

## **Zorgzwaartepakketten:**

- **aanpak in de praktijk**
- **en ervaringen van cliënten**

De Cliëntenmonitor Langdurige Zorg is een activiteit van landelijke cliëntenorganisaties, op basis van een programmasubsidie van het Ministerie van VWS.

Deelnemende organisaties in dit samenwerkingsverband zijn: CG-Raad, CSO, Landelijk Platform GGZ, LOC, NPCF, Per Saldo, Platform VG.

Daarnaast doen mee: Zorgbelang Nederland (plus regionale zorgbelangorganisaties) en Mezzo als Landelijke Vereniging voor Mantelzorgers en Vrijwilligerszorg.

Contactgegevens:

Cliëntenmonitor AWBZ, Postbus 1539, 3500 BM Utrecht. Tel. 030- 2970303

Dit rapport is tot stand gekomen in een projectgroep met:

- **Corrien van Haastert & Jan Coolen (NPCF)**
- **Marieke Brands & Dorien Kloosterman (Platform VG),**
- **Lotte Kits & Nic Vos de Wael, (Landelijk Platform GGZ)**

## **Inhoudsopgave**

Samenvatting	3
1. Doelstelling	5
2. Invoering ZZP; welke aanpak?	9
3. Ervaringen van cliënten	17
4. Enkele conclusies	25

## Samenvatting

### Opzet van de verkenning

Dit rapport is het verslag van een verkenning naar zorgzwaartepakketten in drie *care*-sectoren: (1) hoe de zorginstellingen de invoering van ZZP's aanpakken, en (2) wat de ervaringen van de cliënten zijn over de invulling van pakketten.

Bij 30 instellingen – doorgaans met meerdere locaties – hebben we informatie over de gevolgde aanpak. Van 500 cliënten hebben we gegevens over hun individuele situatie, de zorgbehoefte, de samenspraak over het zorgplan, de invulling van het pakket.

De deelnemende instellingen staan welwillend tegenover de invoering van ZZP's; en ze behoren niet tot de instellingen met ondermaatse kwaliteit van zorg.

### Aanpak die instellingen volgen

De invoering van zorgzwaartepakketten berust vrijwel overal, in alle sectoren, op een gefaseerde aanpak, waarbij de bedrijfsvoering voorop staat. Instellingen maken eerst 'het systeem' op orde: de toekenning van ZZP's aan cliënten, de herberekening van budgetten, de registratie als basis van declaraties in de AWBZ. Pas in een tweede fase – meestal vanaf 2010 – staat centraal hoe de cliënt meer regie kan hebben over de invulling van het ZZP en welke keuzeruimte mogelijk is. Dit moet meestal nog komen.

Nog steeds hebben zowel cliënten als uitvoerende teams te maken met voortgaande onduidelijkheden rond de ZZP's, vooral de regels voor toekenning van een bepaald zorgzwaartepakket aan de individuele cliënt. De indicatieregels worden ervaren als "niet erg scherp en eenduidig". We zien dat tussen zorginstellingen grote verschillen bestaan in het ZZP dat cliënten met een zelfde zorgzwaarte krijgen.

Als eenmaal een ZZP is vastgesteld, kunnen instellingen twee kanten op: (1) werken met een indeling van zorgtijd per ZZP en per cliënt, (2) kiezen voor een kwalitatieve benadering met accent op 'wat de cliënt belangrijk vindt op diverse leefgebieden'. Het eerste is ondoenlijk gebleken; de nadruk ligt tegenwoordig op de tweede methode. Alle organisaties gebruiken het zorgplan als hulpmiddel om de cliënt meer invloed te geven. De kernvraag hierbij: "hoe wil ik de zorg hebben, wat is voor mij belangrijk". Een deel van de organisaties kiest tegelijk voor een accent op beheersing door aan de woonlocaties rekenschema's mee te geven waarmee de beroepskrachten een leidraad krijgen voor de hoeveelheid zorg per cliënt.

De meeste instellingen nemen afstand van een aanpak waarin 'zorgtijd' in detail aan de cliënt wordt toegerekend. Ook cliënten hebben er doorgaans geen behoefte aan. Dat laatste is pas het geval in situaties waar de kwaliteit van zorg onder druk staat. Cliënten vinden de actuele focus op 'kwaliteit in leefgebieden' aantrekkelijk.

### Ervaringen van cliënten

In onze verkenning hebben we informatie over omstreeks 500 cliënten. Centraal staat in hoeverre de geboden zorg aansluit op individuele behoeften en wensen. Hierbij zijn zeven gebieden als vertrekpunt genomen: wonen met privacy, continue nabijheid van hulp, persoonlijke aandacht en ontwikkeling, lichamelijke verzorging en medische zorg, dagelijkse maaltijden, zinvolle dagbesteding, vrijetijdsbesteding.

Het algemene beeld dat uit de verkenning naar voren komt is als volgt: een redelijk goede aansluiting van de geboden zorg op de behoeften en wensen. Een beetje door de invoering van zorgzwaartepakketten, veel meer door het werken met zorgplannen. Het meeste succesvol zijn de organisaties die de zorgplannen op een nieuwe manier toepassen, met een onderscheid naar kwaliteit van bestaan op leefgebieden; en die tegelijk de uitvoerende teams daarop voortdurend aanspreken.

De instellingen die meededen aan onze verkenning staan buiten de gevarenzone van 'zwakke kwaliteit'. En ze staan welwillend tegenover de invoering van ZZP's. Dit is de context waarin we onze conclusie gaven: de redelijk goede aansluiting – zij het in de langdurige GGZ wat minder dan in andere sectoren.

Tegelijk geldt iets anders. Onder het beeld van een behoorlijke aansluiting zitten nog allerlei knelpunten; het venijn zit vaak in de details. Cliënten in de V&V-sector vinden overwegend dat het personeel bereid is voor hen klaar te staan; er is veel waardering. De kritiek betreft de gehaastheid die men vaak tegenkomt. Tijdsdruk bij verzorgenden leidt tot bemeten ruimte voor het gesprek met de cliënt. Georganiseerde dagactiviteit is onvoldoende afgestemd op verscheidenheid van interesses en leefstijlen.

Cliënten in de gehandicaptenzorg wijzen op wisselingen in het team, onvoldoende tijd voor persoonlijke ontwikkeling (vaardigheden versterken), en afnemende ruimte voor georganiseerde activiteiten in weekenden (ergens heen gaan).

Cliënten in de langdurige GGZ noemen overwegend een goede aansluiting van de zorg op hun behoeften maar bij één derde zijn er tekorten zoals weinig begeleiding in een woongroep, individuele aandacht die tekortschiet, dagactiviteit die niet uitdagend is.

Waardoor ontstaan die knelpunten? Geld speelt soms een rol. Toch verklaart dat niet alles. Instellingen met dezelfde geldsom zijn verschillend succesvol in alert reageren op wensen die cliënten aandragen. Sommige doen dat beter dan andere. Wat precies de magische formule is, weten we niet. Onmisbare ingrediënten zijn: 1) aansprekende visie op zorg, 2) ruimte voor uitvoerende teams tot creativiteit, 3) samenspraak met de cliënt over persoonlijke wensen en monitoring of afspraken worden waargemaakt.

### **Aandachtspunten**

Die aanbevelingen komen in ieder geval uit onze verkenning naar voren. Ten eerste de noodzaak om het ZZP-stelsel meer stabiel te maken. Het feit dat cliënten met dezelfde zorgzwaarte in verschillende ZZP's komen – door de wijze waarop de zorgaanbieder de zorgzwaarte in beeld brengt – is geen goede zaak. De overheid moet de regie nemen. Ten tweede de wenselijkheid om de invulling van het ZZP niet te enten op berekende zorgtijd maar op 'kwaliteit van bestaan'. Cliënten moeten duidelijk kunnen maken wat ze belangrijk vinden op leefdomeinen; de instelling beziet hoe men eraan kan voldoen en kan daarbij grenzen stellen. Tegelijk: de cliënten die willen weten wat een instelling met het ZZP-geld kan doen, moeten daarover heldere uitleg kunnen krijgen.

Ten derde de urgentie van ruimte tot creativiteit op de werkvloer, in plaats van louter beheersschema's vanuit de top van de organisatie. Ook ruimte om te leren van andere organisaties (over de muren kijken); voor zowel uitvoerende teams als cliëntenraden.

# 1. Doelstelling

## 1.1. Cliëntenmonitor AWBZ

Gezamenlijke cliëntenorganisaties monitoren de veranderingen in de langdurige zorg. Eén van de aandachtsgebieden is de invoering van zorgzwaartepakketten. Deze ZZP's zijn bedoeld voor mensen die zijn aangewezen op verblijfszorg. Met dit rapport doen we verslag van een verkenning die vanaf het najaar 2009 is uitgevoerd. We wilden achterhalen:

- (1) hoe zorginstellingen de invoering van zorgzwaartepakketten aanpakken,
- (2) wat de ervaringen van de cliënten zijn over de invulling van de pakketten.

De verkenning is uitgevoerd in drie zorgsectoren:

- de verpleging & verzorging,
- de gehandicaptenzorg (specifiek verstandelijk gehandicaptenzorg),
- de langdurige GGZ (geestelijke gezondheidszorg).

In elk van de sectoren zijn we gestart met oriënterende gesprekken met instellingen. Een deel van de instellingen bleek daarna bereid tot medewerking aan de verkenning. Een ander deel vond het tijdstip niet geschikt omdat de invoering van ZZP's beperkt was gebleven tot doeleinden van bekostiging. Pas later in 2010 gaan ook cliënten de gevolgen merken – zo is verteld.

Met onze verkenning hebben we medio 2010 informatie gekregen van 30 instellingen; vooral over de gevolgde aanpak en de praktijk van zorgzwaartepakketten.

We hebben daarnaast informatie verworven over zo'n 500 cliënten; die informatie gaat over de individuele situatie van de persoon, de zorgbehoefte, de samenspraak over het individuele arrangement, de invulling van het zorgzwaartepakket.

De deelnemende instellingen staan welwillend tegenover de invoering van ZZP's; en ze behoren duidelijk niet tot de instellingen waar een ondermaatse kwaliteit voorkomt. De verkenning waarover we rapporteren gaat daarmee over instellingen waar 'de mouwen zijn opgerold'; en specifiek daarvoor verkennen we hoe ze de ZZP's aanpakken en wat de cliënten ervan merken.

