen.

*"Een kennismakingsgesprek? Heb ik dat gehad? Ik kan me van die periode niet meer zoveel herinneren."* Cliënt

*Ik weet alleen nog dat ik een keer naar de hoofdlocatie ben geweest om te praten. Maar waarover weet ik niet meer. Is dat raar? Ik was toen heel bang."* Cliënt

Andere cliënten vertellen dat het voor hen belangrijk was dat tijdens het intake gesprek duidelijkheid verschaft werd over hoe het wonen eruit komt te zien. Krijgen ze bijvoorbeeld een eigen kamer en met hoeveel huisgenoten gaan ze samenwonen? Daarnaast is het voor cliënten belangrijk om te weten hoeveel eigen bijdrage ze moeten gaan betalen.

### *3.2.3 Grenzen stellen aan de zorg*

Doordat cliënten nu een indicatie hebben is het voor organisaties duidelijk op hoeveel uren zorg de cliënten recht hebben. Wij hebben gekeken in hoeverre er tijdens de intake rekening wordt gehouden met deze indicatie.

Organisaties kijken naar de hoogte van het ZZP. Zoals eerder aangegeven worden cliënten met een laag ZZP niet meer overal geaccepteerd. Dit geldt ook voor cliënten met een hoog ZZP. Organisaties stellen soms een maximum aan de hoogte van ZZP's die zij aannemen. Niet iedere organisatie is namelijk in staat om cliënten met erg veel zorgbehoefte te helpen.

Men kijkt bovendien naar de match tussen de locatie en de cliënt. Dit wordt steeds vaker gedaan op basis van het ZZP van de cliënt. Vooral de uren dat er begeleiding op de locatie aanwezig is, moet overeenkomen met de zorgtijd in het ZZP. Verdere uitwerking van de wensen in relatie tot het ZZP vindt plaats wanneer cliënten eenmaal op een locatie wonen en het zorgplan wordt geschreven.

#### **Keuze bij de voordeur**

Een beschermde woonvorm biedt de cliënt bij de intake een zorgovereenkomst en een tijdelijk zorgarrangement aan. Totdat de cliënt geplaatst gaat worden, dan wordt het zorgarrangement aangepast. Bij de intake kijkt het voordeurteam naar het ZZP en of deze matcht met de ZZP's en zorgkaders van de locaties en eventuele doelgroepen. Bij plaatsing zal het betreffende team de basisgroepafspraken en de individuele afspraken vastleggen in het zorgarrangement. Op deze wijze is het voor cliënten duidelijk welke zorg zij krijgen wanneer zij op de locatie wonen.

Kortom: het intake traject bij de organisaties is aangescherpt. Organisaties nemen niet meer iedere cliënt aan en er wordt gezocht naar een goede afstemming tussen de locatie en het ZZP van een cliënt.

### 3.3 Wensen en behoeften

De basisgedachte achter de ZZP's, namelijk de cliënt meer regie geven over de zorg, impliceert dat organisaties uitgebreider in gesprek gaan met de cliënt. Organisaties signaleren dat dit niet bij alle cliëntgroepen lukt. Niet alle cliënten kunnen of willen bijvoorbeeld de regie over hun zorg voeren. Bij enkele cliëntgroepen in de ggz is dit extra problematisch; bijvoorbeeld zorgmijders, chronisch psychotische patiënten of cliënten die gedwongen zijn opgenomen. Een groot deel van deze groep heeft bovendien geen netwerk waar de organisatie een beroep op kan doen.

Persoonlijk begeleiders zullen echter de dialoog moeten aangaan om tot invulling van het ZZP te komen. Het wordt in de ggz steeds gebruikelijker om de zorgbehoeften van cliënten vast te stellen. Het begrip 'zorgbehoefte' verwijst daarbij niet alleen naar de behoeften aan medicatie en psychiatrische hulp, maar ook naar behoeften aan ondersteuning op sociaal en maatschappelijk gebied. Dit gebeurt vaak aan de hand van (gestructureerde) vragenlijsten. Daarbij worden cliënten en hun hulpverleners gevraagd naar de zorgbehoeften van de cliënt en de ervaren tekorten.

#### CAN zorgbehoeftenlijst

De CAN is het meest gebruikte zorgbehoefteninstrument. De CAN stelt behoeften vast op 22 domeinen of levensgebieden. Per domein is de beginvraag steeds of een bepaald probleem bestaat, en als dat het geval is, of er adequate zorg geboden wordt. Deze vragenlijsten kennen zowel een hulpverleners- als een cliëntversie. Door beide versies af te nemen ontstaat inzicht in discrepanties in de perceptie van hulpverleners en cliënten en krijgt het cliëntenoordeel perspectief.

Wanneer cliënten het moeilijk vinden om hun wensen kenbaar te maken, kan een levensverhaal van de cliënt veel informatie opleveren. Wie was de cliënt voordat hij cliënt werd? Wat wilde hij worden, wat waren zijn hobby's? Deze in steek, het reconstrueren van het levensverhaal, vormt een onderdeel van de herstelvisie. De cliënt krijgt op die manier weer greep op zijn eigen leven en kan ook weer in contact komen met aspecten van zichzelf die tijdens het ziekteproces zijn ondergesneeuwd. Ook naastbetrokkenen kunnen veelal helpen. Zij zijn vaak op de hoogte van de wensen en zorgbehoeften van de cliënt.

#### Herstel

Het begrip herstel verwijst naar het persoonlijke proces van mensen met psychische kwetsbaarheid waarin zij de draad weer oppakken en hun leven nieuwe vorm en inhoud geven. Bij herstel gaat het er om dat cliënten proberen datgene waardoor ze zijn overweldigd een plaats te geven, en dat ze het leven niet langer door de symptomen laten beheersen. Herstellen betekent durven zien wat er aan de hand is, accepteren dat er extra werk te verzetten is en dat ook doen. Talenten en mogelijkheden leren kennen, maar ook je kwetsbaarheden en onhebbelijkheden. Cliënten doen dat in de eerste plaats zelf, op eigen kracht en op hun eigen manier. De hulpverlener heeft vooral een ondersteunende rol.

Herstel hangt nauw samen met empowerment. Het betekent dat mensen met psychische aandoeningen hun eigen kracht ontdekken en de controle over hun bestaan herwinnen. Empowerment betekent eigen keuzes maken, en in



staat worden gesteld om iets met die keuzes te doen. In die zin gaat het niet alleen om een psychologisch proces, maar ook om erkenning van wensen en ambities op allerlei levensterreinen.

Bron: [www.hee-team.nl](http://www.hee-team.nl)

### **3.4 Informatieverstrekking en kennis van ZZP's**

In deze paragraaf beschrijven we de informatie over ZZP's in de richting van medewerkers, cliënten en familie of verwanten.

#### *3.4.1 Informatieverstrekking naar medewerkers*

In de eerste fase van de verkenning waren er organisaties die het personeel nog niet geïnformeerd hadden over de ZZP's. Inmiddels zien we dat alle organisaties informatie hebben verstrekt aan hun medewerkers over de ZZP's. De organisaties variëren in de wijze waarop zij dat doen. Vaak delen zij informatiemateriaal uit aan de medewerkers, zoals een boekje van het CIZ of de gebruikersgidsen. Daarnaast lichten zij persoonlijk begeleiders voor over de systematiek van de ZZP's en het aanvragen van een indicatie. Enkele organisaties informeren hun medewerkers op een actieve wijze. Een voorbeeld hiervan is dat een organisatie een klinische les organiseert waarin hulpverleners de opdracht krijgen om ZZP aanspraken uit te werken naar een behandelplan.

We constateren dat het afgelopen jaar steeds meer kennis over de ZZP's aanwezig is op de werkvloer. Als we begeleiders vragen iets te vertellen over de ZZP's beginnen de meeste medewerkers over indicatieaanvragen. In tegenstelling tot de eerste fase kunnen medewerkers nu ook in grove lijnen vertellen wat de zorgzwaartebekostiging inhoudt. Daarnaast constateren we dat medewerkers van organisaties die actief werken met de zzp's (zoals met arrangementen) meer kennis over de ZZP's hebben.

