



# Zorgzwaartepakketten in de praktijk

Een onderzoek naar zorgzwaartepakketten in de ggz

**Colofon**

De Cliëntenmonitor Langdurige Zorg is een activiteit van landelijke cliëntenorganisaties, en is mogelijk gemaakt dankzij programmasubsidie van het Ministerie van VWS. De deelnemende organisaties zijn: CG-Raad, CSO, Landelijk Platform GGz, LOC, NPCF, Per Saldo, Platform VG. Daarnaast doen mee: Mezzo, Landelijke Vereniging voor Mantelzorgers en Vrijwilligerszorg, en Zorgbelang Nederland met regionale zorgbelangorganisaties.

**Auteurs**

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

**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)

# Zorgzwaartepakketten in de praktijk

Een onderzoek naar zorgzwaartepakketten in de ggz

# Inhoudsopgave

1.	Inleiding	5
2.	Kijk op zorgzwaartepakketten	8
3.	Aanpak van zorgzwaartebekostiging	13
4.	Zorg rond de individuele cliënt	26
5.	Conclusies en aanbevelingen	43

## 1. Inleiding

### 1.1. Doel

Dit rapport is de neerslag van een verkenning naar de invoering van zorgzwaartepakketten: wat vinden organisaties van de ZZP's, hoe pakken organisaties het aan, wat merken cliënten ervan, wat is het zorgaanbod en sluit het aan bij de wensen van de cliënt. Dit deel van de tussenrapportage brengt in beeld hoe organisaties uit de geestelijke gezondheidszorg met de invoering van de ZZP's aan de gang zijn.

Organisaties binnen de ggz bevinden zich wat betreft ZZP's in de startfase. Organisaties stellen vaak een ZZP-werkgroep aan waarin diverse disciplines vertegenwoordigd zijn. Een belangrijke vraag is hoe de organisatie invulling moet geven aan de ZZP's. Bij het merendeel van de organisaties (acht van de tien) zijn de plannen inmiddels uitgekristalliseerd en worden ze geïmplementeerd op de werkvloer. Bij andere organisaties (twee van de tien) is men nog bezig deze vraag te beantwoorden. Het financiële aspect speelt hierbij een grote rol. Instellingen die er financieel op achteruit gaan (afbouwers) lijken meer moeite te hebben om de invoeringsvraag te beantwoorden dan instellingen die er financieel op vooruit gaan (opbouwers).

Vanaf 2010 zijn de budgetten van ggz-zorginstellingen afhankelijk van de zorgzwaarte van hun cliënten. De overige zorgsectoren worden al vanaf 2009 voor een deel op deze nieuwe manier bekostigd (*zie kader*). Nog niet alle organisaties hebben de financiële kant van de invoering afgerond. Bij sommige organisaties is het namelijk nog onduidelijk wat de zorgzwaartebekostiging precies gaat betekenen voor specifieke locaties. Deze locaties worden nog niet betaald op basis van ZZP's, maar op basis van een gemiddelde bedprijs.

#### **Invoering zorgzwaartebekostiging**

In 2009 bedroeg de afbouw maximaal 2% van het oude budget. In 2010 is de afbouw maximaal 6% en in 2011 maximaal 13%. Zorgorganisaties die meer dan 13% van hun budget moeten afbouwen, hebben een maatwerkregeling van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Instellingen die door zorgzwaartebekostiging juist meer geld krijgen, hoeven geen 3 jaar te wachten op een volledig ZZP-budget. De afbouw voor de ggz is pas een jaar later ingegaan: in 2010 6% en in 2011 13%.

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

De meeste cliënten hebben inmiddels een ZZP-indicatie. Over het algemeen hebben alle organisaties hun medewerkers voorgelicht. Tevens hebben organisaties een begin gemaakt met de voorlichting richting cliënten.

Toch is de bevinding dat op de werkvloer het ZZP geen thema is dat leeft. Medewerkers, zoals persoonlijk begeleiders, zijn vaak belast met de indicatie-aanvragen. Dit is voor hen een tijdrovende en moeizame klus. De positieve gedachte achter de ZZP's gaat hierdoor vaak verloren (*zie kader*).

Ook bij de cliënten leven de ZZP's nog niet. Cliënten weten over het algemeen niet wat een ZZP is en een deel van de cliënten weet niet dat zij een zorgplan hebben. De ggz-sector moet dus nog een slag slaan.

### Cliënt centraal

De gedachte achter zorgzwaartebekostiging is dat het zorgaanbod moet passen bij de zorgvraag van de cliënt. Een belangrijk onderdeel 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.

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

### 1.2. Aanpak onderzoek

In totaal hebben aan het onderzoek tien organisaties meegewerkt die zich vrijwillig hebben aangemeld voor deelname. De contactpersoon van de organisaties heeft de locaties geselecteerd die deel hebben genomen aan het onderzoek. De organisaties hebben vrijwel allemaal met meerdere locaties meegedaan, variërend van twee tot vier locaties. Uiteindelijk zijn van 22 locaties data verzameld (zie tabel 1).

Organisatie	Aantal deelnemende locaties	Type organisatie
Organisatie 1	3	ggz-instelling
Organisatie 2	3	ggz-instelling & beschermd wonen
Organisatie 3	4	beschermd wonen
Organisatie 4	2	ggz-instelling
Organisatie 5	1	beschermd wonen
Organisatie 6	2	ggz-instelling
Organisatie 7	2	beschermd wonen
Organisatie 8	1	beschermd wonen
Organisatie 9	2	ggz-instelling & beschermd wonen
Organisatie 10	2	ggz-instelling

Tabel 1: Algemene gegevens deelnemende organisaties

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. Dit interview gaat over de visie van de organisatie op ZZP's en de wijze waarop men de invoering aanpakt.
- Op het tweede niveau, dataverzameling bij cliënten, hebben we twee werkvormen gebruikt. Die hebben geleid tot gegevens over in totaal 185 cliënten.

= 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 invullen is een instructiebijeenkomst georganiseerd. Persoonlijk begeleiders hebben 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 wordt tijdens de gesprekken ingegaan op de inhoud van de zorg in relatie tot de wensen en keuzevrijheid van de cliënt.

## Resultaat

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

Het onderzoek betrof in totaal 185 cliënten. De basis ervan is als volgt:

- 49 persoonlijk begeleiders hebben over 135 cliënten informatie verstrekt.
- Tevens zijn 50 cliënten geïnterviewd

Zie tabel 2 en tabel 3 voor een specificatie naar B en C pakketten

Hoogte ZP B pakketten	Gegevens over cliënten via persoonlijk begeleiders	Aantal cliënteninterviews	Totaal
ZP GGZ 1B		1	<b>1</b>
ZP GGZ 2B	8	1	<b>9</b>
ZP GGZ 3B	17	5	<b>22</b>
ZP GGZ 4B	16	5	<b>21</b>
ZP GGZ 5B	16	7	<b>23</b>
ZP GGZ 6B	8	1	<b>9</b>
ZP GGZ 7B	5	2	<b>7</b>
<b>Totaal</b>	<b>70</b>	<b>22</b>	<b>92</b>

Tabel 2: Respondenten verdeeld naar ZP met behandeling

Hoogte ZP C pakketten	Gegevens over cliënten Via persoonlijk begeleiders	Aantal cliënteninterviews	Totaal
ZP GGZ 1C	7	2	<b>9</b>
ZP GGZ 2C	12	7	<b>19</b>
ZP GGZ 3C	29	12	<b>41</b>
ZP GGZ 4C	7	2	<b>9</b>
ZP GGZ 5C	8	4	<b>12</b>
ZP GGZ 6C	2	1	<b>3</b>
<b>Totaal</b>	<b>65</b>	<b>28</b>	<b>93</b>

Tabel 3: Respondenten verdeeld naar ZP zonder behandeling

### 1.3. Leeswijzer

In hoofdstuk twee van dit rapport beschrijven we hoe organisaties tegen de ZP's aan kijken. Dit doen we aan de hand van de voor- en nadelen van het nieuwe systeem.

In hoofdstuk drie komt aan bod hoe organisaties de ZP's implementeren in de eigen organisatie.

Het vierde hoofdstuk gaat over de individuele invulling van de ZP's. Sluit het aanbod aan bij de wensen en behoeften van cliënten en welke ontwikkelingen zien we?

In hoofdstuk 5 sluiten we af met enkele conclusies en aanbevelingen.

## 2. Kijk op zorgzwaartepakketten

Organisaties implementeren de ZZP's op verschillende manieren in hun organisatie. Dit hangt sterk af van de manier waarop tegen het nieuwe systeem wordt aangekeken. In de interviews met managers en begeleiders hebben we gevraagd naar de positieve en eventuele negatieve kanten van de ZZP's. Deze punten komen in dit hoofdstuk aan bod. We beschrijven vervolgens wat de effecten zijn van de ZZP's op de rol van cliënten. Tot slot bespreken we in hoeverre de ZZP's aansluiten bij specifieke groepen binnen de ggz.

### 2.1. Visie

Over het algemeen geven managers aan dat de invoering van de ZZP's een tijdsintensieve taak is. Tijd, die in hun ogen, soms beter besteed kan worden. We zien verder dat organisaties van elkaar verschillen in de visie die zij hebben op de ZZP's. Een deel van de organisaties ziet de ZZP's als een nieuwe manier om met de cliënt de dialoog aan te gaan over de zorg die zij ontvangen. De meeste organisaties daarentegen zien de ZZP's alleen als een andere wijze van bekostiging. Voor deze organisaties is de herstelvisie (zie kader) een belangrijkere leidraad als het gaat om de inhoudelijke vormgeving van de zorg en de dialoog met de cliënt over hun zorg.

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. Van de organisaties die participeren aan het onderzoek werkt het merendeel vanuit de herstelvisie.

#### 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. Niet accepteren dat ze onbehandelbaar of uitbehandeld zijn, maar ook niet net doen of er niets aan de hand is.

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. Weer hoop durven koesteren en de blik (ook) op de toekomst richten. Cliënten doen dat in de eerste plaats zelf, op eigen kracht en op hun eigen manier.