Apart doen we een aanvullende verkenning naar de toepassing van het VPT: volledig pakket thuis. Hierover rapporteren we in het najaar van 2010.

## 1.2. Aanpak van de verkenning

Als gezegd, we verkennen de aanpak die zorginstellingen hanteren, en hoe ze tot meer individueel maatwerk komen. Het accent ligt bovendien op afstemming met cliënten: hoe is hun betrokkenheid geborgd en hoe komt hun persoonlijk arrangement tot stand.

De verkenning zijn we gestart met het zoeken van instellingen. Per sector wilden we minimaal tien instellingen hebben in de eerste helft van 2010. Dat is gelukt.

Met directies, locatiemanagers, projectmanagers voor zorgzwaartebekostiging hebben we gesprekken gevoerd over de manier waarop de ZZP's zijn ingevoerd, de eventuele veranderingen in zorgaanbod, de betrokkenheid van cliënten, de aanpak om maatwerk per cliënt te realiseren, de scholing van het uitvoerend personeel om de dialoog met de cliënt beter te voeren. Die gesprekken met instellingen hebben we verwerkt in onze schetsen per sector.

Het zwaartepunt van onze verkenning lag bij de cliënten. In elke zorginstelling hebben individuele cliënten meegedaan aan het onderzoek. Per instelling waren dat omstreeks 15 cliënten – gespreid over de ZZP's.

Informatie over de 'praktijk van het ZZP' is bij hen langs twee wegen ingewonnen:

- (1) de persoonlijk begeleider of verzorger van de cliënt gaf informatie op basis van een semi-gestructureerde vragenlijst (soms zelf ingevuld, soms via een gesprek);
- (2) de cliënt zelf gaf informatie, of zijn directe vertegenwoordiger zoals een gezinslid of familielid. Dat gebeurde op basis van een persoonlijk gesprek aan de hand van een vragenlijst.

In vrijwel alle instellingen konden de onderzoekers meerdere dagen 'meelopen'; en dan gesprekken voeren met cliënten, medewerkers, vertegenwoordigers van cliënten. Dat heeft veel verduidelijkt. Over 'hoe men tegen het ZZP-systeem aankijkt' en 'hoe men ermee omgaat'.

Als gezegd: we hebben in totaal over omstreeks 500 cliënten informatie verkregen. Enerzijds over de manier waarop de persoon betrokken is bij de invulling van het eigen zorgzwaartepakket. Anderzijds over de aansluiting van de geboden zorg op de wensen en behoeften van de cliënt.

### **1.3. Opbouw rapport**

De verkenning is gestart in het najaar van 2009. Met deze rapportage geven we een eerste verslag van onze bevindingen. Vanaf de zomer 2010 zullen we de verkenning voortzetten, om eind 2010 opnieuw verslag te doen.

De opbouw van dit rapport is als volgt.

- Het volgende hoofdstuk geeft in hoofdlijnen hoe de instellingen de zorgzwaartepakketten invoeren, met welke aanpak en welke keuzeruimte voor cliënten.
- Het erop aansluitende hoofdstuk stelt de cliënten zelf op de voorgrond: wat krijgen zij, en hoe beoordelen ze de aansluiting van de zorg op hun wensen en behoeften.
- Hoofdstuk 4 geeft enkele voorlopige conclusies, voor deze fase van invoering van de zorgzwaartepakketten.

De gedetailleerde bevindingen over de afzonderlijke sectoren zijn opgenomen in een afzonderlijk rapport. Daar komen achtereenvolgens in beeld: verpleging & verzorging, gehandicaptenzorg, langdurige GGZ.

### ***Kader: zorgzwaartepakketten: wat zijn dat***

De zorgzwaartepakketten zijn bedoeld voor mensen die een indicatie voor *zorg met verblijf* krijgen. Een zorgzwaartepakket is een hoeveelheid zorg die past bij de beperkingen van de cliënt. Bij lichte beperkingen hoort een licht pakket; bij zware beperkingen een hoog pakket met veel zorgtijd per week.

De zorg binnen het pakket kan bestaan uit: begeleiden, verzorgen, verplegen. Soms zit er ook behandeling in.

Daarnaast bevat een pakket de diensten die bij verblijf horen zoals dagelijkse maaltijdvoorziening, het schoonmaken van woonruimtes, schoon linnengoed. Die diensten komen er bovenop.

Elk ZZP bevat een hoeveelheid zorgtijd per week. Het is een gemiddelde voor alle mensen die in dat ZZP vallen. De individuele cliënt hoeft niet precies de zorgtijd van het ZZP te ontvangen. De instelling zal altijd rekening houden met de persoonlijke omstandigheden van elke cliënt.

Aan een ZZP zit tevens een geldbedrag vast. Het berust op de optelsom van: (1) de zorgtijd in het pakket, en (2) de diensten bij 'zorg met verblijf'. De cliënt krijgt dat geldbedrag niet zelf. De instelling ontvangt het geldbedrag van het zorgkantoor, voor de zorg die de instelling aan de cliënt geeft.

Er is één situatie waarin de cliënt wel het geldbedrag zelf krijgt. Als hij met het ZZP thuis blijft en van het zorgkantoor een persoonsgebonden budget ontvangt. Met dit Pgb kan de cliënt zelf de zorg thuis inkopen. Hij blijft thuis wonen of in een woonvorm waar hij zelf huur betaalt.

De overheid wil de cliënt meer centraal stellen in de zorg. Vroeger kregen instellingen hun budget vooral op basis van het aantal plaatsen. Met de ZZP's wil de overheid de bekostiging van de zorg beter afstemmen op de mensen die de zorg gebruiken. De instelling krijgt zijn budget voortaan op een andere manier; afhankelijk van de mensen die er wonen en hun zorgzwaarte.

Het is *niet* zo dat de overheid met de zorgzwaartepakketten tot bezuiniging komt. Het geld kan wel anders verdeeld zijn. Het is de bedoeling dat de zorg beter is afgestemd op de zorgbehoefte van de cliënten.

De overheid heeft nooit bedoeld dat elke cliënt precies de zorgtijd van het ZZP moet ontvangen. Het gaat om "zorg in een bandbreedte".

Niet elke cliënt hoeft dezelfde invulling van hetzelfde ZZP te krijgen. De ene persoon heeft soms net iets anders nodig dan de andere persoon. Daarbij komt: dezelfde cliënt vraagt niet elke week evenveel aandacht. Soms is de ene week iets meer zorg nodig dan de andere.

Er is nog iets waarmee de cliënt rekening moet houden. Een gedeelte van de zorgtijd is strikt "individueel". Een ander gedeelte voor zaken die **alle** cliënten nodig hebben. Bijvoorbeeld dat er altijd hulpverleners in de nabijheid zijn, dat er toezicht in de nacht is. Daarom kan de cliënt de zorgtijd van het ZZP niet helemaal voor zichzelf opeisen. Wél mag de cliënt van de zorginstelling goede uitleg verwachten van de inzet van de ZZP-zorgtijd of het ZZP-geld.

### **Kader: welke zorgzwaartepakketten zijn er?**

*De overheid regelt de pakketten: welke dat zijn en voor wie.  
Er zijn zorgzwaartepakketten gemaakt voor verschillende doelgroepen.  
Hieronder staat een beknopt overzicht.*

#### **► Verpleging & verzorging**

Er is een reeks van 10 pakketten voor "Verpleging & verzorging". Deze ZZP's zijn voor oudere mensen en chronische zieke mensen die dagelijks hulp nodig hebben. Bijvoorbeeld ZZP-1 is voor mensen die zich met beperkte hulp nog kunnen redden. En ZZP-8 voor mensen die heel intensieve zorg nodig hebben.

In de 'verpleging & verzorging' bevat twee bijzondere pakketten: ZZP-9 is voor kortdurende zorg na een ziekenhuisopname, om te herstellen; ZZP-10 is voor mensen met een terminale ziekte die in de eindfase van die ziekte verkeren. Wanneer zorg thuis niet langer mogelijk is.

#### **► Gehandicaptenzorg**

Er zijn ZZP's gemaakt voor drie doelgroepen: (1) mensen met verstandelijke beperking, (2) mensen waarbij een lichamelijke beperking voorop staat, en (3) mensen met een zintuiglijke beperking.

Voor mensen met *verstandelijke beperking* is een reeks van 7 ZZP's gemaakt. Zowel voor mensen die zich met enige hulp redelijk kunnen redden. Als voor mensen met veel beperkingen of heel moeilijk gedrag die elke dag intensieve begeleiding en verzorging vragen.

Voor mensen met *lichamelijke beperkingen* bestaat een reeks van 7 ZZP's. Opnieuw zijn die pakketten afgestemd op verschillen in de zorgbehoefte.

Voor mensen waarbij een *zintuiglijke beperking* voorop staat zijn aparte ZZP's gemaakt. Het zijn er 9 in totaal. Ze zijn bedoeld voor mensen die zeer slecht zien of horen, doof of blind zijn.

#### **► Jeugd-LVG**

Gekoppeld aan de gehandicaptenzorg zijn aparte ZZP's gemaakt voor jongeren met een verstandelijke beperking die veel probleemgedrag hebben. De jongere krijgt een ZZP krijgen wanneer zorg thuis niet voldoende is. Hij gaat dan naar een speciale voorziening. Daar krijgt hij tevens behandeling. Meestal verblijft de jongeren daar 1 tot 2 jaar. Daarna kan hij ergens anders gaan wonen, met begeleiding.

#### **► Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)**

Er zijn 7 ZZP's voor mensen die langdurig zorg uit de GGZ nodig hebben en waarbij hulp thuis niet voldoende is. Opnieuw met oplopende zorgzwaarte. Die pakketten zijn er in twee varianten:

(1) ZZP's waarin ruimte is voor gerichte behandeling door een zorginstelling. De GGZ noemt ze "B"-pakketten; het zijn er 7.

(2) ZZP's zonder voortdurende behandeling, maar wel met dagelijkse hulp in een beschermende woonvorm. De GGZ noemt ze "C"-pakketten; het zijn er 6.

## 2. Invoering ZZP: welke aanpak?

Dit hoofdstuk schetst hoe de zorginstellingen de zorgzwaartepakketten invoeren. De schets is gebaseerd op de volgende invalshoeken:

- de verwachtingen die men heeft (welke voordelen en/of nadelen van de ZZP's),
- de globale aanpak en het tempo van de invoering (hoe ver is men),
- de werkwijze om cliënten een passend ZZP te geven (hoe doet men dat),
- de verdeling van de ZZP-gelden binnen de instelling,
- de informatie naar cliënten, en hun betrokkenheid,
- de wegen naar diversiteit van zorg (tevens keuzeruimte voor cliënten).