*"Ik werk de ZZP's voor de cliënten uit. Dan kunnen ze zien wat we doen voor hun ZZP. En natuurlijk of ze het er nog eens mee zijn. Voor mij is het een middel om in gesprek te blijven met de cliënten over hun wensen."* Begeleider

#### *3.4.2 Informatieverstrekking naar cliënten*

De informatieverstrekking naar cliënten verloopt nog steeds moeizaam. Zoals eerder beschreven worden cliënten weinig betrokken bij het aanvragen van hun indicatie. Organisaties vinden het moeilijk om de ZZP's uit te leggen aan de ggz cliënten. Sommige organisaties geven bij voorbaat geen informatie aan cliënten omdat zij de gehele ggz cliëntengroep of een deel van de cliënten daarvoor niet geschikt vinden. Andere organisaties merken dat hun pogingen om cliënten voor te lichten niet of nauwelijks slagen.

*"We hebben in samenwerking met de cliëntenraad voorlichting gegeven. Maar cliënten geven aan dat als er niets voor hen verandert, ze nog steeds bij ons mogen wonen en eten en drinken krijgen, ze er niets over hoeven te weten."* Manager

Cliënten die middels een passieve vorm zijn geïnformeerd (brieven, brochures etc), zijn niet op de hoogte van hun ZZP. Ook voor cliënten die middels een actieve vorm

geïnformeerd zijn (bijeenkomsten, presentaties), zijn overwegend niet op de hoogte van hun ZZP.

Wanneer organisaties met zorgarrangementen werken, zijn cliënten beter op de hoogte van hun ZZP. Door het arrangement is het immers concreet geworden voor de cliënt, zo stelt een begeleider. Hierbij past wel de kanttekening dat dit cliënten betreft die woonachtig zijn in een RIBW voorziening.

*"We gaan het gesprek aan met cliënten over hun wensen. Hoe wil jij je uren begeleiding besteed hebben. Als dat de insteek van het gesprek is, lukt het om met de cliënten over het ZZP te praten."* Begeleider

Opvallend is dat er weinig samenwerking wordt gezocht met de cliëntenraden van organisaties. Ook naastbetrokkenen van de cliënten worden niet bij alle organisaties geïnformeerd. Wanneer zij wel geïnformeerd worden is dit haast altijd door middel van een brief met informatie over de systeemwijziging.

### **3.5 Afspraken maken**

De meeste organisaties bekostigen hun groepen inmiddels op basis van de ZZP's. Enkele organisaties gaan daarbij nog een stap verder. Bij hen wordt het geld op cliëntniveau verdeeld.

#### *3.5.1 Zorgplan*

Een deel van de organisaties kiest ervoor om op groepsniveau het geld te verdelen. Er wordt gekeken naar het totaal aan ZZP's van de groep. Op basis daarvan wordt het personeel afgestemd (behandelaars, begeleiding). Binnen de groep wordt gekeken naar de zorgvraag van de cliënt. Deze organisaties gebruiken het zorgplan als middel om afspraken te maken over de zorg. Het ZZP wordt echter verder los gelaten. Met name de locaties met de zwaarste cliëntengroepen kiezen hiervoor. Dit heeft twee redenen: de sterk wisselende zorgvraag van de cliënten en de moeilijke communicatie met deze cliënten.

*"Maar vervolgens de vertaalslag maken naar de cliënt. Wilt u dan 3 uur persoonlijke verzorging en 1 uur een gesprekje? Of andersom? In welke verhouding wilt u dat? En op welke manier wilt u dat? Dat lukt mij niet met onze cliëntenpopulatie. Cliënten fluctueren daarin ook teveel in zorgvraag. Dan decompenseren ze psychisch weer en dan zit je veel meer in de begeleidingskant."* Manager

*"Ik krijg van een cliënt relatief weinig zinvolle informatie terug. Waardoor ik het gesprek in feite niet aan kan gaan en ik dan op macro niveau van de afdeling ga kijken. Hoe is de verdeling van het personeel en komt dat uit."* Manager

#### *3.5.2 Zorgarrangement en het zorgplan*

Wanneer organisaties ervoor kiezen om het geld te verdelen op cliëntniveau dan doen zij dit meestal door middel van een zorgarrangement. Een zorgarrangement is een totaalpakket aan zorg. In onze verkenning zijn we in totaal acht organisaties tegengekomen die zorgarrangementen hebben ontwikkeld, of concrete plannen hebben dit te gaan doen.

### Zorgarrangement

Mensen die in een woongroep komen wonen, moeten rekening houden met de andere bewoners van de woongroep. Bij een beschermde woonvorm hebben alle bewoners hun eigen zorgarrangement, maar de groep als geheel heeft ook een zorgarrangement. Het zorgarrangement van de woongroep sluit nauw aan bij de individuele zorgarrangementen van haar bewoners. Het arrangement bestaat dan uit drie delen. Het basisgroepsdeel, individuele afspraken binnen het groepsaanbod en de individuele afspraken.

Organisaties maken middels het zorgarrangement afspraken met de cliënten over de zorg. De tijd van het ZZP staat hierbij op de voorgrond. Organisaties werken de afspraken in het zorgarrangement verder uit in het zorgplan. Organisaties zien deze zorgarrangementen als een verantwoording van het ZZP. Zij kunnen het zorgarrangement gebruiken als "bewijs" aan zorgkantoor en (naastbetrokkenen van) cliënten. Organisaties kijken bij de evaluatie van het zorgplan of het zorgarrangement nog klopt. Er wordt dus niet daadwerkelijk gecontroleerd of de uren in het arrangement ook afgenomen worden. Een aantal organisaties geeft aan op zoek te zijn naar een software programma wat deze arrangementen kan vertalen in een dynamisch weekprogramma.

We hebben een aantal cliënten geïnterviewd over hun ervaringen met hun zorgarrangement. Voor een deel van de cliënten heeft het zorgarrangement voor verwarring gezorgd. Praten over het zorgarrangement betekent praten over uren zorg, geld, verblijf. Dit zijn onderwerpen waar de meeste cliënten nog nooit bij hebben stil gestaan. Het roept veel vragen bij hen op. Tegelijkertijd zijn de gevolgen voor hen lastig in te schatten. Dit kan leiden tot verwrongen situaties. Bijvoorbeeld een cliënt die zich afvraagt: Als ik een begeleider tegenkom bij het koffie drinken, gaat dit dan van mijn ZZP af?

*"Ik liep wel eens binnen bij de begeleiding om een praatje te maken. Maar dat doe ik nu niet meer. Dan gaat het van mijn tijd af. En ik heb al zo weinig tijd in mijn pakket zitten. Straks houd ik niks meer over. Daarom ga ik de begeleiding nu uit de weg."* Cliënt

*"Per week rekent mijn begeleiding een half uur om de contacten met mijn familie te onderhouden. Maar ik wil helemaal geen contact met mijn familie."* Cliënt

Andere cliënten vertellen dat zij juist goed over hun leven zijn gaan nadenken door het zorgarrangement. Zij zijn bewuster geworden van hun wensen. Ze geven aan dat er een bepaald aantal uren voor hen beschikbaar is en dat zij kunnen bepalen hoe die uren ingevuld gaan worden. Hierbij past de kanttekening dat het hier cliënten betreft met een laag zorgzwaartepakket voor een beschermde woonvorm (ZZP GGZ C2 en C3).

*"Ik denk er nu beter over na wat ik precies wil. Ik weet dat ik 1,5 uur per week over houd van dat pakket. Ik deed eerst houtbewerking. Maar dat was heel saai. De tijd wordt nu ingezet om een baan te vinden. Ik wil graag werken zodat ik geld kan verdienen."* Cliënt

### 3.6 Het zorgplan

Het zorgplan bevat de afspraken die een cliënt maakt met de instelling over de precieze invulling van de zorg. Zorginstellingen zijn verplicht om samen met iedere cliënt (of zijn vertegenwoordiger) een zorgplan op te stellen. Organisaties noemen het zorgplan ook wel behandelplan, begeleidingsplan of ondersteuningsplan.