Herstel hangt nauw samen met *empowerment*. Het betekent dat mensen met psychische aandoeningen hun eigen kracht ontdekken en de controle over hun bestaan herwinnen. Herstel vereist empowerment en leidt tot *empowerment*.

Het verwijst naar het vermogen van mensen om zich aan een hopeloze situatie te onttrekken en een nieuwe wending aan hun leven te geven. Daarbij bepalen zij zelf hoe zij met de uitdagingen van hun leven omgaan en welke ondersteuning zij willen hebben.

*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.

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



De herstelvisie gaat echter op een aantal belangrijke punten wringen met de ZZP's. Als organisaties vanuit de herstelvisie werken, betekent dit dat zij kijken naar de mogelijkheden en de kracht van de cliënt. Dit is een andere benadering dan de ZZP's waarbij immers wordt uitgegaan van de beperkingen van de cliënt. Deze frictie leidt tot twee problemen: een communicatieprobleem en een financieel probleem.

### Communicatie

De communicatie in de richting van cliënten is verwarrend. Enerzijds communiceren instellingen middels zorgplannen (waaronder behandelplannen) over de mogelijkheden van een cliënt. Bij het aanvragen van een indicatie worden de beperkingen echter in kaart gebracht. Organisaties geven aan dat zij problemen ervaren om deze tegenstelling uit te leggen aan cliënten.

*"Vanuit de herstelmethodiek kijk je heel erg naar wat iemand zijn mogelijkheden zijn. Bij het aanvragen van behandeling bij een ZZP hebben wij inmiddels geleerd dat het doel 'toewerken naar een RIBW' volgens het CIZ een C pakket is. Terwijl dat een behandelgoal is. We moeten als het ware alle behandelplannen omschrijven naar een probleem met beperkingen. Vervolgens moet je dat weer aan een patiënt gaan uitleggen, omdat hij moet tekenen voor zijn ZZP aanvraag. Dat is haast niet uit te leggen, ook niet naar patiënten toe."*  
Manager ZZP

Werken vanuit herstel betekent tijd investeren in cliënten zodat zij zo zelfstandig mogelijk kunnen functioneren. Het aanleren van vaardigheden en ervoor zorgen dat cliënten vaardigheden behouden is een tijdsintensieve klus en in veel gevallen intensiever dan het daadwerkelijk overnemen van de bewuste taken.

De ZZP's sluiten echter niet bij deze visie aan. Een cliënt met lichte beperkingen, maar veel ontwikkelingsmogelijkheden, heeft een ZZP met weinig uren begeleiding. Hierdoor is er niet voldoende tijd beschikbaar om te investeren in herstel.

### Bekostiging

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. Gelet op financiën kan het voor een organisatie dus verleidelijk zijn om veel cliënten in een hoog ZZP te houden.

Cliënten krijgen op deze wijze echter bevestigd dat zij zorgafhankelijk zijn. Een hoog ZZP kan zelfs stigmatiserend werken. Dit staat haaks op de herstelvisie. De herstelvisie streeft immers zorg na die bijdraagt aan persoonlijk herstel en die meer gericht is op (ontwikkel)-aspecten. Deze ogenschijnlijke tegenstrijdigheid heeft als gevolg dat organisaties voor een dilemma staan: hoe integreer je de ZZP's met de herstelvisie?

*"Wij zijn er ook voor om minder klinische bedden over te houden, dat snappen we al wel. Hoewel dat zeer gevoelig ligt. Ook voor de organisatie. Want het betekent dat je ook als ggz-instelling in feite je goudkluis leeghaalt."* Manager ZZP

## **2.2. Rol van de cliënt**

De ZZP's plaatst cliënten in een andere rol. Het management van organisaties geeft overeenkomstig aan dat zij de cliënt (beginnen te) zien als onderhandelingspartner. Hierdoor zijn ze genoodzaakt het aanbod te expliciteren en hierover in gesprek te gaan met cliënten. Er is een bewustzijn dat zij een overeenkomst hebben met de cliënt met alle aspecten van dien. Dit houdt ook in dat de zorg minder vrijblijvend

wordt, cliënten hebben immers recht op de afgesproken zorg. Zeven van de tien deelnemende organisaties vinden dat de zorg door de invoering van de ZZP's transparanter is geworden, zowel voor cliënten als voor medewerkers. Hierbij past een kanttekening die uit de gesprekken met begeleiders naar voren komt: deze beroepskrachten zien de cliënt –door de aard van zijn problematiek– niet zozeer als onderhandelingspartner. Voor de meeste cliënten is het een grote stap om deze rol op zich te nemen, stellen zij. Zij hebben hier ondersteuning en begeleiding bij nodig.

*"Realiteit is dat we met kwetsbare cliënten te maken hebben, die vaak onvoldoende mondig zijn om de zorg te vragen die er is afgesproken. Niet een ieder, maar wel een belangrijk deel. Voorlichting is voorliggend. Cliënten moeten eerst geïnformeerd worden, voordat ze vragen stellen. Als je het hebt over rechten en plichten, vind ik dat we hier in deze zin misschien nog een slag moeten slaan als het gaat om zorgvuldige informatie voorziening."* Manager ZZP

Naast de toegenomen onderhandelingspositie van cliënten hebben de organisaties zelf 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 gecommuniceerd hoeveel uur zorg in hun pakket zit. Organisaties zien dit 'stellen van grenzen' als een stok achter de deur (vooral nodig in conflictsituaties). Vijf van de tien instellingen zien dit ook als een winstpunt van de ZZP's. Dit geldt ook voor de keuze van een locatie. Als een cliënt met een laag ZZP op een locatie wil wonen waar veel begeleiding aanwezig is, kunnen zij nu motiveren waarom dat niet mogelijk is.

*"Een model van ZZP's is wel mooi, want je emancipeert daarmee de klant. De klant wordt in de systematiek in een onderhandelingspositie geplaatst. Dat is eigenlijk ook wel terecht."* Verantwoordelijke manager ZZP

*"Dat is dan ook wel weer het aardige. Op het moment dat een cliënt een ZZP B1 heeft, kun je rustig tegen de cliënt zeggen: we hebben een indicatie aangevraagd en dat is maar een B1. Waar u nu zit krijgt u teveel zorg geleverd. Dat komt dan niet uit. Het is niet anders."* Locatiemanager

De ZZP's hebben als doel dat de cliënt en zijn wens centraal komt te staan. De cliënt kan dus een andere rol op zich nemen en daarbij meer de regie voeren over zijn zorg. We zien echter dat de ZZP's soms een tegengesteld effect teweeg brengt. Op diverse niveaus van de organisatie geeft men aan dat cliënten worden 'gebombardeerd' tot pakketten. Dit ervaren medewerkers als zeer hinderlijk. Het menselijke aspect van de cliënt verdwijnt en in plaats daarvan worden cliënten gezien als een pakket met uren en minuten. Dit bevordert de nieuwe rol van de cliënt niet.

*"En dan zegt mijn manager tegen mij: we moeten een ZZP viertje voor dat bed hebben. Dan denk ik bij mezelf: zo praat je toch niet over mensen?"* Begeleider  
*"Als er een nieuwe cliënt bij ons komt wonen, wordt gezegd: er komt een ZZP3 bij ons wonen."* Persoonlijk begeleider

### 2.3. Aansluiting ZZP's bij cliëntengroepen

Organisaties noemen problemen bij specifieke ZZP's. Enerzijds is het een knelpunt dat niet alle ZZP's toereikend zijn. Daardoor is er behoefte aan het toekennen van extreme zorgzwaarte. Anderzijds stellen organisaties eisen aan de hoogte van het pakket, omdat niet alle pakketten kostendekkend zijn. In deze paragraaf staan we stil bij deze problemen.

#### 2.3.1 Extreme zorgzwaarte toekennen

Organisaties geven aan dat de hoogste ZZP's niet altijd toereikend zijn voor specifieke groepen binnen de ggz. We zien twee groepen. Er is een groep die veel begeleiding nodig heeft (soms 1 op 1), waarbij sprake is van gedragsproblematiek en waarbij de veiligheid van cliënt en medewerker van belang is. Deze groep woont in een gesloten setting (dus ZZP 7) maar komt met een ZZP 7 financieel gezien niet uit. Deze high-care afdelingen bieden veel begeleiding en proberen op deze wijze onder andere separaties te voorkomen.

Daarnaast is er een groep die veel zorg nodig heeft, waarbij gedragsproblematiek ook op de voorgrond staat, maar die in een open setting wonen (dus een ZZP 4 – 6). Het feit dat deze groep niet in een gesloten setting woont, is te danken aan de intensieve zorg die geboden wordt. Deze intensieve zorg kan niet meer geboden worden vanuit het ZZP dat geïndiceerd is. Organisaties geven aan dat het probleem is dat bij deze locatie de context niet wordt meegenomen bij de indicatie aanvraag.

Vier van de zes 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. Deze afdelingen zijn niet kostendekkend met de ZZP's die nu geïndiceerd zijn. Organisaties geven aan dat als gevolg hiervan bepaalde zorgvormen moeten worden afgestoten of dat verscaling optreedt binnen de zorgvormen. Momenteel bespreekt VWS de optie om extreme zorgzwaarte in de ggz-sector in te voeren (zie kader).

#### **Stand van zaken extreme zorgzwaarte**

In de NZa-'adviescommissie zorgmarkten care' (1 april 2010) is gevraagd of ook voor de V&V- sector en de ggz-sector een regeling extreme zorgzwaarte kan worden ingevoerd. Het ministerie van VWS heeft voorgesteld deze optie nader te bespreken in de technische overleggen en in de adviescommissie. Van belang zijn een zorgvuldige en eenduidige procedure en budgettair neutrale inpasbaarheid.

*"Dan loop je dus het risico dat we de meest complexe zorg die we in de GGZ hebben zakelijk gezien eigenlijk moeten afstoten. Dat soort mensen vallen uit de boot. Het gaan dan niet meer om de inhoud, wat heeft iemand nodig, maar het gaat om de bekostiging. Dat wringt."*  
Manager ZZP

#### 2.3.2 Minimale hoogte van de ZZP's

Ggz-instellingen stellen 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. Twee organisaties geven aan dat dit nu al het geval is, twee andere organisaties geven aan dat dit op termijn noodzakelijk zal zijn (indien een herindicatie niet wordt gehonoreerd). Cliënten worden dan verwezen naar een zelfstandige of beschermde vorm van wonen.