### 2.1. Verwachtingen en visie

Wat verwachten de zorginstellingen van de nieuwe systematiek?

Zoals bekend is de invoering van ZZP's niet alleen maar een andere bekostiging. Het is ook de bedoeling dat de cliënten meer keuzeruimte krijgen; en dat ze tegelijk gerichte afspraken kunnen maken over de zorg die ze krijgen.

#### *Meer overzicht, nieuwe zakelijkheid*

Het meest genoemde voordeel is de toename van transparantie: meer helderheid over de ruimte tot zorgverlening per cliënt, cliëntgroep of woonlocatie. Dit geldt dan op alle niveaus: het management, de beroepskrachten, de cliënten of hun vertegenwoordigers. Voor de organisatie leidt dit tot een benadering waarin persoonsgerichte zorg gepaard gaat met een nieuw soort zakelijkheid. Deze tweezijdige oriëntatie is lastig – zeker op de werkvloer van uitvoerende teams – maar is tegelijk aantrekkelijk om in het gesprek met de cliënt grenzen te kunnen aangeven.

Soms onderkent men tegelijk het voordeel van een rechtvaardiger inzet van schaarse middelen. De ZZP's leiden meer systematisch tot intensiever zorg voor mensen met een zwaardere zorgbehoefte; ze bewerkstelligen bovendien dat er geen bevoordeling plaatsvindt van cliënten die zich veeleisend opstellen.

#### *Betere afspraken met de cliënt*

Een tweede voordeel van de ZZP's hangt nauw samen met het bovenstaande: het is nodig en mogelijk om meer gericht afspraken te maken met de cliënt. Organisaties signaleren dat de cliënt meer als onderhandelingspartner in beeld gaat komen. Dat is de verwachting voor komende jaren; op dit moment meer ambitie dan realiteit. Voor dit moment ziet men dat de ZZP's een impuls geven tot dialoog met de cliënt.: ook al was men al langer bezig met individuele zorgplannen. Daarbij komen "twee kanten van dezelfde medaille" naar voren: enerzijds meer ruimte voor persoonlijke cliëntwensen, anderzijds duidelijke afbakening van wat mogelijk is (de organisatie verduidelijkt de grenzen: wat men kan doen met de beschikbare budgetten).

#### *Een risico: cliënt als product*

Naast voordelen zijn er ook nadelen en bedenkingen ten aanzien van de ZZP's. Die laatste worden vooral door 'de werkvloer' genoemd. Beroepskrachten vinden dat de

cliënt teveel als “een zakje met geld” worden gezien; zij zien de directies steeds meer vanuit die invalshoek naar cliënten kijken. In de gehandicaptenzorg bestaat het gevoel dat afstand wordt genomen van een sterk geworteld uitgangspunt: elke cliënt optimaal ondersteunen bij zijn leven en bij ‘volwaardig meedoen’.

In de GGZ ervaren uitvoerende beroepskrachten en hun leidinggevenden een andere moeilijkheid. De invoering van ZZP's – zo stellen veel mensen – staat op gespannen voet met een actuele vernieuwing: werken op basis van de ‘herstelvisie’. In die visie ligt de nadruk op activeren, zelfredzaam maken, de draad weer oppakken. Dat is een ander accent dan ‘ZZP-denken’ dat het vertrekpunt heeft in de idee van compensatie van beperkingen.

Samenvattend. In zorgorganisaties zien we twee tendenties. Enerzijds de overtuiging dat ZZP's voordelen brengen: meer transparantie, eerlijk inzet van middelen, betere samenspraak met cliënten. Anderzijds de aarzeling om het zorgproces helemaal op de principes van het ZZP in te richten. Vooral uitvoerende teams willen hun taak primair vervullen in relatie tot een inhoudelijke visie, zoals ‘verantwoorde zorg’ in de V&V, de ‘support’-idee in de gehandicaptenzorg, de ‘herstel’-visie in de GGZ. In ieder geval wil men vermijden dat ZZP's met zich meebrengen dat de invulling van zorg is gebaseerd op rekenen met ‘zorgtijden per ZZP’. Een deel van de organisaties en beroepskrachten ziet de ZZP's als een bekostigingsvorm, en niet meer dan dat. Die nieuwe bekostiging heeft het voordeel dat voor mensen met (zeer) uitgebreide beperkingen gericht meer geld beschikbaar is; hoewel dat volgens velen “niet genoeg” is. Voor het overige blijft men doen wat er altijd al gebeurde.

## **2.2. Globale aanpak en tempo van invoering**

Alle zorginstellingen hebben op twee manieren de invoering van ZZP's op orde:

- (1) aan de cliënten is een pakket toegekend (soms is er nog discussie met het CIZ over de vraag of het pakket past bij de cliënt),
- (2) in de bedrijfsvoering zijn de ZZP's als bekostigingstitel opgenomen, zodat – in aansluiting op landelijke regels – het budget van de instelling op de ZZP's rust.

### *ZZP op de werkvloer*

In de eerste twee jaren, vanaf 2008, heeft men vooral gewerkt aan voorwaarden van de invoering van ZZP's; onder meer de bedrijfsinformatie, de budgetaanpassingen, de interne herverdeling van gelden. Nog betrekkelijk weinig, maar er zijn uitzonderingen, is dat in die fase gepaard gegaan met een andere werkwijze rond de cliënt. Waar de leiding van diverse instellingen nogal wat dynamiek toekent aan de ZZP's, signaleert de werkvloer veel ‘business as usual’.

De meeste dynamiek rond de cliënt moet nog komen, zo is de brede opvatting in veel instellingen. Per zorgsector is dat een wat ander beeld.

### *Cliëntwensen meer centraal*

De sector ‘verpleging & verzorging’ voorziet dat de cliëntwensen meer centraal komen staan door methodieken als het ‘zorgleefplan’ of de ‘cliëntenagenda’ waarmee mensen te kennen geven wat voor hen belangrijk is op diverse leefgebieden.

De sector gehandicaptenzorg ziet in de zorgzwaartepakketten niet zoveel nieuws; de belangrijkste slagen rond 'zorg voor de individuele cliënt' zijn al jaren geleden gestart met methoden als het 'persoonlijke toekomstplan' (hoewel zeker niet overal toegepast) en met belangrijke vernieuwingen op het vlak van kleinschalige wonen en diversiteit van dagactiviteit. Daarin zit de echte keuzeruimte voor de cliënt.

De langdurige GGZ is een jaar later gestart met de echte bekostiging naar ZZP (2010). Ook hier is de achterkant van het ZZP-systeem op orde (indicaties, bekostiging). Maar meestal zoekt men nog naar de beste vervolgroute. Vooral hoe de toedeling van geld aan woonlocaties en dagvoorzieningen het best kan lopen; mede gelet op het feit dat zowel de cliënten als hun zorgbehoefte gedurende het jaar nogal eens veranderen. In de langdurige GGZ hebben de RIBW's de minste moeite met de overgang naar ZZP's.

Samenvattend. Ons beeld over de fase waarin zorginstellingen nu staan is drieledig: (1) voorop staat dat *'het systeem op orde is'*; (2) daarnaast is te zien dat de praktijk van zorgverlening vernieuwt door meer nadruk op individuele zorgplannen, en (3) hoe de zorgzwaartepakketten moeten leiden tot meer keuzeruimte voor de cliënt is nog een zoekproces.

Aanvankelijk kozen veel instellingen – vooral in de ouderenzorg – voor een werkwijze die als focus had: het invullen van zorgtijd per ZZP. Mede omdat de rijksoverheid dat accent vanaf 2008 kenbaar maakte.

Nu nemen instellingen afstand van die werkwijze; men streeft naar ruimte voor de uitvoerende teams, naar flexibiliteit in woonzorg en dagvoorzieningen, en dat alles binnen budgetgrenzen. Kort gezegd is de opdracht: kom met de cliënt tot afspraken die aansluiten op zijn/haar wensen.

De werkvloer voelt zich vaak onzeker bij die opdracht. Men ervaart een spanningsveld tussen ruimte aan de ene kant en budgetbewaking aan de andere kant (de leiding van de instelling wil cliënten en ZZP's die voldoende budget meebrengen). De onzekerheid weerspiegelt zich op werkvloer: soms zijn de teams actief met de ZZP's bezig, vaak is de opstelling afwachtend ("we hebben er weinig mee te maken"). Die laatste attitude is vooral aanwezig als locaties hun gelden nog niet krijgen op basis van ZZP's.

### **2.3. Passende ZZP's voor cliënten**

De overheid heeft in recente jaren regie gevoerd over de toekenning van ZZP's aan individuele cliënten. Hiervoor zijn landelijke regels gesteld: instellingen moesten op grond van een vaste procedure de zorgzwaarte van cliënten vaststellen (een lijst met beperkingen gold als hulpmiddel). Daaruit volgde de keuze voor een passend ZZP. En het CIZ kwam tot definitieve vaststelling. Het CIZ kon de opgave die een zorginstelling deed zo nodig corrigeren.

#### *Toekenning van ZZP's: centrale rol voor uitvoerende teams*

Alle instellingen hebben die procedure gevolgd. In de sector Verpleging & verzorging hebben de afdelingshoofden en contactverzorgenden het voortouw genomen; bij de nieuwe cliënten is daarnaast de zorgbemiddeling of opnamecoördinator ingeschakeld.

Het middenmanagement vindt dat er meer ruimte moet zijn voor hoge ZZP's (7,8) in verband met complexe gezondheidsproblematiek (zogenoemde 'multi-morbiditeit'). Instellingen controleren regelmatig of toegekende ZZP's nog passen; soms volgens een vast schema, soms via de opdracht aan teams om 'aan de bel te trekken' als de zorgzwaarte van de cliënt duidelijk toeneemt.

In de gehandicaptenzorg was het verhelderen van 'zorgzwaarte' meestal een taak van de persoonlijk begeleiders van de cliënt; zij hebben de scores op beperkingen ingevuld en daardoor de mensen ingedeeld in een passend zorgzwaartepakket; zo nodig met de hulp van een gedragswetenschapper. Men vond het vaak erg lastig: "we denken niet in beperkingen maar in mogelijkheden van cliënt". In enkele instellingen is weloverwogen een intern indicatieteam gevormd zodat grotere objectiviteit wordt bereikt.