Zoals beschreven in de tussenrapportage constateren we dat de meeste organisaties de cliënten meer proberen te betrekken bij het zorgplan. Dit wordt bijvoorbeeld gedaan door cliënten uit te nodigen bij de evaluatie van het zorgplan, of dit zelfs verplicht te stellen. Ook worden naastbetrokkenen steeds vaker uitgenodigd voor het evaluatiemoment. Een andere ontwikkeling is dat het zorgplan vanuit de cliënt geschreven wordt, terwijl voorheen de medewerkers over de cliënt rapporteerden/schreven. Hiermee gepaard bevat het zorgplan steeds meer verbijzonderingen naar levensgebieden; de cliënt wordt niet langer alleen gezien als 'te behandelen patiënt'. Voorbeelden van die levensgebieden zijn lichamelijke verzorging, financiën, zingeving en intimiteit. Deze vernieuwing, het zorgplan als plan van de cliënt, is een ontwikkeling die voortkomt uit de herstelvisie en is niet zozeer te danken aan de ZZP's.

Zorgplannen worden vaak vanuit de herstelvisie geschreven. De herstelvisie houdt in dat vooral naar de mogelijkheden van de cliënten gekeken wordt. Dit staat haaks op de werkwijze van het CIZ; hier wordt immers vooral gekeken naar de beperkingen van de cliënt. Dit heeft uiteindelijk weer invloed op het behandelplan, zo stellen organisaties. Als een organisatie een indicatie met behandeling gehonoreerd wil krijgen, moeten zij het behandelplan van de cliënt met de indicatieaanvraag meesturen. Organisaties geven aan dat zij voorzichtig zijn met het formuleren van doelen in het behandelplan, omdat dat consequenties kan hebben voor de indicatie. Zo laat men het doel dat er gestreefd wordt naar 'een zelfstandige vorm van wonen' soms weg in het behandelplan. Organisaties hebben namelijk gemerkt dat dit kan resulteren in een indicatie zonder behandeling.

*"Wij vragen aan cliënten wat hun wens is. Stel dat ze alle problemen weg zouden denken, dus ze zijn niet ziek en hebben bijvoorbeeld geen financiële problemen. Wat willen ze dan? Dan blijkt dat ze vaak toch ooit in de toekomst zelfstandig willen gaan wonen. Dit doel noteerden wij voorheen in het behandelplan. Ook al was het een doel dat de aankomende vijf jaar nog niet haalbaar zou zijn. Het is de wens van de cliënt dus werd het genoteerd 'het toewerken naar een zelfstandige woonvorm'. Het resultaat: een indicatie zonder verblijf! Dan zeggen ze: meneer kan toch zelfstandig wonen? Of we krijgen een C indicatie. Terwijl meneer op de intensieve behandeling afdeling verblijft."*  
Manager

Het gevolg hiervan is dat organisaties het behandelplan schrijven in de taal van het CIZ. Andere organisaties gaan dit probleem uit de weg door delen uit het behandelplan weg te laten. Een andere 'oplossing' is het werken met twee plannen: een voor de cliënt en een voor het CIZ. Deze werkwijze is erg in tegenstrijd met de doelstelling achter de invoering van de zorgzwaartepakketten. VWS heeft namelijk aangegeven dat de ZZP's zouden moeten leiden tot een eenvoudig en transparant systeem, waarbij er één taal in de keten zou ontstaan. Het hanteren van twee behandelplannen voor twee doelgroepen komt hier niet mee overeen.

### **3.7 Samenvatting**

De regie van de cliënt bij de vertaling van ZZP naar individuele zorg is in de praktijk nog vaak beperkt. De keuze voor een instelling wordt vooral bepaald door wachtlijsten en het – meestal beperkte – aanbod in de regio. Sommige cliënten zijn rond een opname bovendien zo in de war dat zij überhaupt moeilijk keuzes kunnen maken. Bij een gedwongen opname is in principe niet of nauwelijks sprake van keuzevrijheid of eigen regie.

Wanneer cliënten wel kunnen kiezen letten ze vooral op de wachttijd en de regio waar de instelling zich bevindt. Organisaties scherpen het intake-traject aan. Niet iedere cliënt wordt aangenomen. Worden cliënten wel aangenomen dan wordt er gezocht naar een goede afstemming tussen de locatie en het ZZP van een cliënt. De kennis van de cliënten over de ZZP's is zeer minimaal. Organisaties vinden het zeer lastig om cliënten voor te lichten over de ZZP's.

De zorgbehoefte van cliënten worden steeds vaker middels een (gestructureerde) vragenlijst vastgesteld. We zien de ontwikkeling dat organisaties cliënten meer betrekken bij het zorgplan. Organisaties zien het zorgplan als goed instrument om de cliënt meer regie te geven over zijn zorg. Veel organisaties introduceren zorgarrangementen voor de cliënten. Dit verhoogt de transparantie, maar het is nog onduidelijk in hoeverre dit de regie van de cliënt versterkt.

## 4 Zorg voor de individuele cliënt

Dit hoofdstuk stelt de cliënten zelf op de voorgrond: wat krijgen zij, en hoe beoordelen zij de aansluiting van de zorg op hun wensen en behoeften. Tevens beschrijven we welke vernieuwingen in het zorgaanbod (gaan) ontstaan.

### 4.1 Zorgaanbod

#### 4.1.1 Aansluiting wensen van de cliënt en het zorgaanbod

In de eerste fase van het onderzoek hebben we onderzocht in hoeverre het zorgaanbod aansluit bij de wensen van de cliënten. De gegevens zijn voornamelijk verzameld door persoonlijk begeleiders informatie over de individuele cliënt te laten geven, aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst. Hierbij kwam aan de orde: welke zorgbehoefte de cliënt heeft, wat het zorgaanbod is, en in hoeverre het zorgaanbod aansluit bij de behoeften en wensen van de cliënt. Vervolgens hebben we per leefdomein gevraagd wat sterke en zwakke punten zijn in het zorgaanbod voor de cliënt. In alle zorgsectoren is in recente jaren gewerkt aan referentiekaders voor 'kwaliteit'. Domeinen van het leven zijn er als invalshoek gekozen. In onze verkenning hebben we deze benadering als vertrekpunt genomen. Tabel 4 geeft deze resultaten per levensdomein weer.

Leefdomeinen	Aansluiting zorgaanbod aan bij de cliënt?			
	Ja	Gedeeltelijk	Nee	Totaal
Wonen met privacy	48%	31%	21%	100%
Begeleiding	67%	25%	8%	100%
Persoonlijke ontwikkeling	62%	33%	5%	100%
Lichamelijke verzorging / geestelijke gezondheidszorg	65%	30%	5%	100%
Voeding	68%	25%	7%	100%
Dagbesteding	61%	29%	10%	100%
Vrijtijdsbesteding	65%	28%	7%	100%

Tabel 4: aansluiting van de wensen op de leefdomeinen

#### 4.1.2 Wonen met privacy

Opvallend is dat het levensdomein 'wonen met privacy' het slechtst aansluit bij de wensen van de cliënt. Dit komt meestal doordat cliënten met grote groepen op een afdeling wonen. Bovendien hebben niet alle cliënten een eigen slaapkamer. Een andere reden: cliënten worden met elkaars ziektebeeld en stemming geconfronteerd. We zien dat organisaties veel initiatieven ontplooiën om voor cliënten meer eigen leefomgeving te realiseren, bijvoorbeeld in de vorm van HAT-woningen. Voor veel cliënten is een eigen appartement op korte termijn echter niet haalbaar, terwijl dit wel hun wens is. Organisaties hebben niet de financiële middelen om een grote hoeveelheid appartementen te bouwen. Bij enkele organisaties zijn de bouwplannen zelfs stilgelegd vanwege bezuinigingen en financiële gevolgen van de ZZP' s.

#### *4.1.3 Begeleiding*

We zien dat de geboden begeleiding – als onderdeel van 24-uurszorg – redelijk goed aansluit bij de wensen van de cliënt. Mede door de veiligheid en geborgenheid die de cliënten eraan ontleen. Individuele begeleiding is van groot belang voor de cliënten. Voor sommige cliënten (de zorgmijders) zorgt teveel begeleiding echter voor spanning. Bij hen komen de begeleiders tot vastlegging van een ondergrens van zorg, zodat cliënten zich niet verwaarlozen.

#### *4.1.4 Persoonlijke ontwikkeling*

We zien dat cliënten de kans krijgen vaardigheden aan te leren; begeleiders ondersteunen hierbij. Daarnaast worden cursussen en trainingen geboden (vooral in ggz-instellingen). Over het algemeen is er een redelijke aansluiting van het aanbod op persoonlijke wensen.