Ook geldt dat voor bepaalde locaties specifieke ZZP's worden gevraagd waardoor cliënten intern niet kunnen verhuizen, omdat hun ZZP niet passend is.

*"Wat daarnaast mogelijk in de toekomst gaat spelen is dat je voor een cliënt met een zorgzwaartepakket 2 geen voorziening hebt. Er wordt dan te veel aangeboden. Op dit moment kan deze cliënt bij ons binnenkomen en wellicht een herindicatie aanvragen. Echter, het is nog onduidelijk hoe dit in de toekomst gaat." Manager ZZP*

*"Collega's gaan het als het ware omkeren. Zij gaan settings creëren waar een cliënt een bepaald ZZP voor moet hebben. Zelfs voor de interne verwijzing. Als iemand bijvoorbeeld 60 wordt komt hij op basis van zijn leeftijd in aanmerking voor de ouderenpsychiatrie. Zij zeggen dan dat mag wel zo wezen maar wij nemen iemand alleen op basis van tenminste ZZP X".  
Manager ZZP*

*"Het dwingt je om te zeggen 'om de toko in de lucht te houden moet een cliënt minstens dat ZZP hebben, gezien de context'. Zorg maar dat je dat regelt. Dan keert het zich om. Dan wordt ingezet om minstens die ZZP te hebben. Dat is het verderfelijke". Manager ZZP*

*"Ik heb een bepaald aantal bedden om het bedrijfsmatig op orde te houden. Het gaat dan om het feit dat er een markt is en dat die plekken gevraagd worden, dat is namelijk de marktwerking die VWS voor ogen heeft. Daar wordt beleid op gemaakt. En dat er dan allerlei mensen tussen wal en schip raken, omdat zij een licht pakket hebben, lijkt dan niet van belang te zijn." Locatiemanager*

### **Groot denken, klein doen**

Een gg-instelling ervaart het dilemma rond lage vergoedingen van ZZP 1 en 2. er is daarom voor een andere aanpak gekozen dan het weren van deze cliënten.

Vanuit de herstelvisie en de gedachte om mensen niet op te nemen als dit enigszins te voorkomen is, kiezen zij ervoor om de groep ZZP 1, 2 en misschien 3 ambulante zorg te gaan bieden. Dit wordt echter niet in de huidige vorm gedaan waarbij een verpleegkundige eens per week langs komt en cliënten verder staan ingeschreven bij de polikliniek. De organisatie is het transitieproject gestart; er wordt geprobeerd ketenzorg op te zetten met onder andere de gemeente, sociale dienst, woningbouw en thuiszorg. De organisatie is initiatiefnemer met de intentie dat de gemeente het uiteindelijk gaat coördineren. Deze ketenzorg moet doelmatig en gestructureerd zijn. Gedachte achter dit project is groot denken en klein doen. Klein doen betekent voor de organisatie dat ze cliënten niet in een stap 'ambulantiseren' maar dit voorzichtig aanpakken. Voor de cliënten is het van belang dat het proces gestructureerd en inhoudelijk goed wordt aangepakt. De organisatie wil een betrouwbare partner zijn in dit verhaal. Het streven is om mensen nooit 'nee' te hoeven verkopen als ze een meer beschermde omgeving nodig hebben. Zij kunnen dan voor een bepaalde periode weer beroep doen op de organisatie.

### 3. Aanpak van zorgzwaartebekostiging

In dit hoofdstuk verkennen we de aanpak van de organisaties rond de ZZP's. Allereerst is het opvallend dat RIBW's en ggz-instellingen van elkaar verschillen in die aanpak. Voor RIBW's lijken de ZZP's een minder grote omslag voor hun organisatie te betekenen dan voor de ggz-instellingen. In vergelijking met ggz-instellingen ervaren RIBW's minder grote knelpunten, zien meer voordelen, melden minder veranderingen door de ZZP's. Een oorzaak hiervan kan zijn dat RIBW's alleen woonbegeleiding aanbieden. Hierdoor zal hun cultuur meer aansluiten bij de gedachte achter de ZZP's om de cliënt meer regie te geven over zorg. Bij ggz-instellingen daarentegen bestaat de kans dat het behandelperspectief doordringt in de dagelijkse begeleiding waardoor de regie meer bij behandelaars komt te liggen.

In dit hoofdstuk verkennen we gedetailleerd de aanpak die organisaties hanteren bij de invoering van ZZP's. Eerst beschrijven we hoe het proces van indicatieaanvragen verloopt. In paragraaf twee bespreken we de voorlichting naar medewerkers, cliënten en familie. De derde paragraaf verkent de gevolgen van de zorgzwaartebekostiging voor de organisatie en voor de cliënten. Het proces van ZZP naar individuele zorg beschrijven we in paragraaf vier. In de laatste paragraaf bezien we het zorgplan.

#### 3.1 Hebben cliënten een passend ZZP?

##### 3.1.1. Indicatieaanvraag

Bij het merendeel van de organisaties zijn de cliënten ingedeeld naar een ZZP. Slechts één organisatie heeft nog cliënten ingedeeld naar losse functies en een verblijf. Organisaties verschillen van elkaar in de wijze waarop ZZP's worden aangevraagd. Sommige organisaties kiezen ervoor om de ZZP's centraal aan te vragen, terwijl bij andere organisaties de persoonlijk begeleiders de aanvraag verzorgen. Bij geen enkele organisatie verzorgen cliënten of familie/verwanten de aanvraag.

Sommige persoonlijk begeleiders lopen samen met de cliënt de beperkingen door. Meestal wordt dit echter niet gedaan, omdat dit confronterend is voor cliënten en de meeste cliënten een beperkt concentratievermogen hebben.

Organisaties maken de keuze om het indicatieproces centraal te organiseren, omdat het tijdrovend is, ook om het proces met het CIZ goed te stroomlijnen. Zowel (team)-managers als persoonlijk begeleiders geven aan dat het invullen van een indicatie-formulier soms lastig is. Ze merken dat er verschil in terminologie zit tussen hen en het CIZ en dat ze de CIZ-taal als het ware moeten leren spreken.

*"Een voorbeeld hiervan is de term stabilisatie: wij zien dat als iemand die in crisis is en ondersteund wordt om stabiel te worden. Terwijl het CIZ als uitleg hanteert: cliënt die langere tijd stabiel is en bewaakt wordt. Gevolg hiervan is een lagere score hetgeen consequenties heeft voor financiële geldstromen." Projectgroep ZZP*

Nog iets anders speelt een rol. De organisatie moet systematisch monitoren wanneer een ZZP afloopt en of het huidig ZZP nog correct is. Organisaties pakken dit aan door bij de zorgplan besprekingen standaard te controleren of het huidig ZZP nog passend is. Tevens worden medewerkers verantwoordelijk gesteld voor het op tijd aanvragen van de indicaties.

Enkele organisaties hebben dit proces laten automatiseren, waardoor er een signaal gegeven wordt wanneer een indicatie opnieuw moet worden aangevraagd.

Een moeilijkheid bij het aanvragen van het ZZP is dat de zorgbehoefte van een cliënt gedurende een periode zeer kan wisselen. Hierdoor is het lastig om beperkingen goed in kaart te brengen en is de indicatie niet altijd toereikend.

Daarnaast is er onduidelijkheid omtrent het B en C pakket. Drie organisaties geven aan dat dit onderscheid niet duidelijk is afgebakend.

Organisaties worstelen met vragen zoals: wanneer is iets behandeling, voor welke doelgroep is verblijf noodzakelijk? Vaak maken organisaties uiteindelijk een keuze door te kijken naar de locatie waar een cliënt verblijft; niet zozeer naar de individuele situatie van een cliënt. Die werkwijze staat op gespannen voet met het principe van persoonsvolgende bekostiging.

*"Onze eerste discussie ging om voor wie vragen we nu een ZZP C aan en voor wie een ZZP B. Intern hebben daarover besloten dat iedereen die op de kliniek zit puur behandeling is. Daar vragen we een ZZP B voor aan. Voor de andere locaties vragen we een C." Projectmanager ZZP*

Tot slot de dagbesteding. Een cliënt heeft binnen de ggz-ZZP's maximaal vier of vijf dagdelen voor dagbesteding, afhankelijk van het zorgzwaartepakket.

Drie organisaties stellen dat hierdoor problemen ontstaan voor hun cliënten; voorheen hadden ze meer dagdelen voor dagbesteding. Deze cliënten kunnen een dagbesteding volgen buiten de AWBZ (zoals vrijwilligerswerk of werk bij een sociale werkplaats). Er is echter een groep cliënten die de stap naar een dagbesteding buiten de AWBZ niet kan of durft te maken. Toch heeft deze groep cliënten veel baat bij een vaste dagstructuur. Een organisatie wil dit oplossen door te compenseren met dagdelen van cliënten die geen gebruik maken van het onderdeel dagbesteding in hun indicatie. Bij de overige organisaties is het gevolg dat de cliënten (te) zeer begrensde dagdelen voor dagbesteding hebben.

### **3.1.2 Samenvattend**

Inmiddels hebben bijna alle cliënten een ZZP-indicatie. Het proces van een indicatie aanvragen en monitoren is echter een tijdsroevende klus en verloopt vaak nog niet vlekkeloos. Zo kan een cliënt en zijn zorgvraag snel veranderen. Het ZZP biedt niet genoeg ruimte om cliënten tijdens een crisis bij te staan. Daarnaast is het onduidelijk wanneer een B- of een C-pakket van toepassing is. Tevens is de maximale omvang van dagbesteding – vier of vijf dagdelen per week – niet voor alle cliënten genoeg.

## **3.2 Informatieverstrekking**

In deze paragraaf bezien we de informatie over ZZP's in de richting van medewerkers, cliënten en familie of verwanten. Tevens brengen we in kaart hoe organisaties via de website informatie geven over de ZZP's.

### **3.2.1 Informatieverstrekking naar medewerkers**

Zeven van de tien organisaties hebben informatie verstrekt aan hun medewerkers over de ZZP's. De organisaties variëren in de wijze waarop zij dat doen (zie tabel 4). 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. Eén organisatie gebruikt een

software programma om invulling te geven aan de ZZP's. Medewerkers krijgen bij die organisatie specifiek scholing om met dit programma om te gaan.