#### *Toekennen van ZZP's: veel interpretatieproblemen*

In de GGZ is – net als in de gehandicaptenzorg – aan persoonlijk begeleiders gevraagd om cliënten in te delen naar zorgzwaarte en ZZP; de GGZ-behandelaars konden advies geven. Een terugkerende moeilijkheid vond men het werken met zogenoemde B- en C-pakketten (zie einde hoofdstuk 1); het onderscheid is onhelder. In de praktijk is vooral de locatie waar iemand verblijft vooral leidend in de keuze voor een B- of C-pakket en niet de individuele zorgvraag.

Een andere moeilijkheid in de GGZ is lastiger: in de ZZP's wordt onvoldoende rekening gehouden met de context van zorgverlening waar onder een gesloten of open verblijfs-situatie. Zodra de cliënt van 'gesloten' naar 'open' gaat is volgens uitvoerende teams enige tijd meer begeleiding nodig en die zit niet in het toegekende ZZP.

Tot slot: er is een tendentie dat mensen met lichte ZZP's buiten de instelling komen, een tendentie die niet verkeerd hoeft te zijn. En voor mensen met hoge zorgzwaarte mist de GGZ een systematiek van toeslagen op basis van 'extreme zorgzwaarte'.

Samenvattend. De instellingen zijn erin geslaagd passende ZZP's aan cliënten toe te kennen, maar ze ervaren nog steeds onduidelijkheden in het systeem. Die betreffen met name (1) de afbakening en overlap tussen opeenvolgende ZZP's in een sector, en (2) de toepassing van sectorvreemde ZZP's (met name in de 'verpleging verzorging').

Er is daarnaast een meer fundamenteel probleem. We zien vergelijkbare cliënten, met een vergelijkbare zorgzwaarte, in uiteenlopende zorgzwaartepakketten zitten. Tussen instellingen bestaan in dit opzicht markante verschillen. Alsof de ene instelling er meer werk van maakte om cliënten in een relatief hoog pakket te plaatsen, terwijl de andere instelling hiermee juist terughoudend omging.

Dat is een ongewenste ontwikkeling. Want die leidt binnen sectoren tot een gevoel van oneerlijkheid dat vervolgens iedereen aanzet tot '*upcoding*': een trend waarbij cliënten onnodig in een hoger ZZP komen. De overheid reageert erop met prijskortingen omdat een budgetneutrale invoering van ZZP's is afgesproken (beheersing van macrobudget). Er is behoefte aan een eerlijk speelveld, waarbij de toekenning van ZZP's berust op de objectief bepaalde zorgzwaarte, niet op onderhandelingsvaardigheid van instellingen en variërende rekkelijkheid van indicatiestellers. De overheid moet de noodzakelijke regierol consistent oppakken.

## 2.4. Interne verdeling van geld

Om recht te doen aan de verschillen naar zorgzwaarte, kiezen de meeste instellingen voor een toedeling van geld naar locaties en/of afdelingen. De samenstelling van het cliëntenbestand is leidend voor de hoeveelheid geld die een locatie en/of afdeling krijgt. Tussen instellingen bestaan overigens forse verschillen in de afroaming voor 'overhead'; dat wil zeggen voor centrale diensten, staf & directie.

In de gehandicaptenzorg werken enkele zorginstellingen al langer met het genoemde principe: toedeling van geld aan woonlocaties op basis van zorgzwaarte van cliënten. Andere instellingen gaan ertoe over. Het kernpunt is dat de personeelsformatie gaat aansluiten op de aanwezige cliënten.

### *Budget naar cliëntenbestand*

Een strikt individuele toekenning van "geld aan de cliënt" is vrijwel nergens gangbaar. Dat is vrijwel niet te doen – zo is het inzicht – omdat een deel van de zorg individueel van aard is, een ander deel collectief. Bovendien: er zijn soms woongroepen waar de mensen prettig samenwonen – zelf voor die woonvorm gekozen hebben – maar waar de optelsom van ZZP's niet toereikend is voor de noodzakelijke zorg. Bijvoorbeeld doordat de woongroep naast mensen met lagere ZZP's ook enkele ernstig meervoudig gehandicapte mensen bevat. Om te vermijden dat 'budget' leidend wordt voor 'waar cliënten wonen', kiest de instelling ervoor dat die woongroep wat extra middelen krijgt. Er is bewust beleid om ZZP-gelden niet volstrekt individueel toe te kennen, maar altijd rekening te houden met de bijzondere omstandigheden van een woongroep.

Een andere complicatie is het duidelijkst genoemd in de GGZ. In de langdurige GGZ bestaat aarzeling ten opzichte van het genoemde principe: de toekenning van budget en personeelsformatie aan wooneenheden op basis van zorgzwaarte. Men wil tevens rekening houden met gewenste flexibiliteit (zie hieronder). Bovendien met het feit dat louter gelet op ZZP's niet alle locaties kostendekkend zijn. Flexibiliteit is nodig omdat de cliëntensamenstelling in een jaar aanzienlijk kan wijzigen. Daarom wordt vaak als oplossing gekozen: geen vast ZZP-budget per woonvorm maar flexibele teams die meebewegen met veranderingen in mensen en hun zorgbehoefte. Overigens hebben GGZ-instellingen meestal speciale afdelingen of wooneenheden voor bijzondere zorgvragers. Bijvoorbeeld voor ouderen met langdurige psychische stoornis én veel beperkingen. Of voor volwassenen die intensieve behandeling en begeleiding vragen mede in verband met zeer ernstig probleemgedrag.

### *Geen tijdregistratie per cliënt*

In alle sectoren hebben zorginstellingen overwogen om te werken met registratie van zorgtijd per cliënt; mede omdat de overheid en/of sommige zorgkantoren dat in 2009 als norm stelden. Bij veel organisaties komt men hierop terug. Om twee redenen. Ten eerste: het is ondoenlijk – of geeft een te zware administratieve last – om voortdurend bij te houden wat de geleverde zorg per cliënt is, en hoe vervolgens die geleverde tijd in verhouding staat met de zorgtijd per ZZP. Ten tweede: de dialoog tussen cliënt en

zorgverlener krijgt niet de gewenste impuls, omdat 'beheersing' voorop komt te staan in plaats van 'vraaggericht werken'.

Het is bekend dat landelijke cliëntenorganisaties op vergelijkbare wijze afstand nemen van 'invullen van ZZP op basis van zorgtijd'. Zie de brochure "ZZP wat kan ik ermee" die gezamenlijke cliëntenorganisaties hebben gemaakt: [www.zorgzwaarte-pakket.nl](http://www.zorgzwaarte-pakket.nl). Cruciaal voor alle instellingen is: (1) dat de cliënt op leefgebieden kan aangeven wat voor hem of haar belangrijk is, (2) dat de gemaakte afspraken – zoals vastgelegd in het zorgplan – worden nagekomen.

Enkele instellingen peilen zo nu en dan de ingezette zorgtijd, mede om te kijken waar beroepskrachten mee bezig zijn, hoe de verdeling is tussen direct cliëntgebonden tijd en indirecte tijd voor overleg en administratie. Dat geeft mogelijkheden tot bijsturing. Dat is vanuit de bedrijfsvoering een begrijpelijke aanpak.

## **2.5. Informatie naar cliënten**

Hoe zijn cliënten zelf betrokken bij de invoering van de zorgzwaartepakketten? Elke zorginstelling heeft langs verschillende lijnen informatie verstrekt. Met voorlichtingsbijeenkomsten, schriftelijke informatie, of individuele samenspraak in het kader van een zorgplan. Dit laatste werkt het best, zo is de breed gedeelde opvatting.

*Cliënten: houd het simpel*

In de sector V&V is het beeld dat de meeste cliënten nu weten wat de ZZP's inhouden. Erg belangrijk vinden ze het niet. Als gezegd: het zorgplan staat centraal. Aanvullende hulpmiddelen – cliëntagenda, wensenkaart, zorgkaart – ondersteunen dit. Gemaakte afspraken worden geëvalueerd in cliëntbesprekingen (multidisciplinair overleg).

In de gehandicaptenzorg was de opkomst bij voorlichtingsbijeenkomsten overwegend laag. Informatie aan cliënten is via de woonlocatie verstrekt; en ook hier in relatie tot de zorgplanbespreking. Veel organisaties vinden het moeilijk om bij hun communicatie met cliënten de juiste aanpak te vinden.

De overheid heeft aanvankelijk gestuurd op invulling zorgtijd; maar is daar later op terug gekomen. Een ander accent vinden de organisaties een beter uitgangspunt: de invulling van het ZZP op basis van kwaliteit van bestaan die de cliënt wenst.

De GGZ volgt dezelfde aanpak. De opgedane ervaring wijst erop dat voorlichting aan cliënten over de ZZP's weinig betekenis heeft; cliënten zien die informatie als niet erg belangrijk. De instelling wil daarom de communicatie met de cliënt op het zorgplan richten; en langs die weg mogelijkheden tot herstel zoeken.

Samenvattend. Voor de meeste cliënten leeft het ZZP niet, ondanks de uitleg erover. Pas als er conflicten zijn met de instelling – over geleverde zorg versus afgesproken zorg – komt het ZZP sterk naar voren. Dus eigenlijk te laat. De cliënt wil dan precies weten wat er met het geld per ZZP gedaan kan worden; het conflict blijft bestaan als de instelling niet erin slaagt dat helder te maken.

Overwegend nemen instellingen afstand van een gedetailleerde invulling van zorgtijd; men ziet daarin eerder verstarring dan aanzetten tot vernieuwing van zorg. Ervoor in de plaats komt het recht van de cliënt op persoonlijke afspraken over de invulling van zorg en ondersteuning, aan de hand van leefgebieden die voor de cliënt belangrijk zijn. Spanning ontstaat waar de beroepskrachten meer ruimte wensen om 'zelfredzaamheid' van mensen te bevorderen of 'herstel' – en waar ze het werkbudget op basis van ZZP's als te krap ervaren. Dat kunnen ze aan cliënten niet uitleggen.

## **2.6. Keuzeruimte en diversiteit van zorgaanbod**

Brengen de ZZP's meer keuzeruimte voor cliënten, en meer diversiteit in het aanbod? De meeste organisaties signaleren dat de ZZP's als zodanig maar beperkt van invloed zijn. Beslissend is een cultuur waarin creativiteit op de werkvloer wordt gestimuleerd, en waarin organisaties keuzeruimte bieden via verscheidenheid van woonvormen en dagactiviteiten (iets dat een jarenlange inspanning vereist). De ZZP's brengen wel een eerlijker verdeling van geld; de instellingen die mensen met hoge zorgzwaarte helpen krijgen daarvoor meer ruimte.