Vooral cursussen of trainingen die ingaan op het ziektebeeld van de cliënt sluiten goed aan bij de wensen. Een complementaire ontwikkeling – die de cliënten als positief zien – is de inzet van ervaringsdeskundigen.

#### *4.1.5 Lichamelijke verzorging / gezondheidszorg*

Op het gebied van lichamelijke verzorging is er veel mogelijk bij de organisaties. In bijna alle gevallen kan aan de wens van de cliënt worden voldaan.

Behandeling bestaat veelal uit gesprekken met een psychiater en uit medicatie. Er is behoefte aan specifieke therapieën. We zien de ontwikkeling dat de somatische kant van de cliënt steeds meer aandacht krijgt, waaronder een 'gezonde leefstijl'.

#### *4.1.6 Voeding*

De voeding sluit redelijk goed aan bij wensen van de cliënt. Soms mede omdat cliënten blij zijn dat ze niet meer zelf verantwoordelijk zijn voor het koken.

We zien de ontwikkeling dat organisaties de cliënten meer betrekken bij de voeding en de maaltijdvoorziening. Dit houdt in dat organisaties meer op locaties gaan koken voor en met de cliënt. Ook wordt er aandacht gegeven aan gezonde voeding en gezond koken.

#### *4.1.7 Dagbesteding*

Naast problemen rondom het onderaannemerschap zien we ook dat de vorm van dagbesteding niet altijd aansluit bij de wens van de cliënt. Een belangrijke doelgroep in de ggz, vooral jongeren, wil een vorm van dagactiviteit buiten de instelling, mede omdat de aard van de gangbare activiteiten hen niet aanspreekt (werken met hout of metaal, werken in een groenvoorziening, creatief bezig zijn in het activiteitencentrum). Deze groep cliënten vindt het uitdagender om bezig te zijn met bijvoorbeeld vormgeving of fotografie. Organisaties kunnen niet altijd aan die wens kunnen voldoen. Sommige organisaties bieden nog te weinig dagbesteding aan, waardoor sprake is van onderbesteding ten opzichte van de indicatie.

#### *4.1.8 Vrijtijdsbesteding*

De mate waarin organisaties vrijetijdsactiviteiten bieden aan cliënten verschilt. Soms heeft de zorgorganisatie een weekprogramma, soms volstaat de organisatie met een georganiseerd aanbod bij uitsluitend feestdagen. Een bepaalde groep cliënten hecht veel waarde aan kleinschalige activiteiten op de locatie. Aan de andere kant zien we dat organisaties vanuit de herstelvisie en normalisatie op zoek gaan naar een nieuwe rol; het niet zozeer louter aanbieden van activiteiten, maar juist cliënten ondersteunen en stimuleren zelf een vrijetijdsbesteding te zoeken.

## 4.2 Vernieuwingen

Aan organisaties is gevraagd of er ook zorgvernieuwingen tot stand komen als gevolg van de ZZP's. Men geeft overwegend aan dat dit niet het geval is. Vernieuwing moet immers vanuit de zorg komen en niet vanuit een financiële wijziging. Desondanks noemen organisaties twee vernieuwingen die in relatie staan met de ZZP's, te weten het wonen en de dagbesteding. In deze paragraaf bespreken we ook de mogelijke gevolgen voor cliënten.

### 4.2.1 Wonen

Deze paragraaf gaat over vernieuwingen in wonen, doordat het wonen anders georganiseerd wordt. Zoals aangegeven in paragraaf 2.4 willen veel organisaties het wonen anders organiseren. Kleinschalige voorzieningen moeten op een andere manier georganiseerd worden, omdat zij anders niet behouden kunnen worden. Organisaties proberen op creatieve wijze ervoor te zorgen dat cliënten toch kleinschalig kunnen blijven wonen.

Zo bekijken diverse organisaties de optie om in een flat meerdere galerijen te huren en zo woningen te creëren waarin cliënten met privacy kunnen wonen. Bovendien is daar 24-uurs toezicht makkelijk te realiseren. Andere organisaties proberen juist kleinschalige woonvormen in de buurt van grotere groepsafdelingen te plaatsen. Op deze wijze kan ook aan het 24-uurs toezicht worden voldaan. De verwachting is dat in de aankomende jaren meer vernieuwingen gaan ontstaan in het wonen.

Ook zien we dat organisaties het wonen en zorg van elkaar scheiden. Organisaties laten cliënten bijvoorbeeld een woning van hen huren en bieden vervolgens ambulante hulp. Op deze wijze proberen zij toch in de vraag van bepaalde cliënten te voorzien. Dit biedt mogelijkheden. Ggz-clieñten willen veelal het liefst zo zelfstandig mogelijk wonen, al dan niet samen met anderen. Toch zijn veel cliënten nu nog op een verblijf in de ggz aangewezen, omdat de gewenste woonsituatie, de benodigde ondersteuning en ambulante behandeling niet op een samenhangende wijze beschikbaar zijn. In vergelijking met het buitenland heeft de ggz in Nederland dan ook erg veel bedden, terwijl vanuit de overheid de wens geformuleerd is om minder bedden te hebben (beddenreductie). In het onderzoek zijn we organisaties tegen gekomen die met gerichte aandacht voor wonen, welzijn en ambulante zorg de cliënten zelfstandig laten wonen. In die zin betekent deze verschuiving naar extramurale zorg voor cliënten een impuls tot vermaatschappelijking.

*"Twee van mijn cliënten zijn nu verhuisd. Het gaat eigenlijk heel goed met ze, boven verwachting zelfs. In die zin laten de ZZP's goed zien of een cliënt hier eigenlijk wel hoort."* Begeleider

Tegelijkertijd zorgen de verhuizingen ook voor onrust op de locaties. Wanneer cliënten al bij een organisatie wonen met een laag pakket, betekent dit in enkele gevallen een verhuizing naar een zelfstandige vorm van wonen. Hierdoor maken cliënten zich zorgen over hun toekomst. Mogen ze blijven wonen waar ze wonen? Dit vraagt om duidelijke communicatie van de organisaties. Om welke cliënten gaat het en hoe ziet het vervolgtraject eruit?

*"Eerst woonde hier een andere cliënt. Die woont hier nu niet meer. Hij bracht te weinig geld op, hoorde ik. Nu is hij verdwenen."* Cliënt



#### 4.2.2 Dagbesteding

Organisaties geven aan dat vernieuwing in de dagbesteding gaat ontstaan. Dit heeft twee oorzaken:

1) De ZZP's maken het inzichtelijk voor organisaties wat zij moeten bieden aan personeel en zorg. Bij meerdere ggz-instellingen is naar voren gekomen dat zij niet voldoende dagbesteding aanbieden. Hierdoor zijn zij genoodzaakt meer dagbesteding te organiseren voor de cliënten. Het aanbod in dagbesteding op de locaties zal hierdoor toenemen.

2) Zoals eerder aangegeven brengt het onderaannemerschap veel administratieve last met zich mee. Tevens is het vaak financieel aantrekkelijk om de dagbesteding zelf te organiseren. Organisaties worden op deze wijze geprikkeld. Vooral de maatschappelijke opvang hebben het voornemen om in de toekomst zelf de dagbesteding aan te bieden.

*"Dagbesteding lever ik niet genoeg. Dat is wel duidelijk naar voren gekomen. Daar moet ik niet om heen draaien. We trekken er hard aan om dat op poten te krijgen. Maar dat krijg ik dit jaar ook niet voor elkaar."* Manager

#### Dagbesteding organiseren

Een maatschappelijke opvang is van plan om de dagbesteding zelf te gaan organiseren. Zo zijn ze minder afhankelijk van de onderaannemers. Daar komt nog bij dat in een aantal gebieden weinig aanbod is van onderaannemers. Cliënten krijgen in de toekomst dus meer keuze. Ze gaan dagbesteding op de locaties aanbieden, zoals tuinieren of koken. Bovendien willen ze een inloop creëren, bijvoorbeeld een activiteitenhuis.