De mate waarin organisaties informatie verstrekken naar personeel is afhankelijk van hoe ver organisaties zijn met de implementatie van de ZZP's. Sommige organisaties moeten nog invulling geven aan de ZZP's. Deze organisaties hebben hun personeel nog niet voorgelicht.

Op de werkvloer is er nog weinig kennis over de ZZP's. Als we begeleiders vragen iets te vertellen over de ZZP's beginnen de meeste medewerkers over indicatieaanvragen. Persoonlijk begeleiders hebben veel meer kennis dan (woon)-begeleiders: ze kunnen grove lijnen vertellen wat de zorgzwaartebekostiging inhoudt. Vooral omdat ze belast zijn met de indicatieaanvraag en ook verantwoordelijk zijn voor het zorgplan.

*"Hoe hoger het pakket, hoe meer beperkingen een cliënt heeft. Het CIZ bepaalt welk pakket een cliënt krijgt."* Persoonlijk begeleider

*"Als een cliënt iets zou vragen over zijn ZZP dan verwijst ik hem door naar zijn persoonlijk begeleider. Daar weet ik niets van af. Maar dat is nog nooit gebeurd."* Woonbegeleider

Organisatie	Type bijeenkomst	Gericht op	Bestemd voor
GGZ 1	Voorlichting	Systematiek ZZP	Persoonlijk begeleiders
	Scholing	Invulling van zorg	Persoonlijk begeleiders
GGZ 2	-	-	-
GGZ 3	-	-	-
GGZ 4	Informatiebijeenkomst	Systematiek van de ZZP	Persoonlijk begeleiders en locatiehoofden
	Voorbeeldcasussen	Koppeling ZZP en praktijk	Persoonlijk begeleiders en locatiehoofden
GGZ 5	Voorlichting	Systematiek van de ZZP	Persoonlijk begeleiders
GGZ 6	Voorlichting	Systematiek ZZP & CIZ formulier bespreken	Persoonlijk begeleiders en locatiehoofd
GGZ 7	Voorlichting	Systematiek ZZP	Persoonlijk begeleiders en locatiehoofden
	Scholing hulpmiddel	Invulling zorg	Persoonlijk begeleiders
GGZ 8	-	-	-
GGZ 9	Bijeenkomsten	Invulling van de zorg	Persoonlijk begeleiders
GGZ 10	Voorlichting	Gevolgen organisatie	Locatiehoofden & persoonlijk begeleiders

*Tabel 4: Informatieverstrekking naar medewerkers*

### 3.2.2 Informatieverstrekking naar cliënten

Organisaties vinden het moeilijk om de ZZP's uit te leggen aan de ggz-doelgroep. Sommige organisaties geven bij voorbaat geen informatie aan cliënten omdat zij de gehele ggz cliëntengroep of een deel van de cliënten niet geschikt vinden. Andere organisaties merken dat hun poging om cliënten voor te lichten niet of nauwelijks slaagt.

*"Het is ontzettend moeilijk om de mensen uit te leggen wat een ZZP is, dat ze er een hebben en waar ze dan recht op hebben. Natuurlijk zijn er hele mooie gidsen uitgekomen en we hebben ook een productenboek, maar ik vraag me heel erg af of onze doelgroep er wat aan heeft. En of het ook aan ze uit te leggen is. Ik denk dat dit zeer veel moeite vergt. En uiteraard is er ook een bovenlaag, ook bij mensen met een psychiatrische beperking die dat prima door heeft. Maar ik denk dat veel mensen binnen onze doelgroep, zeker de mensen die wij verzorgen, niet weten dat er zoiets is als een ZZP en een financiering, dat ze eentje hebben en eentje moeten aanvragen."* Medewerker woonzorg

Acht van de tien organisaties hebben een informatievoorziening naar cliënten opgezet. Bij deze organisaties kan de informatievoorziening in grote lijnen ingedeeld worden in:

- 'passieve informatievoorziening', via brieven, brochures, etc.
- 'Actieve informatievoorziening', via bijeenkomsten, presentaties, cursussen, etc.

Een passieve vorm is bij zeven organisaties gehanteerd. Deze informatievoorziening bestaat uit het overhandigen van informatie op papier via een brief van VWS, de brief van het CIZ waarin het besluit staat, de gebruikersgidsen, de informatiepakketten die organisaties zelf opstellen.

Zes organisaties hebben (ook) een actieve vorm van informatie toegepast. Hierbij zijn cliënten in individuele gesprekken geïnformeerd over veranderingen. Meestal tijdens een zorgplanevaluatie of in verband met de aanvraag van een (her)indicatie.

Enkele organisaties informeren cliënten door middel van informatiebijeenkomsten of via de cliëntenraad (zie tabel 5). Twee organisaties hebben actief familie/verwanten geïnformeerd over de ZZP's.

Tijdens de interviews met cliënten hebben wij de vraag gesteld of zij weten wat een zorgzwaartepakket is. Overwegend waren cliënten niet op de hoogte van hun ZZP.



Organisatie	Passieve informatievoorziening	Actieve informatievoorziening	Kennis ZZP cliënten
GGZ 1	- informatiebrief VWS	- tijdens aanmeldgesprek - bij bespreking zorgplan	-
GGZ 2	- indicatiebesluit CIZ	- bespreken van de indicatie bij een herindicatie	-
GGZ 3	- informatiebrief VWS - indicatiebesluit CIZ		-
GGZ 4	- indicatiebesluit CIZ	- tijdens aanmeldgesprek - bij bespreking zorgplan	+ -
GGZ 5	- indicatiebesluit CIZ - informatie naar bewonersraad	- tijdens aanmeldgesprek - bespreken van de indicatie bij een herindicatie	-
GGZ 6	- informatiebrief VWS - algemene informatie	- informatiebijeenkomst	-
GGZ 7		- via cliëntenraad - tijdens opstellen en evalueren van zorgplan	+ -
GGZ 8	- indicatiebesluit CIZ		-
GGZ 9			-
GGZ 10	-	-	-

Tabel 5: Informatieverstrekking naar cliënten

- (Haast) niemand van de geïnterviewden weet wat een ZZP is
- + - Ongeveer de helft van de geïnterviewden weet wat een ZZP is
- + (Bijna) alle geïnterviewden weten wat een ZZP is

### 3.2.3 Informatieverstrekking via de website

Organisaties verstrekken nauwelijks informatie over de ZZP's via de website. Van de tien organisaties verstrekken slechts drie organisaties informatie over de ZZP's via de website. Dit is algemene informatie over de ZZP's of een simpele beschrijving van de ZZP's. Bij één organisatie staat aangegeven welk ZZP de bewoners van specifieke locaties over het algemeen hebben.

### 3.2.4 Samenvattend

Zeven van de tien organisaties hebben informatie verstrekt aan hun medewerkers over de ZZP's. In gesprekken met de medewerkers komt naar voren dat zij vaak in zeer grove lijnen iets kunnen vertellen over de ZZP's.

Acht van de tien organisaties hebben hun cliënten voorgelicht over de ZZP's. In onze gesprekken met cliënten komt echter naar voren dat zij nauwelijks op de hoogte zijn van de ZZP's; het heeft bovendien hun interesse niet. Enkele organisaties hebben actief familie of verwanten voorgelicht.

### 3.3. Gevolgen van de nieuwe bekostiging

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. Van de tien organisaties geven vier organisaties aan dat zij een afbouwer zijn. Bij de andere organisaties is dit onduidelijk (*zie kader algemene cijfers*). In deze paragraaf gaan we verder in op de gevolgen van deze nieuwe manier van bekostigen.

#### 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)

#### 3.3.1 Wijze van bekostigen

Drie organisaties geven aan dat zij al wel hun personele bezetting hebben aangepast aan de ZZP's, maar verder niet op cliëntniveau het geld verdelen. Van twee organisaties is het onduidelijk hoe zij de financiering regelen. Vijf organisaties geven aan dat zij nog op de oude manier het geld verdelen over de locaties, dus op basis van een gemiddelde bedprijs. Hiervan is het van drie organisaties een bewuste keuze. Twee organisaties hebben de financiële verandering nog niet doorberekend naar de locaties. Wat hierbij een rol speelt is dat niet alle locaties van de organisaties kostendekkend zijn. Organisaties staan voor een dilemma. Bepaalde afdelingen zijn niet kostendekkend en zouden zakelijk gezien daarom moeten worden afgestoten. Organisaties hebben echter een verantwoordelijke taak in de samenleving. Managers vinden het ongewenst om louter zakelijke beslissingen te nemen. Organisaties geven aan dat zij het daarom belangrijk vinden om te kunnen schuiven in het budget met locaties die wel kostendekkend zijn.

*"Dan voelen we onze maatschappelijke verantwoordelijkheid, zegt onze voorzitter van de raad van bestuur ook regelmatig. Dat is een deel van waarom wij zorg leveren, dat je een maatschappelijke verantwoordelijkheid hebt."* Manager ZZP

*"Je moet keuzes maken of dingen samen gaan doen en vervolgens kijken of er nog met andere ZZP's winst kan worden gemaakt en doorsluizen naar de andere kant."* Manager ZZP

#### 3.3.2 Flexibel en efficiënt personeel

Een belangrijke consequentie van de ZZP's is dat ggz-instellingen hun personele bezetting aanpassen. Enerzijds voelen organisaties 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.

Dit wordt gedaan door (meer) te werken met oproepkrachten en het aanbieden van tijdelijke contracten. Organisaties kijken kritisch hoe de inzet van hun medewerkers efficiënter kan zijn. Hun personele bezetting gaan ze op diverse manieren aanpassen. Sommige organisaties kiezen ervoor om (een deel van) de verpleegkundige formatie te vervangen met woonbegeleiders. Woonbegeleiders krijgen 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. Een andere functiedifferentiatie is die tussen woonbegeleiders en huishoudelijk begeleiders. Waarbij huishoudelijk begeleiders het grove schoonmaakwerk doen en de woonbegeleiders samen met de cliënt koken en de was doen. Een ander organisatie wil in de toekomst de behandelcomponent geheel losmaken van de wooncomponent. Dit zijn locaties waar cliënten wonen met een C-pakket en waar verpleegkundige zorg geboden wordt. Het is de bedoeling dat bij deze locaties vanuit een flexibel team verpleegkundige zorg wordt geboden. Dit team staat dus los van de afdeling. Vaak zien verpleegkundigen en cliënten hierin een positieve ontwikkeling. Verpleegkundigen hopen dat zij het minder druk krijgen en meer ruimte hebben voor de dingen waartoe zij zijn opgeleid.