### *V&V: productenboeken als hulpmiddel*

In de sector Verpleging & verzorging werken een aantal instellingen met 'productenboeken'. Ze geven een omschrijving per ZZP, soms in globale termen soms in detail. De instelling legt uit wat de cliënt kan verwachten. Die omschrijving vermeldt ook hoe de accenten bij de invulling kunnen variëren. Nogal eens komt een onderscheid in drie onderdelen naar voren: (1) basiszorg, (2) aanvullende zorg op grond van zorgzwaarte, (3) begeleiding bij welzijn. De cliënt kan per onderdeel de wensen duidelijk maken; de instelling kan aangeven wat men binnen het budget wel of niet kan doen. Zelf betalen voor extra welzijnsdiensten is een optie.

Enkele organisaties hebben rekenschema's gemaakt waarmee het personeel kan zien hoeveel tijd beschikbaar is voor diverse zorgactiviteiten. Het voert tot een werkstijl waarbij cliënten hun wensen nog steeds kunnen uiten, tegelijk ervaren dat die wensen slechts bekeken worden aan haalbaarheid (past het binnen berekende zorgminuten).

### *GHZ: cliënten konden al kiezen*

In de gehandicaptenzorg zijn de belangrijkste ontwikkelingen rond 'diversiteit van het zorgaanbod' al ruim tien jaar gaande: met een trend naar kleinschalige woonvormen, en een breed aanbod van dagactiviteit waaruit de cliënt kan kiezen.

De helft van de instellingen werkt met een productenboek: een globale beschrijving van de invulling van zorg die per ZZP mogelijk is, en de speelruimte die de cliënt kan hebben met verschuivingen tussen woonzorg en dagactiviteit.

Alle instellingen leggen het zwaartepunt bij een type zorgplan dat de aandacht richt op kwaliteit van bestaan. Die invalshoek komt uit vernieuwingen die al langer gaande zijn: de 'support'-benadering (vraag mensen wat ze willen op levensdomeinen, ondersteunen waar nodig, maak hen zelfredzaam waar mogelijk). Men benut hulpmiddelen als weekprogramma's of afsprakenlijsten om elkaar scherp te houden.

*GGZ: spanning tussen herstelvisie en ZZP*

In de langdurige GGZ zoekt men nog naar een balans tussen herstelvisie en de ZZP's. ZZP's kan men zien als ruimte voor ondersteuning van de cliënt, maar toch bestaat de indruk dat de ZZP-systematiek te statisch is. Vanuit de herstelvisie geldt de opdracht om beperkingen waar mogelijk te verminderen

De meeste organisaties (zes van de tien in onze peiling) werken met productenboeken die niet alleen het zorgaanbod beschrijven maar tegelijk variaties in de invulling laten zien. Bijvoorbeeld met verschuivingen tussen woonzorg en dagbesteding.

Hoe de cliënt vervolgens de zorg kan invullen is mede afhankelijk van de zienswijze op het zorgplan. Er zijn twee uitersten: (1) een plan dat richting krijgt door behandelaars en verpleegkundigen, (2) een plan dat helemaal vanuit het "ik"-verhaal is gemaakt en dat de doelen van de cliënt op leefdoelgebieden centraal stelt. Steeds meer organisaties willen in de tweede richting opschuiven.

## **2.7. Terugblik**

De invoering van zorgzwaartepakketten berust vrijwel overal, in alle sectoren, op een gefaseerde aanpak, waarbij de bedrijfsvoering voorop staat.

Instellingen maken eerst 'het systeem' op orde: de toekenning van ZZP's aan cliënten, de herberekening van budgetten, de registratie als basis van declaraties in de AWBZ. Pas in een tweede fase – die meestal pas nu begint – staat centraal hoe de cliënt meer regie kan hebben over de invulling van het ZZP en welke keuzeruimte mogelijk is. Alle organisaties gebruiken het zorgplan als hulpmiddel om de cliënt meer aan het stuur te zetten (hoe wil ik de zorg hebben, wat is voor mij belangrijk).

Een deel van de organisaties kiest tegelijk voor een accent op 'beheersing' door aan de woonlocaties rekenschema's mee te geven; een centraal geregisseerd huishoudboekje waarmee de beroepskrachten leidraad krijgen voor de hoeveelheid zorg per cliënt. Het effect is vermoedelijk dat de noodzakelijke creativiteit weinig gestimuleerd wordt.

Ondertussen hebben zowel cliënten als uitvoerende teams te maken met voortgaande onduidelijkheden rond de ZZP's. De meest lastige daarvan betreft het ZZP-bouwwerk zelf; de regels voor toekenning van een bepaald zorgzwaartepakket aan de individuele cliënt. De indicatieregels worden ervaren als "niet erg scherp en eenduidig". We zien dat tussen zorginstellingen grote verschillen bestaan in het ZZP dat cliënten met een zelfde zorgzwaarte krijgen. Dat is een ongewenste ontwikkeling.

In de afstemming met de individuele cliënt – als eenmaal een ZZP is vastgesteld – is inmiddels de nadruk komen liggen op een kwalitatieve benadering, op basis van een indeling in leefgebieden die belangrijk zijn voor de cliënt.

De meeste instellingen nemen afstand van een aanpak waarin 'zorgtijd' in detail aan de cliënt wordt toegerekend, met verbijzondering naar activiteiten. Soms vinden de cliënten dat lastig – vooral in situaties waar de kwaliteit van zorg onder druk staat – meestal vinden ze de wending naar 'kwaliteit op leefgebieden' zeer aantrekkelijk.

### 3. Ervaringen van cliënten

Dit hoofdstuk stelt de cliënten zelf op de voorgrond: wat krijgen zij, en hoe beoordelen ze de aansluiting van de zorg op hun wensen en behoeften. Achtereenvolgens komen drie onderwerpen aan de orde:

- het perspectief van waaruit we de verkenning hebben opgezet (namelijk 'kwaliteit van bestaan' met een indeling naar leefdomeinen);
- de hoofdlijnen van de bevindingen die we vanuit de gesprekken hebben opgedaan (de details staan in de delen 2, 3 en 4);
- de conclusies die we op dit moment verbinden aan de bevindingen.

#### 3.1. Perspectief in onze verkenning

In alle zorgsectoren is in recente jaren gewerkt aan referentiekaders voor 'kwaliteit'. Domeinen van het leven zijn er als invalshoek gekozen. Voor de toepassing van de zorgzwaartepakketten kan erop worden aangesloten; zo doen veel instellingen dat. Centraal staan dan thema's uit het dagelijks leven van de cliënt. Thema's als:

- o wonen met privacy,
- o voortdurend nabije zorg (hulpverleners in de nabijheid die oproepbaar zijn),
- o een verzorgd lichaam (waar onder hulp bij zaken die men niet zelf kan),
- o smakelijke en gezonde voeding in een gezellige omgeving (op een leuke eetplek),
- o een zinvolle dagbesteding die aansluit op de voorkeuren van de persoon,
- o ondersteuning bij participatie die de cliënt wil (ook meedoen in clubs, verenigingen)
- o hulp bij sociale contacten met anderen (ook relaties opbouwen en onderhouden),
- o aandacht voor de eigen gezondheid (de dokter of verpleegkundige helpt bij ziekte),
- o ontwikkelen van vaardigheden die de cliënt regie over zijn leven geven.

De cliënt kan per thema eigen aandachtspunten noemen als start van de ZZP-invulling.

In onze verkenning hebben we deze benadering als vertrekpunt genomen. Met het oog op een hanteerbare vragenlijst hebben we ons gericht op de volgende domeinen:

- wonen met privacy
- continu nabije hulpverleners
- persoonlijke aandacht (en persoonlijke ontwikkeling)
- lichamelijke verzorging en gezondheidszorg
- dagelijkse maaltijden
- dagbesteding
- vrijetijdsbesteding.

Informatie over de individuele cliënten is op twee manieren verkregen: (1) begeleiders of verzorgers van de cliënt hebben antwoorden gegeven op de vragenlijst, (2) cliënten of hun vertegenwoordigers (bijvoorbeeld partner, ouders) hebben in een rechtstreeks gesprek een beeld van hun situatie gegeven. Bij een klein deel van de cliënten hebben we beide werkwijzen toegepast; we wilden een indruk krijgen van overeenstemming. Die blijkt redelijk groot te zijn.

Per sector zijn de volgende aantallen gerealiseerd; de twee cijfers verwijzen naar de zojuist genoemde twee methoden.

- V&V = 137 en 47 cliënten of directe familieleden,
- GHZ = 115 en 34 cliënten en 14 cliëntvertegenwoordigers (vaak ouders),
- GGZ = 135 en 50 cliënten.

Voor alle instellingen samen hebben we over bijna 500 mensen gegevens gekregen. Tegelijk hebben we kleine doorkijkjes gemaakt over nieuwe invullingen van zorg die we binnen de instellingen aantreffen. Die zijn opgenomen in de delen 2, 3 en 4.

### 3.2. Pakket in de praktijk: oordelen van cliënten

Wat vinden de cliënten van de aansluiting van de geboden zorg op hun behoeften en wensen? Er is een algemeen beeld van een redelijke 'aansluiting' van het zorgaanbod op wat de cliënt belangrijk vindt. Als we dieper graven zien we allerlei nuanceringen; onder meer kansen op persoonlijke ontwikkeling waarvoor niet genoeg tijd bestaat, of begeleiding bij activiteiten in de vrije tijd die achterblijven bij wensen. Hieronder staan enkele hoofdlijnen voor cliënten in de drie zorgsectoren.

#### ***Verpleging & verzorging***

Een beknopt overzicht van de ervaren aansluiting van zorg op behoeften en wensen staat in de tabel hieronder. Gemiddeld is voor acht op de tien cliënten op de diverse gebieden een redelijk goede aansluiting bereikt. Voor twee op de tien mensen is die aansluiting slechts gedeeltelijk gerealiseerd of sterk onvoldoende.