Doordat organisaties meer dagbesteding gaan aanbieden ontstaat er volgens hen vernieuwing in het aanbod. De keuzevrijheid voor cliënten lijkt hierdoor toe te nemen: er komt immers aanbod aan dagbesteding bij. Toch valt dit nog te bezien. Organisaties willen de dagbesteding zelf gaan organiseren vanwege de financiële prikkel. Ze nemen bijvoorbeeld zelf activiteitenbegeleiders in dienst. Maar dan moeten er wel voldoende cliënten zijn die die dagbesteding afnemen en voor extra inkomsten zorgen. De vrees bestaat dat cliënten onder druk gezet zullen worden om intern de dagbesteding te volgen. Daarmee is hun keuzevrijheid in het geding; bovendien zou dit integratie in de samenleving belemmeren.

Bestaande dagbestedingcentra komen hierdoor extra onder druk te staan; zij hebben door de pakketmaatregelen AWBZ al te maken met minder toestroom van ambulante cliënten. Als zij minder cliënten krijgen, zullen zij minder dagbesteding kunnen aanbieden of zelfs gedwongen worden om te sluiten.

*"Organisatie breed kijken we of we de dagbesteding zelf gaan aanbieden. Daar is nog wel discussie over, want het werkt ook hospitaliserend. Maar er zit wel geld in. Dat is het vervelende, dat de zorg om geld draait. Het gaat niet meer om de cliënt, of wat goed voor de cliënt is."* Manager

*"Je wilt mensen juist de maatschappij in, buiten de deur. Dat ze ook ergens anders komen. Ik vind het dus een achteruitgang. Omdat het dan wordt gedaan vanwege de*

*financiën, omdat je dan meer geld binnen krijgt als zorginstelling als je ook dagbesteding gaat bieden.” Manager*

*“Als we hier dagbesteding gaan aanbieden, is het voor een grote doelgroep. Het heeft geen zin om iemand aan te nemen voor 5 cliënten. Dus dat betekent op de lange termijn dat cliënten hun dagbesteding binnenshuis gaan volgen.” Manager*

### **4.3 Samenvatting**

Over het algemeen sluit het zorgaanbod redelijk goed aan bij de wensen van de cliënt (rond de 65%). Uitzondering hierop is het wonen met privacy; dit sluit bij 48% van de cliënten aan.

De percentages liggen over de gehele linie lager dan bij de VG- en V&V-sector. Een eenduidige verklaring daarvoor hebben wij niet. Sommige betrokkenen wijzen erop dat in de ggz het contrast tussen het leven in een instelling en het leven dat iemand wenst te leiden of gewend is te leiden extra groot is. Een deel van de doelgroep wil helemaal niet in zorg zijn en wil graag zo snel mogelijk een gewoon leven leiden.

Organisaties proberen meer diversiteit in het zorgaanbod te creëren, zodat cliënten met meer privacy kunnen wonen. Deze ontwikkeling wordt geremd door de algemene bezuinigingen in de ggz.

Herstelgericht werken uit zich binnen de ggz in een toenemende inzet van ervaringsdeskundigen en herstelgroepen.

In de dagelijkse praktijk doen zich vernieuwingen voor als meer betrokkenheid van cliënten bij warme maaltijden (samen koken) en laagdrempelige vormen van dagbesteding en vrijetijdsbesteding. Deze kleinschalige vernieuwingen hebben soms een relatief grote impact op de kwaliteit van leven.

Rond dagbesteding zijn er enkele specifieke knelpunten. Bij een jongere doelgroep in de ggz constateren we de behoefte aan dagbesteding of werk buiten de instelling. Organisaties kunnen niet altijd aan die wens kunnen voldoen. Ten slotte is de maximale ruimte binnen ggz-pakketten van vier of vijf dagdelen per week dagbesteding voor sommige cliënten te laag.

Organisaties zijn op zoek naar vernieuwingen in het wonen. Enerzijds heeft dit te maken met het feit dat de lage ZZP's niet meer rendabel zijn. Anderzijds geven organisaties aan dat kleinschalig wonen anders georganiseerd moet worden vanwege het 24-uurs toezicht. Dit biedt kansen voor cliënten. Veel cliënten wonen immers het liefste zelfstandig. Anderzijds zorgen verhuizingen voor veel onrust op de locaties. Dit vraagt om duidelijke communicatie van de organisaties.

Ook rondom dagbesteding worden er vernieuwingen verwacht. Organisaties komen erachter dat zij te weinig dagbesteding aanbieden. Bovendien is er een tendens om meer zelf dagbesteding aan te bieden in plaats van dagbesteding uitbesteden aan een onderaannemer. Dit zou leiden tot meer keuze aan dagbesteding. Hierbij past de kanttekening dat meer keuzevrijheid in de dagbesteding teniet wordt gedaan als organisaties cliënten onder druk gaan zetten om intern de dagbesteding te volgen.

## 5 Discussie

Er zijn verschillende dilemma's in relatie tot het ZZP waar meerdere organisaties mee zitten. Twee thema's worden in dit hoofdstuk besproken. (1) De spanning tussen de ZZP's en de herstelvisie en (2) de positie van de cliënt in relatie tot de ZZP's.

### 5.1 Herstel

#### 5.1.1 Mogelijkheden versus beperkingen

De herstelvisie is een belangrijke beweging binnen de ggz. Het is een beweging die vanuit cliëntenorganisatie is ontstaan en gevoed. Een aantal RIBW's en ggz-instellingen werkt al met de herstelvisie. GGZ Nederland is bij deze ontwikkeling aangesloten; in het visiedocument "naar herstel en gelijkwaardig burgerschap" van 2009 is de ambitie geformuleerd om het herstelconcept als leidend principe te hanteren voor de langdurende zorg.

Waar de herstelvisie uitgaat van de eigen kracht en mogelijkheden van mensen, gaan de ZZP's juist in op de beperkingen. Voor cliënten (en begeleiders) die het ene moment een ZZP aanvragen en het volgende moment bezig zijn met hun zorgplan of herstelplan, is dit zeer verwarrend. De zorgplannen zijn leidend voor de dagelijkse zorg. Dit betekent in de praktijk bijvoorbeeld: samen op zoek gaan naar een betaalde baan voor een cliënt of het toewerken naar zelfstandig wonen. Deze vorm van empowerment staat vaak haaks op wat er gebeurt bij een indicatieaanvraag. Daar wordt de cliënt vooral geconfronteerd met zijn beperkingen. De cliënt moet de indicatieaanvraag zelf ondertekenen. Bovendien krijgt hij het indicatiebesluit toegestuurd waarin staat opgesomd wat hij niet kan. Het blijkt erg moeilijk te zijn cliënten uit te leggen dat deze benadering niet overeenkomt met de zienswijze van de begeleiding en dat de indicatieaanvraag louter bedoeld is voor het regelen van de financiering.

*"In die brief van het CIZ stond dat ik niet alleen met het openbaar vervoer kan. Maar dat klopt niet. Laatst lukte me het om met de bus naar mijn moeder te gaan. Mijn begeleider was wel mee. Maar ik deed het bijna alleen, zei hij. Ik snap niet waarom dat dan in de brief staat." Cliënt*

*"De praktijk ziet er als volgt uit. Op moment 1 zeg ik tegen de cliënt dat het ontzettend top is dat hij voor het eerst zijn eigen eitje heeft gebakken. Dat we op deze manier verder gaan. Moment 2 zeg ik tegen hem dat hij er niks van bakt. Dat hij totale overname nodig heeft, wat betreft het koken. Denk je nou echt dat hij de volgende dag weer op gaat staan om een eitje te bakken." Begeleider*

*"De Koninklijke weg is dat iemand een ZZP indicatie krijgt en op basis daarvan maak je het behandelplan. Maar dat is nu net Japans en Chinees samen. Dat zijn twee talen, dat gaat niet samen. Dat wekt alleen maar veel ergernis op." Manager*

#### 5.1.2 Perverse prikkels

Zoals eerder aangegeven houdt de zorgzwaartebekostiging in dat organisaties betaald worden op basis van de zorgzwaarte van cliënten. Hoe zwaarder de beperkingen, hoe hoger het ZZP en hoe hoger het daaraan gekoppelde geldbedrag. Dit betekent dat instellingen meer inkomsten genereren naarmate cliënten meer beperkingen hebben en meer ondersteuning nodig hebben.