### **Creatief omgaan met personeel**

Een ggz-instelling werd mede vanwege de invoering van de zorgzwaartepakketten gedwongen om goed te kijken naar de personele bezetting. De verpleegkundigen voerden alle taken uit. De agenda van verpleegkundigen liep hierdoor erg vol met allerlei ad-hoc zaken. De organisatie zag graag dat de hulpvraag wat betreft niet complexe vragen op het gebied van begeleiding niet meer alleen bij verpleegkundigen terecht kwam. Zodat zij zich kunnen bezig houden met andere belangrijke zaken zoals behandeldoelen, het netwerk, toekomstige woonsituatie, rehistoriseren (wat deed iemand vroeger, heeft hij een opleiding gedaan, wat vond diegene leuk om te doen) etc. De organisatie constateerde dat verpleegkundigen daar nu onvoldoende aan toe komen binnen de AWBZ zorg, omdat zij heel veel bezig zijn met activiteiten die voortkomen uit 'het dagelijks leven'. Daarnaast wilde de organisatie heel graag dat cliënten meer betrokken zouden zijn bij het voedingsproces en een stukje huishouding. Daarom werkt de organisatie nu met gastvrouwen, naast verpleegkundigen. Gastvrouwen koken samen met cliënten en doen samen met cliënten een stukje huishoudelijke taken zoals de was. Eerder werden de warme maaltijden vanuit de centrale keuken besteld. De cliënten kunnen nu zelf bepalen wat ze gaan eten. Daarnaast hebben deze gastvrouwen een vaste caseload als het gaat om de huishoudelijke begeleiding. Hier zitten volgens de organisatie twee voordelen aan zitten. Enerzijds ontstaat er zo meer herstelgerichte zorg, omdat deze taken eerder van de cliënt werden overgenomen terwijl ze nu samen met de cliënt worden uitgevoerd. Cliënten worden zo zelfstandiger. Anderzijds ontstaat er veel meer een relatie met cliënten. De gastvrouwen hebben geen opleiding in de zorg. Er zijn zeven diensten per dag: vier overdag en drie in de avond.

Die ontwikkeling heeft ook een keerzijde. Zo signaleert een verpleegkundige van een organisatie dat meer meldingen zijn gemaakt van incidenten sinds de verhouding van woonbegeleiders ten opzichte van 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.

### 3.3.3 Wat valt onder de AWBZ?

Een tweede consequentie van de ZZP's is dat organisaties kritisch gaan kijken naar welke zorg strikt genomen onder de AWBZ valt. Nu wordt bijvoorbeeld de was gratis gedaan en heeft de cliënt kosteloos toegang tot een internetaansluiting. Deze zaken zullen in de toekomst niet meer vanzelfsprekend onder het ZZP vallen. Eén organisatie geeft aan servicepakketten te gaan creëren waarin dit type diensten valt. Cliënten moeten dan gaan betalen voor deze service of moet ervoor beroep doen op de mantelzorg.

Vanzelfsprekend is dat lastig voor de meeste cliënten; zij hebben immers overwegend een laag inkomen en ontvangen weinig mantelzorg. De begeleiders onderkennen dit knelpunt. Tegelijk attenderen ze op een andere kant van de medaille: een kleinere kans dat de cliënt wordt 'gehospitaliseerd'. Juist vanwege deze kritische blik krijgen cliënten een stimulans om zelf te gaan koken en zelf de was te doen. Het ZZP en het bijbehorend aantal uren gaat er immers ook vanuit dat zij dit zelfstandig kunnen.

### 3.3.4 Samenvattend

De invoering van zorgzwaartepakketten betekent voor organisaties dat zij op een nieuwe wijze geld krijgen toegewezen. Nog niet alle organisaties bekostigen hun locaties al op basis van de ZZP's. Voor sommige organisaties is dit een bewuste keuze, omdat de overgang lastig is; en niet alle locaties kostendekkend zijn op basis van de nieuwe systematiek.

Een gevolg van deze nieuwe bekostigingswijze is dat organisaties bezien hoe ze het personeel meer flexibel kunnen inzetten; bijvoorbeeld meer tijdelijke contracten aanbieden, andere functiedifferentiatie

Een ander gevolg is dat organisaties kritisch gaan kijken welke diensten onder het ZZP vallen en wat in de toekomst voor eigen rekening van de cliënt moet komen.

## 3.4. Van ZZP naar persoonlijke zorg

Wanneer cliënten een ZZP hebben, moet dit vertaald worden naar persoonlijke zorg. In deze paragraaf bezien we die vertaalslag. We beschrijven hoe organisaties de dialoog aangaan met cliënten, hoe zij werken met productenboeken, tijdregistratie en hoe ze komend tot arrangementen.

### 3.4.1 Dialoog met de cliënt

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. Het beleid rond de ZZP's veronderstelt zelfregie.

Organisaties signaleren dat zij problemen ervaren bij het aangaan van de dialoog met hun cliënten over de invulling van de zorg. Niet alle cliënten kunnen of willen bijvoorbeeld de regie over hun zorg voeren. Specifieke cliëntgroepen in de ggz geven extra problemen; bijvoorbeeld zorgmijders, of chronisch psychotische patiënten.

*"De emancipatiegedachte vanuit een zorgzwaartepakket is dat je zelf kan kiezen, dat jij weet waar je aan wilt werken en jij weet dat jij je aanmeldt bij deze organisatie omdat je daarin ondersteund wilt worden. Ik bedoel het absoluut niet denigrerend. Ik zie dat er cliënten zijn die vooral denken 'het zal wel'. Als we maar goed geholpen worden." Manager ZZP*

*"Het heeft absoluut een meerwaarde dat mensen zich bewust worden welke zorg wil ik hebben en wat kost dat eigenlijk. Dat vind ik de meerwaarde, ook al past het niet bij de GGZ doelgroep." Verantwoordelijke manager ZZP*

*"Het is een mooi vertrekpunt, individualiseren van de zorgvraag en emanciperen, maar het is niet altijd even geschikt voor patiënten binnen de ggz."* Verantwoordelijke manager ZZP

*"Mensen vinden het al verdacht als we aanbieden samen een kopje koffie te drinken. Daarin hebben ze al achterdocht. Laat staan als je gaat praten over indicaties of over welke zorg iemand wil hebben. Veel mensen hier beseffen niet dat ze ziek zijn, dat ze zorg nodig hebben. Je communiceert niet in dezelfde werkelijkheid."* Locatiemanager

Andere organisaties gebruiken hulpmiddelen om wensen van de cliënt in kaart te brengen. Een voorbeeld van zo'n hulpmiddel is een vragenlijst. Een organisatie laat cliënten bijvoorbeeld de vragenlijst MANSA invullen (Manchester Short Assessment of Quality of Life). Deze lijst bevat vragen over hoe tevreden een cliënt is met (de ondersteuning op) een aantal levensgebieden. Op basis daarvan wordt nadere invulling gegeven aan de zorg.

### 3.4.2 Productenboek

Sommige organisaties gebruiken productenboeken als hulpmiddel voor de invulling van het zorgaanbod. Een productenboek beschrijft welke zorgproducten een organisatie aan zijn cliënten kan leveren. Zo wordt bijvoorbeeld inzichtelijk welke soorten dagbesteding een organisatie organiseert of hoe een organisatie de cliënt kan ondersteunen bij persoonlijke verzorging.

Van de deelnemende organisaties hebben zes organisaties een productenboek ontwikkeld. De wijze waarop organisaties een productenboek schrijven varieert. Het belangrijkste onderscheid is het schrijven van een algemeen productenboek voor de locatie versus het schrijven van een productenboek vanuit de ZZP's. Bij het productenboek van een locatie wordt aangegeven welke zorgproducten de locatie kan leveren. Bij een overzicht vanuit de ZZP's wordt per ZZP aangegeven welke zorg geleverd kan worden.

Organisaties melden dat het ontwikkelen van een productenboek een direct gevolg is van de invoering van de zorgzwaartepakketten. Enkele organisaties stellen dat het een vereiste is van het zorgkantoor.

Het productenboek is bedoeld voor intern en/of extern gebruik. Eén organisatie biedt het productenboek extern aan via de website. Bij de overige organisaties is het productenboek voor intern gebruik bedoeld.

Organisaties vermelden dat het de bedoeling is dat in de toekomst ook de cliënten inzage hebben in het productenboek.

### 3.4.3 Tijdregistratie

Ggz-instellingen voelen zich voor de keuze staan in hoeverre zij de zorg per cliënt gaan registreren en zo ja op welke wijze. Er was bij sommige organisaties onduidelijkheid over de bedoelingen van de overheid: was het nu wel of niet de bedoeling om het ZZP per cliënt te verbijzonderen naar zorgtijd?

Het ministerie van VWS heeft eind 2009 duidelijk gemaakt dat een gedetailleerde invulling en/of registratie van zorgtijd per ZZP niet wenselijk is.

Organisaties zelf willen evenmin de dialoog met de cliënt toespitsen op uren en minuten voor zorgverlening; als leidraad nemen ze de gewenste kwaliteit van zorg.

Van de tien organisaties registreren acht niet de precieze zorgtijd die per ieder cliënt wordt ingezet. Twee organisaties brengen die tijd wel in kaart. Van beide manieren (*wel* versus *niet* registreren van minuten) is hieronder een voorbeeld uitgewerkt.