*Tabel 1: In hoeverre sluit het zorgaanbod aan bij de wens van de cliënt.*

Leefdomeinen :	Aansluiting zorg			
	Ja	Gedeeltelijk	Nee	TOTAAL
Wonen met privacy	84%	9%	7%	100%
Continu nabije hulp	85%	6%	9%	100%
Persoonlijke aandacht	85%	9%	6%	100%
Lichamelijke verzorging	92%	6%	2%	100%
Voeding	86%	7%	7%	100%
Dagbesteding	80%	10%	10%	100%
Vrijtijdsbesteding	77%	14%	9%	100%

1. *Wonen*. Voor wie gaat wonen in een verpleeg- of verzorgingshuis is dat vaak lastig; het is anders, kleiner, ongewend. Aanpassingen kunnen moeilijk zijn. Verrassend is daarom dat 84% van de mensen de woonkwaliteit bevredigend vindt. Zwakke punten

zijn het ontbreken van een eigen toilet en badkamer (vooral in verpleeghuizen waar cliënten, ondanks een eigen kamer de sanitaire ruimte delen met een andere bewoner). Voor “wonen met privacy” heeft het ZZP-systeem weinig betekenis; de woonkwaliteit is van andere zaken afhankelijk. De cliënten in onze verkenning hebben overwegend een eigen kamer (85%). Die eigen kamer wordt als erg belangrijk ervaren. Cliënten die er niet over beschikken, signaleren dit als een zwak punt. Verouderde zorgbouw kan niet op korte termijn veranderen. Andere zaken zijn wel direct beïnvloedbaar door de uitvoerende teams. Ze hebben te maken met een cultuur van ‘privacy’ bevorderen, of met ‘sfeer’ die blijkt uit de inrichting van gemeenschappelijke ruimtes.

2. *Nabije zorg.* Continue nabijheid van zorgverleners is onmisbaar voor mensen die op verblijf zijn aangewezen. De ernst van hun zorgbehoefte maakt 24uurszorg nodig. Voor 85% van de mensen is die nabijheid voldoende goed geregeld. Waar mensen dit punt als onvoldoende aanmerken, blijkt het vooral te gaan om de veelvuldig te lange wachttijden na een oproep of alarmsignaal. Daarnaast het gebrek aan tijd om met de beroepskrachten de problemen waarover men aan de bel trekt – of de signalen van ongerustheid – rustig door te nemen.

3. *Aandacht en ondersteuning.* Persoonlijke aandacht verwijst in onze verkenning niet zozeer naar bejegening in de brede zin van het woord. We zijn vooral geïnteresseerd in aandacht bij persoonlijke moeilijkheden en zorgen. De cliënten wenden zich voor deze zaken primair tot familieleden en vrienden. Als die niet beschikbaar zijn, zal het personeel de gevraagde aandacht moeten geven. Cliënten vinden overwegend dat het personeel bereid is voor hen klaar te staan; er is uitgesproken waardering. De kritiek betreft de gehaastheid die men vaak tegenkomt. Tijdsdruk bij verzorgenden leidt tot bemeten ruimte voor het gesprek met de cliënt.

4. *Lijfsgebonden zorg.* Hulp bij de lichamelijke verzorging is overwegend afgestemd op de beperkingen die mensen ondervinden – zoals beperkingen bij zich kleden, in en uit bed gaan, eten en drinken. Voor negen op de tien cliënten is de aansluiting heel behoorlijk, gelet op de mate waarin op de beperkingen wordt ingespeeld. Het knelpunt zit veelvuldig op een ander vlak (maar nog steeds een minderheid van de geraadpleegde cliënten signaleert dit): het veelvuldig niet nakomen van de afspraken door de uitvoerende teams. Verschillende zorginstellingen onderkennen dit knelpunt; en menen dat de krapte aan tijd en de sterk doorgevoerde taakverdeling er debet aan is. Men kiest dan voor een verandering waarbij uitvoerende teams meer verantwoordelijk zijn voor de zorg aan een groep cliënten; zonder een veelheid van instructies “van bovenaf”. Die aanpak heet soms het ‘zorg aan huis model’.

5. *Medische zorg.* Algemene gezondheidszorg komt in het verzorgingshuis van de huisarts; in het verpleeghuis van de specialist ouderengeneeskunde. Er zijn tussenvarianten. 77% van de cliënten krijgt periodiek onderzoek naar de gezondheid; bij 59% van de cliënten zijn één of meerdere behandelaars betrokken. Uit andere peilingen weten we dat vooral de cliëntvertegenwoordigers (familieleden) ongerust zijn over alert optreden van artsen bij signalen van “er is iets mis”.

5. *Maaltijden*. De maaltijdvoorziening is in vrijwel alle zorghuizen een onderwerp van afstemming met de cliënten. Keuzemogelijkheden zijn ruim, zowel bij “wat men eet” als “waar men de maaltijden gebruikt”. Op dit gebied melden cliënten overwegend (86%) een behoorlijke aansluiting op de eigen wensen.

6. *Dagactiviteit*. Het aanbod van dagbesteding kan bestaan uit activiteiten die op de afdeling of woongroep plaatsvinden, daarnaast activiteiten die voor alle bewoners van een zorghuis worden georganiseerd. Het eerste type is van groot belang voor cliënten met sterk beperkte redzaamheid, zoals mensen met gevorderde of zware dementie, of mensen met zware somatische problematiek die op eigen kracht “niet veel kanten uit kunnen”. Overwegend zijn de cliënten positief over de dagactiviteiten die de instelling biedt. Het knelpunt zit in gebrek aan diversiteit, ofwel afstemming op de eigen leefstijl. Dat knelpunt is wat minder aanwezig als de organisatie samenwerkt met vrijwilligers, of maatschappelijke stages betreft bij een meer volwaardig aanbod van dagactiviteit.

7. *Vrije tijd*. Hulp bij vrijetijdsbesteding in de weekenden is meestal zwak ontwikkeld. Roosters van het personeel en begrensde budgetten leiden ertoe dat cliënten weinig afleiding krijgen. De familie is aan zet en als die afwezig is valt het stil rond de cliënt. Teams van verzorgenden verzuchten wel eens: als nabije familieleden één keer per maand een zondag zouden meedoen, kunnen we een veel leukere dag ervan maken. Enkele zorginstellingen zoeken een andere oplossing. Cliënten kunnen gebruik maken van begeleiding bij uitgaan of vrijetijdsbesteding op basis van eigenbetaling. Dat gaat op dit moment met een uurprijs van omstreeks € 10 a € 15 bij individuele begeleiding. Die mogelijkheid is er overigens op elk moment in de week.

### ***Gehandicaptenzorg***

Voor verstandelijk gehandicapte mensen in onze verkenning is het algemene beeld dat de geboden zorg en ondersteuning redelijk goed aansluiten op behoeften en wensen. (Dat beeld geldt niet voor de gehele sector. Er zijn instellingen die achterblijven in de kwaliteit van zorg; zij zitten niet in onze verkenning).

Naast het algemene beeld zijn diverse knelpunten; onder meer rond begeleiding bij de ontwikkeling van persoonlijke vaardigheden en bij vrijetijdsbesteding in de weekenden.

1. *Wonen*. De bevraagde cliënten hebben een eigen zit/slaapkamer; soms een eigen appartement waar men ook zelf kan koken. De wooneenheden staan meestal in een gewone wijk (bij elf van de veertien locaties waar het onderzoek is gedaan). Op alle locaties wordt de kamer of het appartement echt als het terrein van de cliënt gezien. Over het algemeen past de woonsituatie bij de wensen en behoeften van cliënten. De cliënten zelf – of hun vertegenwoordigers – zijn overwegend positief. Dat geldt tevens voor ‘wonen in een wijk’. Mensen tekenen erbij aan dat de wijk voor sommige cliënten lastig is; voor mensen met zodanig ernstige beperkingen of probleemgedrag die niet onbegrensd naar buiten kunnen (wat op instellingsterreinen wel kan). Overheersend is echter het gevoel van voordelen omdat men ‘zo gewoon mogelijk wil wonen’.

2. *Nabije zorg.* Continu nabije zorg en gestructureerde begeleiding zijn onmisbaar; cliënten zijn hierover tevreden. Cliënten maken afspraken met de begeleider over de ondersteuning die zij nodig hebben en hoe zij deze willen ontvangen. Technische hulpmiddelen worden al een aantal jaren ingezet in de nachtzorg voor cliënten. Op negen van de veertien locaties wordt gewerkt met een uitluistersysteem

3. *Persoonlijke aandacht en ondersteuning:* cliënten zijn positief over de inhoud en stijl van de begeleiding. Tegelijk zijn er knelpunten: wisselingen in het team, onvoldoende tijd voor persoonlijke ontwikkeling (vaardigheden versterken), afnemende ruimte voor georganiseerde activiteiten in weekenden (ergens heen gaan). De meeste organisaties onderkennen dat laatste; ze zoeken oplossingen via een bredere inzet van vrijwilligers maar dat lukt vaak moeilijk.

Daarnaast is een ontwikkeling gaande waarbij vrijwilligers of familieleden taken van de professionele begeleiding overnemen; denk aan ziekenhuisbezoek, kopen van kleding, meegaan met collectief georganiseerde vakanties, meegaan met recreatieve uitstapjes.

Cliënten geven aan dat zij tevreden zijn over de begeleiding die zij ontvangen. Wat men noemt "de persoonlijke klik" is niet met iedere begeleider even groot, maar over het algemeen heeft elke cliënt een begeleider waarmee hij/zij goed kan praten. Begeleiders en ouders vinden dat de basiszorg voldoende aansluit bij de cliënten. Zij signaleren tegelijk dat welzijnsactiviteiten en individuele aandacht regelmatig tekortschieten door gebrek aan tijd en mankracht. Bijvoorbeeld tijd om even met de cliënt te wandelen, een ontspannen gesprek te voeren, of samen een uitstapje te maken.

4. *Persoonlijke ontwikkeling.* Alle cliënten hebben een zorgplan waarin 'persoonlijke ontwikkeling' in opgenomen is. Soms wil een cliënt zich bepaalde vaardigheden eigen maken, bijvoorbeeld leren koken of zelfstandig met het openbaar vervoer reizen. Dan wordt gekeken wat de begeleiders kunnen bieden, hoe de dagactiviteit kan bijdragen, of welke deelname aan trainingen voor de cliënt mogelijk zijn. Ook sociale contacten zijn belangrijk bij de persoonlijke ontwikkeling. Cliënten hebben meestal een klein sociaal netwerk. Uitbreiding ervan is vaak moeilijk. Een persoonlijk vrijwilliger is voor veel cliënten een welkome aanvulling.