Allereerst worden organisaties dus verleid om zoveel mogelijk cliënten in een hoog ZZP te houden. In de tussenrapportage hebben we al gewezen op het stigmatiserend effect van een hoog ZZP op de cliënt.

*“Er zit natuurlijk iets scheefs in. Als een cliënt meer zorg nodig heeft, vraag ik meteen een herindicatie aan. Maar als hij minder zorg nodig heeft, wacht ik minstens totdat zijn indicatie niet meer geldig is.”* Manager

Tevens geven organisaties aan dat het hen niet prikkelt om cliënten naar extramurale zorg toe te leiden. De cliënten die al woonachtig zijn bij de organisatie met een laag pakket worden wel toe geleid naar een zelfstandiger vorm van wonen buiten de instelling. Maar het is aantrekkelijk cliënten met een hoog ZZP binnen de muren van de instelling te houden. Organisaties geven aan dat het lijkt alsof zij financieel gestraft worden voor het werken aan herstel.

Niettemin zeggen veel organisaties dat zij het belang van de cliënt momenteel op de eerste plek zetten, boven het financiële belang van de instelling. Met de aankomende bezuinigen is het echter de vraag of dit vol te houden is voor organisaties.

*“Wij hebben net veel cliënten in de wijk geplaatst. Waar ze intensieve ambulante zorg krijgen. Hierdoor hebben we minder klinische bedden. Daardoor zitten we nu in de problemen. En de organisaties die alle cliënten lekker binnen houden, die plukken daar nu de vruchten van. We zouden het zo weer doen, hoor. Maar toch klopt dit niet.”* Manager

## **5.2 Leiden ZZP's tot meer regie?**

Een van de uitgangspunten van de ZZP's is het versterken van de positie van de cliënt. In de gesprekken met de medewerkers van de organisaties is gevraagd in hoeverre de positie van de cliënt ook daadwerkelijk is versterkt.

Over het algemeen wordt aangegeven dat het ZZP een middel is waardoor cliënten sterker in hun recht staan. Het ZZP geeft immers aan waar een cliënt recht op heeft. In die zin verschaft het duidelijkheid. Cliënten weten nu waar zij aan toe zijn. Die duidelijkheid kan resulteren in een sterkere positie, zo stellen de organisaties. Zij zijn hard aan de slag om die duidelijkheid ook te bieden, onder meer door middel van locatie- en cliëntprofielen, online productenboeken en zorgarrangementen. Enkele organisaties investeren bijvoorbeeld veel tijd in het samen aanvragen van de indicatie. Zij vinden dat dit loont, omdat kennis over de indicatie de eerste stap is naar meer zeggenschap voor de cliënt.

De praktijk is echter weerbarstig. Veel cliënten in de ggz zijn kwetsbaar en maar een klein groepje is mondig genoeg om ook echt op te komen voor hun rechten. De onafhankelijke cliëntondersteuning in de ggz is slecht ontwikkeld. Bovendien zijn er weinig cliënten die kunnen terugvallen op een persoonlijk steunsysteem. Daar komt nog eens bij dat de ZZP's een lastige en abstracte materie voor cliënten is. Ook al begrijpen cliënten waar het over gaat, dan betekent dit niet dat zij de ZZP's ook als een versterking van hun positie ervaren. Veel cliënten in de ggz beleven de zorg op

een andere manier. Het feit dat zij zorg moeten ontvangen is minder vanzelfsprekend dan bij ouderen en hierdoor moeilijker te accepteren. Het contrast tussen het leven in een instelling en het leven dat iemand wenst te leiden of gewend is te leiden extra groot is. Cliënten willen graag zo zelfstandig mogelijk functioneren en hebben moeite om zorgafhankelijk te zijn. Zelf vorm geven aan de zorg is niet aantrekkelijk als je liever helemaal geen zorg zou ontvangen.

*"Tsjja. Het klinkt wel grappig zo'n pakket. Maar ik wil graag mijn eigen ding doen. Zo snel mogelijk hier weg. En mijn leven weer oppakken."* Cliënt

*"Ik wil liever geen begeleiding, dus het maakt me niet uit waar ik recht op heb."* Cliënt

De interviews met de medewerkers van organisaties laten eenzelfde beeld zien. Er valt op te maken dat organisaties intern alles op orde willen hebben om aan de verwachtingen van verzekeraars en zorgkantoren te kunnen voldoen. Ook wanneer organisaties "zfp-proof" zijn, blijven ze echter twijfelen aan de toegevoegde waarde voor cliënten.

*"We hebben nu tijd geïnvesteerd om de ZFP's zo te implementeren dat er kwaliteitsverbetering optreedt. De vraag is alleen: als wij op dezelfde manier waren door gegaan hadden we dan niet hetzelfde of juist wel meer bereikt? We zijn nu bezig met de herstelvisie en het 'strength based model'. Als we al de tijd, geld en mankracht daarvoor hadden gebruikt in plaats van in de ZFP's. Was het eindresultaat niet veel mooier en menswaardiger geweest?"* Manager

### **5.3 Samenvatting**

Veel organisaties in de ggz werken vanuit de herstelvisie. Zij ervaren een spanning tussen herstelondersteunende zorg en ZFP's. Het principe van zorgzwaartebekostiging staat daarbij niet ter discussie. Dat de hoeveelheid zorg die cliënten nodig hebben het budget bepaalt is rechtvaardig. Het zorgt voor een eerlijkere verdeling van geld. Een probleem is dat de benaderingswijze en de taal van de ZFP's haaks staan op die van de herstelvisie. Bij het vaststellen van ZFP's gaat men uit van beperkingen, in de herstelvisie werkt men juist vanuit mogelijkheden. Vooral in de communicatie met cliënten levert dit spanningen op. Daarnaast zijn ggz-organisaties van mening dat bij het vaststellen van de indicatie te weinig rekening wordt gehouden met het werken aan hersteldoelen en rehabilitatie.

De tweede discussie in dit hoofdstuk is de regie voor de cliënt. Uit hoofdstuk 3 bleek al dat het zorgplan een goed instrument is om cliënten meer regie te geven over hun zorg. Actieve betrokkenheid van de cliënt bij het zorgplan en een levensbrede benadering zijn van belang.

Tegelijkertijd blijft de vraag bij de meeste organisaties in hoeverre de ZFP's nu bijdragen aan versterking van de positie van de cliënt. Organisaties zijn het met elkaar eens dat ZFP's tot meer duidelijkheid en transparantie leiden. Enkele organisaties investeren veel tijd in het samen aanvragen van de indicatie. Toch twijfelen organisaties of cliënten ook echt gaan opkomen voor hun rechten. Vooral omdat er meestal geen familie of naastbetrokkenen zijn die hen daarbij kunnen ondersteunen.

## 6 Conclusie en aanbevelingen

### 6.1 Conclusie

Onze verkenning startte met drie vragen;

- Hoe pakken zorginstellingen de invoering van zorgzwaartepakketten aan?
- Zijn er vernieuwende werkwijzen ontstaan n.a.v. de invoering van de ZZP's?
- Wat merken cliënten van de ZZP's; (1) wat zijn hun ervaringen over de invulling van de pakketten en (2) de manier waarop dit tot stand komt?

In de voorgaande hoofdstukken zijn de verzamelde data uitgebreid beschreven. Deze informatie heeft geleid tot antwoorden op de drie vragen. We bespreken ze één voor één.

#### 6.1.1 Aanpak van de zorgzwaartepakketten

##### Hoe kijken organisaties tegen de ZZP's aan?

Grofweg zien organisaties in eerste instantie de ZZP's als een nieuwe wijze van bekostigen. Als dit eenmaal op orde is ontstaat ruimte voor de inhoudelijke doelstelling van de zorgzwaartebekostiging: de cliënt centraal. Met name het zorgen voor de juiste indicatie is nog een groot knelpunt binnen de ggz. Cliënten motiveren/stimuleren en werken aan ontwikkeldoelen (rehabilitatie) zijn zorgactiviteiten die in het B-formulier niet goed tot hun recht komen. Het grootste voordeel van de ZZP's is, volgens zorgorganisaties, de transparantie voor zowel de organisaties als voor de cliënt. Bovendien kunnen organisaties nu makkelijker grenzen stellen. Bij niet alle cliëntgroepen sluiten de ZZP's goed aan. In het bijzonder noemen we de meest complexe doelgroepen binnen de ggz. Voor hen zijn de hoogste ZZP's niet toereikend, omdat zij vaak één op één begeleiding nodig hebben. Daarnaast lijkt de problematiek rondom cliënten met een autistische stoornis niet goed gescoord te kunnen worden, waardoor zij op te lage pakketten uitkomen.