### **Registreren van de zorg**

Een ggz-instelling heeft een visiedocument geschreven waarin staat dat men herstelgericht willen werken. Daarin zijn elf levensgebieden van herstelgericht werken opgenomen. Dit visiedocument is hun uitgangspunt. Vervolgens wordt per cliënt een behandelplan en een begeleidingsplan opgesteld, ook daar komen die elf levensgebieden weer in terug. Op deze elf levensgebieden worden doelen gesteld. De organisatie heeft een software programma ontwikkeld om in kaart te brengen welke middelen er worden gebruikt bij het werken aan de doelen. Allereerst is het productenboek online gezet. Het is geschreven vanuit de werkvloer. Alle mogelijke stukjes zorg staan hier beschreven. Een cliënt kan met zijn persoonlijk begeleider dit online productenboek bekijken en zo naar een invulling van het ZZP kijken. Het is de bedoeling dat een cliënt dit productenboek ook zelfstandig kan inzien. Bijvoorbeeld via een terminal in de cliëntenruimte. In het productenboek staat alle zorg beschreven: wat is het doel, de werkwijze, voor wie is het toegankelijk, evaluatie, en wie te benaderen voor meer informatie. Samen met de persoonlijk begeleider kan de cliënt het begeleidingsplan opstellen en via dit software programma de methodiek erbij zoeken. Het computer-programma is visueel ingericht. Per cliënt staat het ZZP vermeld. Vervolgens wordt dit ingevuld door de zorg uit het productenboek te selecteren. Er wordt meteen rekening gehouden met de indirecte tijd. Er staat aangegeven hoeveel behandelminuten de cliënt heeft (dat komt overeen met de behandeltime in het zorgzwaartepakket). Daarnaast worden de dagbesteding en woonzorg ingevuld. Een voorbeeld: stel de cliënt wil werken aan geldbeheer. Daartoe wil hij een cursus budgettering doen. Via het software-programma is er toegang tot het productenboek waarin een korte beschrijving staat over de cursus. De tijd die staat aangegeven bij de cursus is bijvoorbeeld 10 minuten omdat de cursus een uur duurt en in een groep van zes personen wordt gegeven. Via het software programma wordt de cursus toegevoegd. De tijd ervoor wordt vervolgens bij de categorie 'daily care' gehaald. Zo wordt het ZZP ingevuld. Het programma geeft met een rood vlaggetje aan als iemand over de tijd van een onderdeel van het ZZP gaat. Hiervoor kan een cliënt kiezen, zolang hij maar niet over de totale tijd van het ZZP heen gaat. Er mag immers geschoven worden in het ZZP. De cliënt kan zien hoe de ruimte van zijn ZZP wordt gebruikt. Het ZZP kan vervolgens ook worden omgezet naar een weekprogramma voor de cliënt.

### **Zorgovereenkomst**

Een ggz-instelling onderzoekt hoe ze kunnen organiseren dat cliënten kunnen onderhandelen over de invulling van hun indicatie. Het doel is dat de organisatie de geïndiceerde zorg op maat invult voor de cliënt, bijvoorbeeld door het ruilen van dagdelen van het een voor het ander. Dat betekent dat ze inhoudelijk duidelijk moeten maken wat ze bieden. De ggz-instelling heeft nog geen productenboek ontwikkeld. De discussie met het zorgkantoor wordt momenteel gevoerd. Zij hebben een duidelijke wens uitgesproken op dit gebied. De ggz-instelling zoekt naar een mogelijkheid waarin enerzijds een zorgovereenkomst goed tot stand komt, zonder dat het zover doorslaat dat het op minutenniveau verantwoord moet worden. VWS is duidelijk over dat dit niet de bedoeling is van de ZZP's. De instelling gaat de leveringsvoorwaarde of de zorgovereenkomst koppelen aan het behandelplan als bijlage. De inhoud van de overeenkomst moet uiteraard wel een duidelijke relatie hebben met het behandelplan.

#### **3.4.4 Arrangementen**

Een arrangement is een totaalpakket aan zorg. In onze verkenning zijn we geen enkele organisaties tegengekomen die – in deze betekenis – zorgarrangementen heeft ontwikkeld. Organisaties kijken voorzichtig naar hoe zij dat wel zouden kunnen doen. Er zijn diverse ideeën te onderscheiden.

Een voorbeeld is om zorgarrangementen samen te stellen met verschillende accenten: zoals pakketten met nadruk op ondersteunende gesprekken, nadruk op dagbesteding of nadruk op woonzorg. Cliënten komen binnen met een bepaald ZZP en kunnen vervolgens kiezen tussen een aantal van die arrangementen waarin de nadruk varieert.

Een andere manier is om te kijken naar de standaardzorg die op een afdeling geleverd wordt en die vast te leggen. Afhankelijk van de hoogte van het ZZP zijn er dan – boven die standaardzorg – nog minuten over; die kunnen dan individueel op maat worden ingevuld.

De invoering van zorgzwaartepakketten gaat gepaard met zakelijkheid: de organisaties bezien wat er kan binnen een pakket. De afweging om cliënten zelf te laten betalen voor extra service is al genoemd. In de praktijk zijn we geen organisaties tegengekomen die werken met pluspakketten. Pluspakketten zijn pakketten waar cliënten zelf voor moeten betalen als zij extra diensten boven de basiszorg wensen (zoals extra begeleiding bij vrijetijdsbesteding of extra diensten voor kapper, pedicure. Als argument noemen de instellingen dat ggz-cliënten over het algemeen nauwelijks geld hebben.

Eén organisatie overweegt in de toekomst met pluspakketten te gaan werken, omdat zij nu diensten aanbieden die feitelijk niet onder de AWBZ vallen (zie paragraaf 3.3.3).

#### **3.4.5 Samenvattend**

Wanneer cliënten een ZZP hebben, moet dit vertaald worden naar persoonlijke zorg. Om deze vertaalslag te kunnen maken, gaan organisaties de dialoog aan met de cliënt: niet over de invulling van zorgtijd, wel over de gewenste kwaliteit van bestaan. Organisaties tekenen hierbij aan, dat niet elke cliënt in staat is tot dialoog vanuit zelfregie.

Bij het individuele plan wordt gebruik gemaakt van vragenlijsten die in kaart brengen wat de wensen van de cliënt zijn.

Het merendeel van de organisaties werkt met productenboeken zodat inzichtelijk is welke zorg de organisatie kan geven. We hebben geen organisaties gezien die arrangementen hebben als integraal geheel van zorgverlening; liever preciseert men de benodigde zorg per onderdeel.

Er is weinig animo onder ggz-organisaties om te werken met minutenregistratie. Twee organisaties hebben wel in kaart gebracht hoe de zorgtijd per cliënt wordt ingevuld.

### **3.5 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.

#### **3.5.1 Nieuwe systematiek zorgplan**

Voor negen van de tien organisaties is de manier waarop zij komen tot een persoonlijke invulling van zorg voor cliënten niet veranderd door de invoering van de ZZP's. Een organisatie heeft een specifieke methodiek ontwikkeld om in gesprek te gaan met cliënten over de invulling van hun ZZP. De overige organisaties hebben het wel over de invulling van zorg tijdens het opstellen van een zorgplan of de evaluatie. Er wordt echter geen directe koppeling gemaakt met het ZZP.



Vier van de tien organisaties zoeken naar een ander format voor hun zorgplan als gevolg van de invoering van de ZZP's. Een vereiste hierbij is dat het gedigitaliseerd is en binnen het EPD past. Daarnaast zijn er vier organisaties die aangeven met een nieuwe methodiek te werken voor het zorgplan, omdat zij vanuit de herstelvisie (gaan) werken. Dit is dus niet een gevolg van de ZZP's.

### 3.5.2 Betrokkenheid van de cliënt

Zeven van de tien organisaties melden dat ze het zorgplan in samenspraak met de cliënt opstellen. Maar dit beeld wordt door persoonlijk begeleiders genuanceerd: zijn doen het voornamelijk alleen – dat opstellen van een zorgplan. Als argumenten noemen ze dat het zorgplan binnen een bepaalde tijd moet worden opgesteld en dat cliënten niet altijd willen meewerken aan de inhoud van het plan of een handtekening willen zetten.

Bij de meeste organisaties is echter een ontwikkeling gaande waarin zij toch proberen de cliënten meer te betrekken bij het zorgplan. Drie organisaties geven aan dit te doen door cliënten uit te nodigen bij de evaluatie van het zorgplan. Soms wordt dit zelfs verplicht gesteld. Een andere ontwikkeling is dat cliënten eventueel derden mogen uitnodigen.

Vrij nieuw is – bij diverse organisaties – dat het zorgplan vanuit de cliënt geschreven wordt, terwijl voorheen de medewerkers over de cliënt rapporteerden/schreven.

Hiermee gaat gepaard dat de invulling van zorg is verbijzonderd naar levensgebieden; de cliënt wordt niet langer gezien als 'te behandelen patiënt'. Voorbeelden van die levensgebieden zijn zingeving en intimiteit en activerende dagactiviteit.

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.

Hieronder staan twee voorbeelden van zorgplannen die ten opzichte van elkaar als twee uitersten zijn te zien – gelet op de mate van betrokkenheid van de cliënt.

#### **Het verpleegkundige plan**

Een organisatie werkt met verpleegkundige plannen. Als een cliënt wordt opgenomen vindt er observatie plaats en een diagnose. Vervolgens stelt een verpleegkundige doelen (zoals ziekte inzicht hebben of behouden van vaardigheden). Specialisten rapporteren in het EPD bij deze doelen welke vooruitgang zij hebben geboekt. Dit wordt eens per jaar bij het Multi Disciplinair Overleg (MDO) geëvalueerd. Bij deze vorm is een cliënt niet aanwezig bij de evaluatie. Een verpleegkundige bespreekt het overleg eventueel wel voor of na met de cliënt.

#### **Zorgplan vanuit de herstelvisie**

Een organisatie werkt vanuit de herstelvisie. Het plan is geschreven in 'ik-vorm'. Het zorgplan bestaat uit het ZZP, algemene beschrijving van de cliënt en diverse levensbrede domeinen. Naast de gebruikelijke leefdomeinen (wonen, dagbesteding, sociale contacten, financiën/administratie, lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid, begeleiding) hebben zij een aantal extra domeinen geformuleerd, te weten: middelengebruik, justitiële contacten, zingeving, relatie/intimiteit/seksualiteit, opvoeding & kinderen, relaties & rollen in het gezin, opvoedingsvaardigheden, ontwikkeling kinderen, veiligheid kinderen, school en kinderen. Een cliënt bepaalt op welke gebieden hij / zij ondersteuning wil en wat hij / zij graag wil bereiken. Een voorbeeld hiervan is het doel zelfstandig te gaan wonen. De evaluatie is eens per half jaar met begeleider en eventueel behandelaar. Tevens zijn er cliëntenbesprekingen waarbij de cliënt vier mensen mag uitnodigen met wie hij/zij het zorgplan kan evalueren.