5. *Hulp bij lichamelijke verzorging* is niet voor iedereen uitgebreid nodig. Volgens de cliënten wordt ruim rekening gehouden met persoonlijke behoeften. Deze zorg is "op maat gesneden". Cliënten en hun vertegenwoordigers uiten hun waardering voor de beroepskrachten, voor hun inzet om rekening te houden met wensen. Een cliënt wordt bijvoorbeeld altijd door een vrouw gewassen omdat zij geen mannen tolereert.

6. Over de *maaltijdvoorziening* zijn cliënten overwegend tevreden. Het eten is meestal lekker. In de meeste woonvormen wordt op de locatie gekookt. Mensen maken daar afspraken; er wordt geluisterd naar individuele wensen van cliënten. In traditionele woongroepen is er gewoonlijk 'samen eten'. Op locaties waar cliënten zelfstandig wonen is de keuzeruimte het grootst.

7. *Deelname aan dagbesteding* is mogelijk bij een voorziening van de eigen (woon)-instelling of bij een andere aanbieder als dat beter past; dat laatste doet 10% van de cliënten. De bevroegde mensen spreken overwegend over 'prettige dagbesteding' die ze hebben met aanzienlijke keuzeruimte. Instellingen hebben in de voorbije jaren een breed aanbod van dagbesteding tot stand gebracht.

8. *Vrijtijdsbesteding* is een leefdomein dat nogal eens onder druk staat, vooral in de weekenden. Een deel van de cliënten heeft eigen bezigheden of organiseert iets met familieleden. Een ander deel wil iets ondernemen maar begeleiders kunnen dat niet in hun schema's inpassen. Instellingen zoeken een oplossing via vrijwilligers, maar dat lukt slechte beperkt. Er is weinig samenwerking met reguliere welzijnsinstellingen om gezamenlijke activiteiten te organiseren. Voor een aanzienlijk aantal cliënten is dan het weekend een lastige fase in de week.

### **Langdurige GGZ**

Bij cliënten in de langdurige GGZ vinden we minder vaak positieve oordelen dan in de andere sectoren. Hoe dat komt, weten we nog niet. Wellicht door de verwachtingen bij begeleiders, of door het confronterende karakter dat voor cliënten vastzit aan opname in een instelling (het contrast met eigen ambities, de heftige problematiek).

Een samenvattend overzicht staat in de tabel hieronder. Op het gebied van 'wonen met privacy' is de situatie voor de helft van de cliënten echt bevredigend; op de andere gebieden bestaat voor gemiddeld tweederde van de cliënten een situatie waarin de zorg geheel of grotendeels aansluit op persoonlijke behoeften en wensen.

*Tabel 1: Aansluiting van het zorgaanbod bij de behoeften/wensen van de cliënt*

Leefdomeinen :	Aansluiting zorg			
	Ja	Gedeeltelijk	Nee	TOTAAL
Wonen met privacy	48%	31%	21%	100%
Continu nabije hulp	67%	25%	8%	100%
Persoonlijke aandacht	62%	33%	5%	100%
Lichamelijke verzorging	66%	29%	5%	100%
Voeding	68%	25%	7%	100%
Dagbesteding	60%	29%	11%	100%
Vrijtijdsbesteding	65%	28%	7%	100%

1. *Wonen met privacy* is een gebied met veel verschillende kanten. Van de bevroegde cliënten heeft 94% een eigen kamer. En 69% heeft de mogelijkheid die kamer zelf in te richten (anders staan er meubels van de organisatie in de kamer). Voor de helft van de mensen is de woonsituatie bevredigend; voor drie op de tien gedeeltelijk, voor twee op de tien personen niet. Dat laatste komt vooral doordat cliënten met grote groepen

op een afdeling wonen. Een bevredigende woonsituatie gaat samen met “een eigen plekje hebben” waar men rustig kan wonen, of altijd mensen om zich heen hebben, bewoners en begeleiders, op wie men kan terugvallen.

2. *Nabije zorg.* Afhankelijk van de cliënten waarop een woonvorm zich richt, is toezicht geregeld, evenals nabije begeleiding. Bijvoorbeeld voor cliënten die weinig bemoeienis wensen – maar niet zelfstandig kunnen wonen – is de begeleiding overdag direct oproepbaar, daarnaast enkele uren gewoon aanwezig. Op de meeste woonlocaties is de begeleiding van vroeg in de ochtend tot laat in de avond aanwezig. Gedurende de nacht zijn er oproepbare beroepskrachten.

3. *Persoonlijke zorg.* Bij tweederde van de cliënten is een goede aansluiting van de dagelijkse zorg op de eigen behoeften bereikt; bij éénderde is dat gedeeltelijk of erg weinig (dit laatste bij 8%). Als pluspunten zijn genoemd: dat de cliënt altijd bij de begeleiding terecht kan, en dat men een gevoel van zekerheid en veiligheid krijgt. Als het aanbod niet aansluit heeft dat twee oorzaken: (1) er is te weinig begeleiding in een woongroep waardoor individuele aandacht tekortschiet, (2) er is een afkeer bij de cliënt ten opzichte van alle zorg (= de opstelling van ‘zorgmijders’).

Ruimte voor persoonlijke ontwikkeling is een vast onderdeel van de zorg. Cliënten zijn hierover vooral positief wanneer er naast de dagelijkse begeleiding een cursusaanbod bestaat dat ingaat op het ziektebeeld.

4. *Zorg en gezondheid.* Het merendeel van de cliënten (61%) krijgt therapeutische hulp bij de psychische stoornis, zoals gesprekken met een psychiater en medicatie. Wat cliënten soms missen is de niet-medicale therapie gericht op de aandoening, bijvoorbeeld een gespreksgroep bij ‘borderline’.

In het dagelijks leven heeft maar een deel van de cliënten directe hulp bij persoonlijke verzorging nodig; helpen of stimuleren. Soms ontstaat een dilemma: de zorgverleners willen persoonlijke hygiëne bevorderen, cliënten willen dat ze op afstand blijven. Dat laatste geeft een risico van zelfverwaarlozing.

5. *Maaltijden.* Cliënten hebben vaak keuzeruimte bij “wat men eet”, minder bij “waar men dat doet”. Overwegend vinden ze dat de maaltijdvoorziening aansluit bij de eigen wensen; vaak is het prettig dat “alles voor me wordt klaar gezet”. Veel zorginstellingen streven naar een actiever inbreng van de cliënt: zelf meedoen, aandacht voor gezonde voeding. Die omslag werkt positief naar zelfredzaamheid.

6. *Dagactiviteit.* 85% van de cliënten heeft georganiseerde dagactiviteit; en bij 15% is het nog niet gelukt de cliënten zover te krijgen (soms omdat ze een eigen daginvulling hebben). Overwegend vindt men de dagactiviteit aansluiten bij persoonlijke wensen. Soms is de standaardomvang niet toereikend; meer dan vijf dagdelen zijn gewenst. Belangrijk voor alle cliënten is de ‘structuur in het dagelijks leven’. Met activiteiten die aansprekende bezigheden bevatten. Cliënten die ontevreden zijn melden dat inhoud of niveau van de activiteiten niet passen. Bij jongere cliënten bestaat vaak een ander type behoefte dan het aanbod geeft: men zoekt “uitdagender bezigheden” dan werk in

de groenvoorziening, hout of metaal. Belangrijk is dan de mogelijkheid dagbesteding af te nemen bij een andere instelling dan die waar men verblijft. Vaak lukt dat niet.

7. *Vrijtijdsbesteding*. Alle instellingen organiseren activiteiten voor de 'vrije tijd'. Tweederde van de cliënten is daarover positief, éénderde noemt meer of minder grote tekortkomingen. Dit laatste kan samenhangen met gebrek "één op één" begeleiding bij mensen met grote redzaamheidsproblemen of met onvrede over groepsgewijze vormen van vrijetijdsbesteding. Samenwerking met lokale welzijnsinstellingen –om te voorzien in een ruimer aanbod– komt nog weinig voor.

### 3.3. Conclusies

We hebben voor cliënten in drie sectoren gezien of de zorgarrangementen aansluiten op persoonlijke behoeften en wensen. Het algemene beeld uit de verkenning wijst in de richting van een redelijk goede aansluiting van de geboden zorg op die behoeften en wensen. Het meeste succesvol zijn organisaties die de zorgplannen op een nieuwe manier toepassen, met een onderscheid naar kwaliteit van bestaan op leefgebieden; en die tegelijk de uitvoerende teams daar voortdurend op aanspreken.

De instellingen die meededen aan onze verkenning staan buiten de gevarenzone van 'zwakke kwaliteit'. En ze staan welwillend tegenover de invoering van ZZP's. Dit is de context waarin we onze conclusie gaven.

Tegelijk geldt iets anders. Onder het beeld van een behoorlijke aansluiting zitten nog allerlei knelpunten; bijvoorbeeld te weinig begeleiding bij persoonlijke ontwikkeling, of dagactiviteit die te weinig divers is.

Geld speelt soms een rol. Toch is dat niet alles. Instellingen attenderen op krapte die ontstaat omdat de overheid niet genoeg budget aan de ZZP's hangt. Maar instellingen met dezelfde geldsom zijn verschillend succesvol in alert reageren op de wensen die cliënten aandragen. Sommige doen dat beter dan andere.

Wat precies de 'magische formule' is, weten we niet precies. Onmisbare ingrediënten zijn in ieder geval: een aansprekende en gedeelde "visie op zorg", een opdracht aan de uitvoerende teams tot creativiteit, en een vorm samenspraak met de cliënt waarin persoonlijke wensen verhelderd worden, en afspraken worden waargemaakt.

Tot slot: vernieuwingen in het zorgaanbod ontstaan maar in bescheiden mate door de ZZP's. Veel belangrijker is de visie van de organisatie. Toch leiden de ZZPs tot enige dynamiek. Vaak ogenschijnlijk kleine zaken. In de GGZ bijvoorbeeld het betrekken van ervaringsdeskundigen bij zorg en herstel. In de gehandicaptenzorg het versterken van het netwerk rond de cliënt, of het opzetten van verenigingen voor vrijetijdsbesteding. In de zorg voor jongdementerenden onder meer volwaardige dagactiviteit en 'meer buiten komen' waardoor mensen een prettiger dag en een betere nachtrust hebben. Er is toenemend initiatief. Tegelijk valt op dat instellingen weinig van elkaar opsteken, weinig 'over de muren kijken' en om te creatieve invullingen van ZZP's te ontdekken.

## 4. Enkele conclusies

In dit afsluitende hoofdstuk geven we enkele aandachtspunten voor beleid van zowel de overheid als de zorginstellingen.