##### Hoe pakken organisaties de ZZP's aan?

ZZP's leiden tot een bewustere bedrijfsvoering. Dit komt terug wanneer we kijken naar de belangrijkste stappen die de organisaties tot dusver gezet hebben. De locaties worden nu bekostigd aan de hand van de ZZP's. Dit heeft gevolgen voor de personele inzet: flexibel inzetten van personeel om fluctuaties op te vangen. Bovendien zorgen voor een juiste afstemming van de deskundigheid van het personeel en de zorgbehoefte van de cliënt (functiedifferentiatie). Het intakeproces loopt meer gestructureerd dan voorheen. Belangrijke vragen zijn: Welke cliënten nemen we aan en op welke locatie / afdeling plaatsen we hen? Organisaties beschrijven hun diensten ook concreter (productenboeken, afdelingsprofielen). Cliënten informeren over de ZZP's blijft een lastig punt voor organisaties. Het is een moeilijke materie en de interesse van cliënten is minimaal.

#### 6.1.2 Vernieuwende werkwijzen

##### Hoe wordt transparantie geboden?

Vernieuwend is dat er binnen de ggz steeds meer op cliëntniveau het ZZP ingevuld wordt. Bijvoorbeeld aan de hand van zorgarrangementen. Organisaties geven een schets van de invulling van het ZZP per cliënt. Hierbij bestaat een deel van het arrangement vaak uit standaard zorg (zoals aantal uren begeleiding op de locatie) waar niet over kan worden onderhandeld. De tijd die over blijft kan individueel ingevuld worden. Op deze wijze proberen organisaties meer duidelijkheid te bieden aan de cliënt. Organisaties geven bovendien aan op zoek te zijn naar een softwareprogramma waarbij de invulling van het

ZZP wordt vertaald naar een dynamisch weekprogramma. De vraag is of dit uiteindelijk zal gaan leiden tot een sterkere positie voor de cliënt. Zorgarrangementen verhogen de transparantie, maar het tijdsaspect komt daardoor wel nadrukkelijk op de voorgrond te staan. Hierdoor komen grenzen van de invulling van het individuele zorgaanbod duidelijk naar voren. Het is nog onduidelijk in hoeverre deze individuele invulling van zorg gaat leiden tot meer regie voor de cliënt.

#### Herstel en de ZZP's

Een inhoudelijke vernieuwing in de ggz is het werken aan herstel. De benaderingswijze en de taal van de ZZP's staat haaks op die van de herstelvisie. Bij het vaststellen van ZZP's gaat men uit van beperkingen, in de herstelvisie werkt men juist vanuit mogelijkheden. Organisaties moeten de zorgzwaarte van de cliënt gaan verbinden met herstel en rehabilitatie. Dit is tot dusver nog een lastige opgave voor organisaties.

#### *6.1.3 De invulling en totstandkoming van de zorg*

##### Hoe worden er afspraken gemaakt over de zorg?

Het zorgplan bevat de afspraken die een cliënt maakt met de instelling over de precieze invulling van de zorg. Organisaties zien het zorgplan als goed instrument om de cliënt meer regie te geven over zijn zorg. De zorgbehoefte van cliënten wordt op diverse levensgebieden goed in kaart gebracht, bijvoorbeeld door middel van een (gestructureerde) vragenlijst. Daarnaast zien we de ontwikkeling dat organisaties cliënten steeds meer betrekken bij het zorgplan.

Door de ZZP's komt het behandelplan echter in een ander daglicht te staan. Het behandelplan moet worden meegestuurd naar het CIZ om een indicatie met behandeling te krijgen. Doelen in het behandelplan, die vanuit de herstelvisie geformuleerd zijn, kunnen leiden tot een verkeerde indicatie. Hierdoor passen organisaties de behandelplannen aan of werken met twee verschillende plannen.

##### Sluit de zorg aan bij de wensen van de cliënt?

Wanneer we naar de inhoud van zorg kijken zien we dat over het algemeen het zorgaanbod redelijk goed aansluit bij de wensen van de cliënt (rond de 65%). Uitzondering hierop is het wonen met privacy; dit sluit bij 48% van de cliënten aan. Organisaties proberen meer diversiteit in het zorgaanbod te creëren door het wonen anders te organiseren. Ook is er de behoefte aan wonen met meer privacy. Algehele bezuinigingen remmen echter de kansen voor nieuwbouw af. In de dagelijkse praktijk doen zich vernieuwingen voor als meer betrokkenheid van cliënten bij warme maaltijden (samen koken) en laagdrempelige vormen van dagbesteding en vrijetijdsbesteding.

Rond dagbesteding zijn er enkele specifieke knelpunten. Bij een jongere doelgroep in de ggz constateren we de behoefte aan dagbesteding of werk buiten de instelling. Organisaties kunnen niet altijd aan die wens voldoen. Tevens merken we dat het volgen van dagbesteding bij een andere organisatie dan waar men verblijft in de praktijk nog vrij moeilijk is. Het onderaannemerschap is erg tijdrovend en brengt veel administratieve last met zich mee. Door de ZZP's is in zicht gekomen dat een aantal organisaties nog te weinig dagbesteding aanbieden. Ten slotte is de maximale ruimte binnen ggz-pakketten van vier of vijf dagdelen per week dagbesteding voor sommige cliënten te laag.

Ook rondom dagbesteding worden er vernieuwingen verwacht. Organisaties gaan zelf meer dagbesteding aanbieden waardoor er meer aanbod komt. De vrees bestaat echter dat meer keuzevrijheid in de dagbesteding teniet wordt gedaan als organisaties cliënten onder druk gaan zetten om intern de dagbesteding te volgen.



### Is de keuzevrijheid en regie toegenomen?

Tot slot zijn we in deze verkenning ingegaan op de keuzevrijheid en regie van de cliënt. Wat merkt de cliënt daarvan? De keuze voor een verblijfsinstelling blijkt doorgaans niet groot. Praktisch alle organisaties hebben een wachtlijst. Daarnaast willen cliënten vooral in hun eigen regio verblijven. Door het fusiegeweld is de keuze dan meestal beperkt tot één of twee zorgorganisaties. Als een cliënt zorg nodig heeft, en in zijn eigen regio wil blijven, is er dus nauwelijks keuzevrijheid.

ZZP's zorgen voor meer duidelijkheid en transparantie. Het is echter de vraag of alle cliënten op *willen* en *kunnen* komen voor hun rechten. Weinig cliënten in de ggz krijgen ondersteuning van familie of naastbetrokkenen. Bovendien is goede onafhankelijke cliëntondersteuning in de GGZ nog niet overal vanzelfsprekend beschikbaar. Organisaties hebben dus nog hun twijfels of de ZZP's gaan zorgen voor meer regie voor de cliënt.