### 3.5.3 Evaluatie

Alle organisaties evalueren het zorgplan minstens 1 keer per jaar. Per organisatie of zelfs per locatie loopt dit uiteen van eens in de 6/8 weken, eens per half jaar of eens per jaar. Dit hangt meestal af van de specifieke doelgroep van de locatie: bij doelgroepen waarbij veel verbetering mogelijk is (zoals locaties waarbij behandeling op de voorgrond staat of locaties waarbij integratie in de maatschappij voorop staat) is de evaluatie frequenter dan doelgroepen die vrij stabiel zijn (zoals ouderenpsychiatrie). Bij de GGZ-instellingen wordt er bij de evaluatie vaak gewerkt met een MDO, bij de RIBW's is de evaluatie meestal met cliënt en persoonlijk begeleider.

### 3.5.4 Kennis van cliënten

Aan het management van de organisaties is gevraagd of de cliënten voorzien zijn van een actueel zorgplan. Alle organisaties geven aan dat aan deze verplichting is voldaan. Aan de cliënten van de organisaties is de vraag gesteld of zij weten of ze een zorgplan hebben en zo ja of ze ook iets kunnen vertellen over hun zorgplan.

- Van de geïnterviewde cliënten kan 45% inhoudelijks iets vertellen over hun zorgplan: (welke doelen gesteld zijn enzovoort).
- Van deze cliënten weet 27% alleen dat ze een zorgplan hebben, maar zij kunnen niet vertellen wat erin staat.
- Tot slot geeft 28% van de cliënten aan dat zij deze vraag niet kunnen beantwoorden of dat zij geen zorgplan hebben.

### 3.5.5 Samenvattend

De invoering van de ZZP's heeft er niet toe geleid dat organisaties op een andere manier tot een persoonlijke invulling van zorg komen. Er was al een tendens naar ruimere aandacht voor levensgebieden van de cliënt, ontwikkeling van vaardigheden op die gebieden en gewenste begeleiding erbij.

Er wordt gezocht naar een nieuw format voor het zorgplan. De herstelvisie heeft er toe geleid dat cliënten meer betrokken worden bij hun zorgplan. Het zorgplan wordt elke zes weken tot een jaar geëvalueerd. Uit de gesprekken met de cliënten komt naar voren dat iets minder dan de helft kan aangeven waar zijn of haar zorgplan over gaat.

## 4. Zorg rond de individuele cliënt

In dit hoofdstuk beschrijven we de zorg rond de individuele cliënt. Het zorgaanbod is in zeven leefdomeinen verdeeld; ze staan in het kader hieronder.

- Wonen met privacy
- Begeleiding
- Persoonlijke ontwikkeling
- Lichamelijke verzorging / geestelijke gezondheidszorg
- Voeding
- Dagbesteding
- Vrijtijdsbesteding

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 de eerste paragraaf geven we een samenvattend overzicht: in hoeverre het zorgaanbod aansluit bij de cliënt. In de daarop volgende paragrafen bezien we de bevindingen per leefdomein. We beschrijven wat de cliënt krijgt, of er aansluiting is bij de eigen situatie, en daarnaast of er vernieuwing in de zorg ontstaat. Ook beschrijven we eventuele knelpunten.

### 4.1. Aansluiting wensen van de cliënt en het zorgaanbod

Aan persoonlijk begeleiders is per leefdomein gevraagd in hoeverre het zorgaanbod aansluit bij de wens van de cliënt. De percentages zijn afgeleid van antwoorden van de persoonlijk begeleiders.

Opvallend is dat het leefdomein 'wonen met privacy' het minst goed aansluit bij de cliënt (48%). Afgezien van dit domein is voor gemiddelde tweederde van de cliënten de zorg in balans met de behoeften en wensen van de cliënt; voor één-derde onvoldoende.

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%

Schema 1: Per leefdomein de aansluiting van het zorgaanbod bij de wens van de cliënt.

## 4.2. Wonen met privacy

In deze paragraaf beschrijven we het aanbod met betrekking tot wonen met privacy. Dit hebben we gedaan aan de hand van de volgende vijf items; eigen kamer, eigen badkamer, eigen toilet, gelegenheid tot eigen inrichting en gelegenheid tot privécontact (zie tabel 6).

### 4.2.1 Aanbod

Van de cliënten die hebben deelgenomen aan het onderzoek heeft 94% een eigen kamer. Bij twee locaties van verschillende organisatie delen cliënten hun kamer met anderen. Bij een locatie delen cliënten de kamer met één andere cliënt. Bij een andere locatie deelt de cliënten de kamer met drie andere cliënten. Allebei de locaties zijn bestemd voor ouderen in de psychiatrie.

Van de bevroegde cliënten heeft 74% eigen sanitair (badkamer toilet). Het overige deel van de cliënten deelt het sanitair met meestal twee of drie andere bewoners. Bij twee locaties lag dit hoger; cliënten delen het sanitair met vijf of zes andere cliënten. Of cliënten een eigen kamer en of eigen sanitair hebben, is voornamelijk afhankelijk van het bouwjaar van de locaties. Meestal zijn er per locaties een paar appartementen beschikbaar.

Over het algemeen zien we dat de cliënten die een zelfstandig appartement hebben hier wonen omdat zij geen intensieve begeleiding nodig hebben, omdat ze leren meer zelfstandig te wonen, of omdat ze niet in een groep kunnen wonen. Het geïndiceerde ZZP heeft hierop dus nauwelijks invloed.

Ongeveer tweederde van de cliënten (69%) heeft de mogelijkheid de kamer zelf in te richten. Als cliënten die mogelijkheid niet hebben staan er meubels van de organisatie in de kamer. Cliënten kunnen die uiteraard wel aanvullen met eigen spulletjes, zoals foto's of plantjes. Alle organisaties bieden in ieder geval een bed en een kledingkast aan, omdat het vaak voorkomt dat cliënten geen budget hebben om hun kamer in te richten.

57% van de cliënten heeft de gelegenheid tot privécontact met familie of vrienden, bijvoorbeeld door middel van een privételefoon aansluiting of internetverbinding. Deze telefoon en internetverbinding moeten over het algemeen zelf aangeschaft en bekostigd worden. Bij twee locaties zit standaard een internetverbinding in de kamer zonder dat cliënten daar voor moeten betalen. Organisaties hebben veelal een telefoon in de gezamenlijke ruimte staan. In enkele gevallen een computer met internetverbinding.

Cliënt heeft:	Percentage cliënten (N=185)
een eigen kamer	94%
eigen sanitair (badkamer + toilet)	74%
de mogelijkheid om de kamer zelf in te richten	69%
gelegenheid privé contact te hebben	57%

Tabel 6: Aanbod op het gebied van wonen met privacy

### 4.2.2 Aansluiting op behoeften

Persoonlijk begeleiders melden dat het aanbod rond 'wonen met privacy' bij 48% van de cliënten aansluit bij hun wens. Bij 31% van de cliënten sluit het aanbod gedeeltelijk aan en bij 21% van de cliënten sluit het niet aan. Als het aanbod aansluit komt dit omdat cliënten blij zijn dat ze een eigen plekje hebben waar ze rustig kunnen wonen.

Cliënten geven aan minder bang te zijn dan voorheen. Daarnaast vinden cliënten het fijn dat ze altijd mensen om zich heen hebben; zowel andere bewoners – met wie ze “even kunnen kletsen” – als begeleiders op wie ze kunnen terugvallen.

Als het aanbod rond ‘wonen met privacy’ niet aansluit, is dat meestal doordat cliënten met grote groepen op een afdeling wonen. In die situatie hebben ze geen directe relatie met de medebewoners wat voor spanningen kan zorgen. Een andere reden: cliënten worden met elkaars ziektebeeld en stemming geconfronteerd. Daarnaast kan gebrekkige aansluiting op wensen ontstaan omdat cliënten de wens hebben ambulante of zelfstandig te gaan wonen. Cliënten zijn over het algemeen meer tevreden met het wonen als zij met kleine groepen mensen een woonvorm delen. In gesprekken met de cliënten is gevraagd wat zij zouden doen als ze de baas zouden zijn van de organisatie. Dan komt relatief vaak naar voren dat zij beter zouden opletten wie ze bij elkaar in een groep zouden plaatsen. Ze zouden letten op ziektebeeld en op de persoonlijkheid van de cliënten.

#### 4.2.3 Ontwikkeling

Organisaties gaan voor hun cliënten meer diversiteit in het woonaanbod creëren. Op deze wijze wordt geprobeerd ook de privacy van de cliënt te waarborgen. Een voorbeeld is het bouwen van HAT-woningen waar cliënten een zelfstandige woonruimte hebben, maar wel een gemeenschappelijke woonkamer. Niet alleen relatief zelfstandige cliënten komen in aanmerking voor deze woningen. Ook cliënten die juist veel zorg nodig hebben of die langdurig op het terrein van een instelling wonen, komen ervoor in aanmerking. Drie organisaties melden dat zij plannen hebben om woningen te creëren waar bewoners meer privacy hebben. Vanwege bezuinigingen en financiële gevolgen van de ZZZ's zijn zij echter niet in staat deze plannen op korte termijn uit te voeren.

#### **Veel beperkingen toch zelfstandig wonen**

Een RIBW heeft in samenwerking met een woningcorporatie appartementen laten bouwen van ongeveer 45 m<sup>2</sup> en zullen als complete zelfstandige woning met eigen huisnummer worden uitgevoerd. Deze locatie gaat in september 2010 open voor mensen die juist veel zorg nodig hebben en die ook moeilijk in een groep kunnen functioneren. Deze mensen wonen nu veelal nog op kleine kamers en met meerdere mensen in één woning. Voor deze mensen zijn er vrijwel geen mogelijkheden om wooncarrière te maken terwijl dat wel noodzakelijk is. Er komen 27 appartementen en enkele gemeenschappelijke ruimtes voor bewoners en ruimtes voor de RIBW. De cliënten worden begeleid bij het zelfstandig wonen. Er is 24-uurs begeleiding doordat er iemand in het gebouw slaapt die ook 's nachts bereikbaar is voor de bewoners.