### 1. *Het systeem van de ZZP's*

Een belangrijk voordeel van de zorgzwaartepakketten is de eerlijker toedeling van geld, als ruimte voor individuele zorgverlening. Voor cliënten met hoge zorgzwaarte is meer geld beschikbaar dan voor personen met lage zorgzwaarte.

De uitvoerende teams – die vaak het voortouw nemen bij de indeling van de cliënt in een passend pakket – ondervinden nog steeds onduidelijkheid over de afbakening van pakketten; en over sectorvreemde ZZP's.

Tussen instellingen zien we duidelijke verschillen in 'wat de cliënt krijgt': cliënten met een zelfde zorgzwaarte komen in uiteenlopende pakketten. Kort gezegd betekent deze situatie dat het systeem niet stabiel is, en dat de objectiviteit onvoldoende is.

Het CIZ signaleert dat veel zorgaanbieders in toenemende mate onderhandelen over de toekenning van een (hoger) zorgzwaartepakket. Soms gaat dat ook over de meest gunstige 'grondslagen'. In deze context zijn twee zaken essentieel voor een duurzame ZZP-systematiek: (1) een doortastende harmonisatie van ZZP's tussen zorgsectoren, zodat niet de 'sector' telt maar de zorgzwaarte van de persoon, (2) een beter geheel van beslisregels bij indicatiestelling – wie krijgt wat en wanneer – in samenhang met garanties op 'objectiviteit'.

### 2. *Tanend imago van de ZZP's*

De invoering van zorgzwaartepakketten is geplaatst in een context van 'macroneutrale budgetten'. Een overwegende tendentie naar '*meer hogere ZZP's*' is opgevangen met een generieke prijsaanpassing. Door de sectoren als geheel is er geen geld ingeleverd; tussen instellingen kwamen verschuivingen (opbouwers en afbouwers).

Er is ondertussen iets gebeurd met het imago van de zorgzwaartepakketten. Beroepskrachten zijn de ZZP's gaan associëren met bezuiniging, omdat instellingsbestuurders nieuwe maatregelen namen om formatieplaatsen te schrappen, nachtdiensten eerder te laten ingaan, enzovoort.

Afgezien van de afbouwers, ontstaat daarmee een onjuist beeld in veel sectoren. Het is urgent dat instellingsbestuurders beter uitleggen hoe de ZZP-inkomsten zijn en wat ze met het geld kunnen doen. Uitleg over het aandeel van de overhead – soms hoog in vergelijking tot de 'benchmark' – hoort daarbij. Evenals uitleg over de verhouding van directe en indirecte tijd bij de uitvoerende teams (wat zijn ze allemaal kwijt aan nodige of onnodige tijd voor registratie, bijvoorbeeld). Er is nu veel onrust over verschraling van de zorg.

### 3. *Individuele invulling van zorg*

Een basisidee bij de ZZP's is dat elke cliënt –met het passende pakket– kan rekenen op een persoonlijke invulling. Het arrangement zal aansluiten op de beperkingen die iemand heeft, en zal tegelijk inspelen op eigen behoeften, wensen en mogelijkheden.

In de praktijk zien we instellingen die uitdaging oppakken, maar het gaat veelal nog maar mondjesmaat.

Een lastige factor is de nadruk die al vanaf het begin van de ZZP's kwam te liggen bij de berekende zorgtijd. Organisaties gingen afbakenen wat men kan leveren binnen de zorgtijd van het ZZP, zonder tegelijk de vraag te stellen of – door slimmer organiseren van de zorg – heel andere uitkomsten voor cliënten mogelijk zijn.

Toepassing van dergelijke rekenschema's past bij de behoefte aan 'beheersing' die in de top van veel organisaties aanwezig is. Het is tegelijk een blokkade voor gewenste creativiteit op de werkvloer, in de directe dialoog met de cliënt.

Aantrekkelijk is daarom een kanteling van rekenschema's naar persoonlijke invulling van ZZP's op basis van 'kwaliteit van bestaan'. Centraal staat wat de cliënt belangrijk vindt op diverse leefgebieden. De meeste cliënten vinden die aanpak aantrekkelijk; ze vragen geen uitleg over ZZP maar willen dat de zorg aansluit op hun behoefte.

Daarmee is niet alles gezegd. Uiteraard mag van de zorginstelling worden verwacht dat ze tegemoet komen aan cliënten die willen praten over 'budget': wat kan er met het ZZP-geld dat aan mijn indicatie hangt.

#### **4. ZZP's brengen nieuwe zakelijkheid**

Met de invoering van zorgzwaartepakketten is in alle zorgsectoren een nieuw soort zakelijkheid ontstaan. Bestuurders overzien wat de inkomsten zijn op basis van de mix van cliënten. Ze hebben tegelijk de behoefte om grenzen te stellen aan de zorg die de instelling kan leveren (rekenschema's).

Er is op zich niets mis met 'grenzen stellen' maar er is wel een groot probleem. De ene organisatie kan met het beschikbare geld veel meer doen dan de andere; en 'achterblijvers' vragen – zo bezien – te snel extra betalingen van cliënten. Er is geen 'harde bovengrens'. Cliënten mogen verwachten dat 'betalen voor extra service' niet onnodig plaatsvindt; ze mogen een optimale benutting van AWBZ-gelden verwachten.

#### **5. Inkoop door zorgkantoren**

Zorgkantoren hebben als opdracht om de geïndiceerde zorg als basis te nemen van de afspraken met zorgaanbieders. Daarnaast willen ze bevorderen dat de zorgaanbieders voldoen aan kwaliteitseisen – reden om landelijk geldende kwaliteitskaders verplicht te stellen, bijvoorbeeld 'verantwoorde zorg' in de V&V-sector. Zo is het ook afgesproken tussen de VWS-bewindspersonen en de zorgkantoren die de AWBZ uitvoeren.

Tegelijk zien we diverse zorgkantoren allerlei nieuwe regels stellen; bijvoorbeeld over de personeelsformatie die de instelling moet hebben, de verantwoording over zorgtijd die per ZZP wordt gerealiseerd.

Zo ontstaat de indruk dat een deel van de zorgkantoren meer bezig is met "controle en dicht regelen van het systeem" dan met "stimuleren van vernieuwing". De sturing door zorgkantoren moet juist in de richting gaan van ruimte voor creativiteit en de controle moet zijn gericht op 'resultaten voor cliënten'.

Binnen de organisatie mogen uitvoerende teams verwachten – van de eigen besturen en het zorgkantoor – dat ze 'over de muren kunnen kijken'; leren van vernieuwende praktijken in andere organisaties. Daarop moet de komende jaren een premie staan.

### **DISCUSSIE: wat is het perspectief voor de zorgzwaartepakketten?**

- De zorginstellingen waren van oudsher verzekerd van stabiele inkomsten in de AWBZ. Met de invoering van ZZP's als persoonsvolgende bekostiging zal die zekerheid verder verminderen. Zorginstellingen zullen zich niet langer richten naar de overheid op het moment dat de inkomsten in gevaar komen. Ze moeten op zoek naar cliënten en ze moeten hun zorg en dienstverlening richten naar de wensen van de cliënten.
- Een nieuw soort creativiteit is dan nodig in alle geledingen van een zorginstelling. De houding moet zijn: "kom maar met je € 55.000 per jaar voor zware dementiezorg, ik maak er iets moois van; ik regel het zoals je zelf prettig vindt". Brede invoering van persoonsvolgende bekostiging zet alle zorgaanbieders onder gezonde druk; men moet zich waarmaken naar potentiële klanten, "kijk wat ik met geld kan doen".
- Persoonsvolgende bekostiging is daarmee gezonde wedijver om de cliënt; is die niet tevreden dan 'wandelt hij met zijn pakket naar een andere aanbieder, en het geld beweegt mee. Een zorginstelling moet hiermee flexibel kunnen omgaan. Zover is het nog niet. Zorginstellingen zijn vaak niet goed voorbereid op systematisch vernieuwen van arrangementen en op een meer onzekere inkomstenstroom. Veel instellingen weten niet precies 'waar de kosten zitten', worstelen met de inzet van personeel en werken met historische bepaalde interne budgetten.
- Persoonsvolgende bekostiging zal de trend naar diversiteit verder stimuleren. De langdurige zorg is in de voorbije tien jaren meer maatwerkzorg geworden; met meer aandacht voor verschillen in zorgbehoefte van mensen, verschillen in leefstijlen en wensen. Sommige instellingen zijn daarin al heel ver gegaan. Zie vele instellingen in de gehandicaptenzorg die binnen het zorgbudget in staat zijn om kleinschalig wonen te bieden en dat combineren met volledige dagbesteding afgestemd op de voorkeuren van de cliënt. Zie ook sommige verpleeghuizen die van een 'vaste programmering' (roosters bepalen de dienstverlening) radicaal is gaan werken met individuele plannen waarin mensen zelf het vertrekpunt zijn. Het kan dus wel, maar instellingen leren nog te weinig van elkaar.
- Succesvolle instellingen zijn de organisaties die dit snappen en die investeren in goede dienstverlening aan hun cliënten. Wat is hier de drijvende kracht? Met charismatische leiders – en de organisatie van zorg in kleinschalige werkverbanden – gaat het vaak 'vanzelf'. Waar het nu om draait is de groep 'middenmoters' met een sterke oriëntatie op de interne bedrijfsvoering. Het financiële machtsblok van de instelling heeft de touwtjes in handen en geeft instructies aan het middenmanagement, bijvoorbeeld als het met de productie achterblijft. Dit zien we terug in de positie van de managers op het middenniveau; bij de teamleider met het dagelijkse contact met zorgverleners en cliënten. Zij worden vaak gemangeld tussen "productie op orde hebben" (als opdracht vanuit de top) en "tijd of ruimte voor vernieuwende dienstverlening".
- Een moeilijkheid is altijd dat de toegekende zorg zal worden geïndividualiseerd, maar dat de zorg nooit helemaal "individueel" kan worden ingevuld. Vooral bij zwaardere hulpbehoefte is – bij begrensde middelen – de 7x24uurszorg slechts mogelijk in een geclusterde woonsetting. Een deel van de zorg is collectief geregeld, bijvoorbeeld nachtoezicht, beschikbaarheid van medische zorg, sommige dagprogramma's (dagbesteding). Instellingen die met cliënten praten over de invulling van het ZZP kennen dit dilemma. Ze signaleren dat het in dialoog met cliënten is op te lossen.