## **6.2 Ontwikkelingen & Aanbevelingen**

### *Meer regie voor de cliënt*

Organisaties hebben serieuze stappen ondernomen om meer maatwerk te leveren; zorgplannen met levensbrede domeinen zien we terug bij alle organisaties. De ZZP's hebben er toe geleid dat op groepsniveau het geld wordt verdeeld in plaats van op instellingsniveau. Met het ontwikkelen van zorgarrangementen proberen organisaties op cliëntniveau het geld te verdelen. Toch zien we niet dat de cliënt volledig aan het stuur staat wanneer het over de invulling van zorg gaat. Organisaties hebben de neiging aanbodgericht te werk gaan (bijvoorbeeld door te werken met vastgestelde arrangementen en productenboeken). Wij pleiten voor meer regie voor de cliënt:

- Alle betrokkenen dienen het uitgangspunt van de zorgzwaartepakketten voor ogen te houden: de cliënt centraal zetten en hem meer regie geven over de eigen zorg. Actieve betrokkenheid van de cliënt bij het zorgplan is een voorwaarde. Laat cliënten aan het woord. Bouw het zorgplan op rondom de wensen en behoeften van de cliënt op levensgebieden (zie bijvoorbeeld het leefplan voor GGZ cliënten<sup>1</sup>). Het ZZP kan hierbij als kader dienen.
- Wees duidelijk in wat je als organisatie wel en niet te bieden hebt. Bespreek met de cliënt wat de keuzemogelijkheden zijn. De zorgvraag van de cliënt moet uiteindelijk leidend zijn. Ga dus op zoek naar alternatieven indien niet aan de zorgvraag van de cliënt kan worden voldaan. Creativiteit en samenspraak zijn het uitgangspunt, niet de grenzen van het ZZP.
- Niet alle cliënten in de ggz hebben reële wensen of kunnen hun wensen goed verwoorden. Door hen keuzevrijheid te geven in de – kleine - dagelijkse dingen kunnen deze cliënten toch zoveel mogelijk de regie voeren over hun zorg. Organisaties moeten bovendien ook het netwerk van de cliënt systematisch betrekken. Dit gebeurt nog te ad-hoc. Zorgorganisaties moeten bovendien flink – blijven- investeren in het persoonlijk netwerk van deze cliënten. Wanneer de cliënt geen netwerk heeft, zorg dan voor onafhankelijke cliëntenondersteuners.
- Cliëntenraden zijn nog minimaal toegerust wat betreft de zorgzwaartepakketten. Organisaties kunnen hen meer betrekken. De insteek moet zijn 'meer regie en keuzevrijheid' voor de cliënt. En niet de systematiek van de ZZP's. Cliëntenraden kunnen mee praten over het proces (welke informatie wordt wanneer uitgereikt, hoe ziet het zorgplan eruit). Bovendien kunnen zij mee bepalen welke zorg standaard wordt aangeboden en waar de keuzes voor de cliënten liggen.

---

<sup>1</sup> Brochure Leefplan "Wat wil ik met mijn leven", zie [www.zorgzwaarte-pakket.nl](http://www.zorgzwaarte-pakket.nl).

De brochure is ook te bestellen via LOC of Landelijk Platform GGZ



- Nog niet alle organisaties informeren naastbetrokkenen over de ZZP's. Organisaties moeten naastbetrokkenen goed –blijven- informeren (mits cliënten hiermee akkoord gaan). Zij moeten informatie krijgen over het ZZP, maar ook over hoe zij het ZZP kunnen gebruiken om de dialoog aan te gaan over de zorg.
- Niet alle cliënten zijn geïnteresseerd in hun ZZP. Zorg ervoor dat er genoeg toegankelijk informatiemateriaal beschikbaar is voor de cliënt. Leg uit op welke manier het ZZP relevant is voor de cliënt. Het blijft zinvol om cliënten op deze wijze te informeren en te betrekken. Waar de zorg duidelijk tekortschiet – bijvoorbeeld omdat er onvoldoende dagbesteding wordt geleverd – is het belangrijk om terug te kunnen vallen op het kader van de ZZP's. Waar mogelijk en gewenst moeten cliënten hulp kunnen krijgen van naastbetrokkenen of onafhankelijke ondersteuners.

#### *Delen van goede voorbeelden*

We constateren een verzakelijking door de ZZP's. Enerzijds zorgt dit ervoor dat grenzen sneller in het vizier komen. Organisaties handelen hier ook naar. Anderzijds zorgt deze verzakelijking er niet voor dat organisaties het maximale uit het ZZP budget halen. Onderling wordt niet vergeleken, goed practises worden nauwelijks gedeeld. Ook ontbreekt het nog aan creativiteit en samenspel met andere partijen.

- Met dezelfde geldsom, en dezelfde zorgzwaarte van cliënten, kunnen sommige organisaties meer realiseren dan andere. Een kijkje bij de burens is daarvoor noodzakelijk. Overzichten van goede praktijken moeten breder beschikbaar komen.
- Organisaties kunnen van elkaar leren. We zien een grote behoefte bij aanbieders en beroepskrachten om informatie uit te wisselen, zowel technisch als inhoudelijk. Daartoe moeten netwerken of platforms worden gevormd.

#### *Herstelgerichte zorg en ZZP's moeten met elkaar verbonden worden*

Sneller dan voorheen kijken organisaties naar wat de cliënt zelf kan. Hulpverleners nemen niet standaard alle vaardigheden van de cliënt over. Dit heeft zowel te maken met de herstelvisie als de ZZP's. In die zin versterken de twee elkaar. Op andere gebieden ontstaat er juist spanning. De spanning die cliënten en hulpverleners ervaren tussen ZZP's en herstelgerichte zorg moet weggenomen worden.

- Het is goed dat organisaties bekostigd worden naar de zorgzwaarte van de cliënten. Herstelgerichte zorg moet echter niet in het gedrang komen door de benaderingswijze en de taal bij de indicatieaanvragen voor ZZP's. Ons inziens is een fundamentele herziening van het communicatiemateriaal nodig. We denken hierbij aan de gebruikersgidsen, maar ook aan het aanvraagformulier en indicatiebesluit. In dit materiaal moet de herstelvisie een plek krijgen, meer nadruk op de ontwikkelmogelijkheden voor de cliënt.
- Vanuit cliëntperspectief zijn perverse prikkels in de bekostiging extra ongewenst. De wens van de cliënt moet leidend zijn, niet de financiële voordelen voor de organisatie. Dit komt niet altijd met elkaar overeen. De overheid dient bestaande financiële prikkels voor zwaardere zorg (intramuraal, hoge ZZP's) om te zetten in prikkels voor herstelgerichte zorg en extramuralisering.

#### *Meer inzetten op verbinding met de samenleving*

- Ook bij hogere ZZP's kan 'zo gewoon mogelijk wonen met zorg' het perspectief zijn; de cliënt heeft een eigen woning en krijgt daar de zorg. Een voorwaarde is dat zorgorganisaties gericht inzetten op behandeling en rehabilitatie. Goede zorg in de samenleving is daarbij een voorwaarde, denk aan (F)ACT of telezorg. Samenhangend beleid over de grenzen van domeinen heen (Zvw, AWBZ, Wmo) is daarbij noodzakelijk.

- Zorgorganisaties moeten meer samenwerken met externe partijen, zodat cliënten een dagbesteding of vrije tijdsbesteding buiten de organisatie kunnen volgen. Op deze wijze kunnen cliënten mee doen in de samenleving.

*Alle cliënt(groep)en in de ggz moeten de juiste zorg krijgen*

We zien dat locaties sturen op de ZZP's. Het gevolg hiervan zijn aantrekkelijke en onaantrekkelijke cliënten. Er mogen geen cliëntengroepen benadeeld worden door de ZZP's.

- Het gevolg van deze sturing op ZZP's is dat bepaalde cliënten lang op de (interne/externe) wachtlijst staan. Dit is vanuit cliëntperspectief ongewild. Hier moet op gemonitord worden.
- VWS moet op korte termijn zorgen voor een oplossing voor specifieke cliëntgroepen in de ggz. Zoals woonwerkvoorzieningen voor autisten.
- De mogelijkheid van extreme zorgwaarde in de ggz-sector is van belang om ook de zwaarste groep cliënten kwalitatief goede zorg te blijven bieden en ambities zoals het terugdringen van separaties te kunnen realiseren.

*Een zinvolle dagbesteding voor alle cliënten*

- De maximale ruimte binnen ggz-pakketten van vier of vijf dagdelen per week dagbesteding is voor sommige cliënten te laag. Dit moet uitgebreid worden naar negen dagdelen.
- We zien dat zorgorganisaties meer dagbesteding op de locaties aanbieden. Dit is goed. Het mag echter niet ten koste gaan van de cliënten die elders een dagbesteding willen volgen. Als een cliënt een dagbesteding in de wijk wil volgen, heeft dit altijd de voorkeur boven een dagbesteding op de locatie. Het volgen van een dagbesteding bij een andere organisatie dan waar men verblijft, moet makkelijker verlopen. We denken hierbij aan een vouchersysteem.





© LPGGz, februari 2011

Cliëntenmonitor AWBZ, Postbus 1539, 3500 BM Utrecht. Tel. 030- 2970303  
Landelijk Platform GGz, Postbus 13223, 3507 LE Utrecht. Tel. 030-2363765. [www.platformggz.nl](http://www.platformggz.nl)