#### 4.2.4 Samenvattend

Van alle leefdomeinen geeft het gebied ‘wonen met privacy’ de minste aansluiting bij de wensen van de cliënt. Er is vooral behoefte aan meer eigen leefruimte voor de cliënt. We zien dat organisaties meer diversiteit in het aanbod proberen te creëren. Dat vergt tijd. En soms maakt de financiële positie van de organisatie het proces extra lastig.

#### 4.3. Begeleiding

In deze paragraaf bezien we de nabijheid van de hulpverleners als onderdeel van 24-uurszorg. Die is zeer belangrijk voor cliënten. Dit komt ook naar voren in de gesprekken met de cliënten. Aan hen is de vraag gesteld wat zij het fijnst vinden van het wonen bij die organisatie. Het antwoord wat we het meeste horen is dat cliënten blij zijn dat ze een veilige plek hebben. De begeleiding biedt deze veiligheid en is daarom cruciaal.

#### 4.3.1 Aanbod

Bij een intakegesprek wordt vaak gekeken naar de hoeveelheid begeleiding die een cliënt nodig heeft. Ook wordt gekeken of een cliënt in de nacht eventueel begeleiding nodig heeft. Op basis hiervan wordt een cliënt op een bepaalde locatie geplaatst. Als cliënten eenmaal op de locatie wonen, krijgen zij een persoonlijk begeleider toegewezen met wie ze afspraken over de ondersteuning die zij nodig hebben en hoe zij deze willen ontvangen.

We zien dat er veel keuze is op het gebied van aantal uren begeleiding. Twee voorbeelden:

- (1) Een locatie die we bezochten is gericht op cliënten die zo weinig mogelijk bemoeienis willen, maar tegelijk niet op straat willen leven. De begeleiding is hier van negen uur in de ochtend tot negen uur in de avond direct oproepbaar; en is tevens een aantal uur per dag echt op de locatie aanwezig.
- (2) Op een andere locatie is de begeleiding van half acht in de ochtend tot half twaalf 's nachts aanwezig. In de nacht is er een portier. De begeleiding in de nacht wordt op diverse manieren geregeld. In sommige gevallen is de nachtwacht een begeleider of meerdere begeleiders. Bij andere locaties is een conciërge of een portier in de nacht verantwoordelijk. Bij een GGZ-instelling zijn de hulpverleners over het algemeen continu in de nabijheid. Bij RIBW's is vaak een deel van de dag begeleiding direct oproepbaar.

#### 4.3.2 Aansluiting

Het aanbod op het gebied van voortdurend nabije begeleiding is bij 67% van de cliënten voldoende aansluitend op hun behoeften en wensen. Bij 25% van de cliënten is sprake van een gedeeltelijke aansluiting, en bij 8% van de cliënten sluit het aanbod niet aan.

Redenen van een goede aansluiting zijn: (1) het feit dat cliënten altijd bij de begeleiding terecht kunnen, en (2) het gevoel van zekerheid en veiligheid dat ze eraan ontleen.

Ook zien we dat cliënten waarde hechten aan ander personeel, zoals de schoonmakers of de conciërge. Een organisatie heeft bijvoorbeeld een medewerker aangenomen die helpt met kamers en ander zaken schoonmaken en gaat mee met begeleiders als er uitstapjes zijn. In de gesprekken met de interviews komt naar voren dat zij het soms gemakkelijker vinden om met deze medewerker contact te maken dan met bijvoorbeeld de persoonlijk begeleiders.

Een cliënt vertelt: *"Als ik zie dat de schoonmaakster er is, ga ik altijd naar haar toe. Dan gaan we samen een sigaretje roken. De cliënten die hier wonen, zitten altijd op hun kamer, dus daar kan ik niet mee roken."*

Als het aanbod niet aansluit bij de cliënten heeft dat met twee zaken te maken: (1) soms staat er te weinig begeleiding op een groep waardoor er niet genoeg individuele aandacht mogelijk is, (2) er is genoeg begeleiding maar de betreffende cliënten willen liever geen zorg ontvangen. Die 'zorgmijders' willen het liefst met rust worden gelaten en ze willen zo min mogelijk zorg ontvangen. Het gegeven dat er continue begeleiding in de nabijheid is zorgt voor spanning. De 'zorgmijder' heeft het gevoel in de gaten gehouden te worden.

In gesprekken met begeleiders zijn we verder ingegaan op deze laatste categorie cliënten. Het idee achter zorgzwaartepakketten is immers dat de cliënt en zijn wens centraal staan. Hoe pakken instellingen dat aan bij deze cliënten? De meeste signaleren aan dat zij op het gebied van zorg een minimumeisen hanteren. Cliënten worden bewust gemaakt van deze normen. Dit betekent in de praktijk bijvoorbeeld dat cliënten eens per week een gesprek voeren met de begeleiding, dat ze minimaal eens per week douchen, of dat ze minimaal drie keer per week aanwezig zijn bij het avondeten. De persoonlijk begeleiders geven aan dat de meeste cliënten uiteindelijk akkoord gaan met deze ondergrens.

*"Je kijkt naar het pakket van een cliënt. Je probeert het gesprek aan te gaan en te kijken waar iemand behoefte aan heeft. We zijn nu bezig met het project minimale zorg. Hierbij wordt gekeken naar de minimale zorg waarvan wij vinden dat cliënten die nodig hebben. Dit is bepaald door een enquête te verspreiden onder medewerkers van de organisatie. Als een cliënt die minimale zorg niet krijgt, staat per leefdomein uitgewerkt wat de vervolgstappen zijn. Een voorbeeld hiervan is als een cliënt ziek is en niet naar de dokter wil gaan. Wij schrijven die cliënt dan toch gewoon in op het spreekuur van de huisarts. Uiteindelijk blijkt dat je de zorgtijd vaak wel kwijt bent, omdat je iemand veel moet activeren."* Persoonlijk begeleider

#### 4.3.3 Ontwikkeling

Er is een ontwikkeling gaande waarin organisaties functies gaan differentiëren. Hierdoor krijgen cliënten zorg van de verpleegkundige, de woonbegeleiders, en de huishoudelijk medewerkster. Cliënten ervaren het als een voordeel dat woonbegeleiders vaak op de locatie (helpen) koken. In tegenstelling tot het bestellen van kant en klare maaltijden uit een centrale keuken is het eten verser en smakelijker.

Cliënten ervaren het als nadeel dat zij geconfronteerd worden met nieuwe mensen, wat voor hen spanning oplevert. Tevens kunnen zij niet meer bij iedereen terecht met hun zorgvraag. Dit geeft verwarring.

In hoeverre functiedifferentiatie wordt ervaren als positief of negatief blijkt af te hangen van de zorgzwaarte van cliënten. Op een locatie waar cliënten met lichte beperkingen wonen, wordt de functiedifferentiatie over het algemeen als positief ervaren door zowel begeleiding als cliënten. Op een locatie waar vooral cliënten met zware beperkingen wonen (bijvoorbeeld psychotische cliënten met gedragsstoornis) wordt die ontwikkeling vooral door de begeleiding als negatief ervaren.

#### 4.3.4 Samenvattend

We zien dat de geboden begeleiding – als onderdeel van 24uurszorg – 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.

We zien dat organisaties als gevolg van de ZZP's overgaan tot functiedifferentiatie: er komen meerdere soorten beroepskrachten. In het algemeen ziet men dit niet als een probleem. Een risico ontstaat als de cliënt niet meer goed weet waar hij terecht kan met acute vragen. Sommige hulpverleners wijzen op het risico dat lager geschoolde beroepskrachten bijvoorbeeld een aankomende crisis niet tijdig zullen signaleren.

### 4.4. Persoonlijke ontwikkeling

In deze paragraaf beschrijven we het aanbod met betrekking tot persoonlijke ontwikkeling. Dit hebben we gedaan aan de hand van de volgende vijf onderwerpen: ontwikkelen van vaardigheden, zingeving, acceptatie, sociale contacten met familie en vrienden en sociale contacten met groepsgenoten en collega's.

#### 4.4.1 Aanbod

Alle organisaties proberen de vaardigheden die cliënten al bezitten te behouden. Het gaat bijvoorbeeld om vaardigheden zoals koken, de was doen of kamer schoonmaken.

Met name RIBW's geven veel aandacht aan het ontwikkelen van praktische vaardigheden. Dit wordt gedaan door bijvoorbeeld samen te oefenen. Naast het ontwikkelen en behouden van vaardigheden kunnen cliënten ook cursussen en trainingen volgen. Dit laatste zien we vooral bij de cliënten van ggz-instellingen. Veel genoemde cursussen zijn de Liberman

modules, zoals omgaan met vrije tijd, verslaving of psychotische symptomen. Ook de training 'sociale vaardigheden' wordt vaak aangeboden.

Van de 185 cliënten volgt 1 cliënt momenteel een reguliere opleiding, twee cliënten gaan in september beginnen met een opleiding.

Het beeld uit de verkenning is dat over het algemeen 'aanbodgericht' wordt gewerkt. Dit blijkt uit zowel de gesprekken met de persoonlijk begeleiders als uit de interviews met de cliënten. Zo vertelt een cliënt dat hij bij de start van een cursus kan aangeven of hij wil deelnemen. Hij kan niet aangeven aan welke andere cursus hij behoefte zou hebben. Hierop aansluitend vertelt een verpleegkundige: *"We bieden de Liberman cursus sociale contacten aan. Er zijn een paar verpleegkundige geschoold om deze cursus te geven. Het is lastig om hen vrij te plannen. De cursus wordt daarom niet vaak gegeven. We selecteren dan eerder cliënten die kortdurend zijn opgenomen dan de cliënten die hier langdurig wonen."*

### **Doorkijkje**

Een meneer van 27 jaar verblijft op een gesloten afdeling van een organisatie. Hij vertelt dat hij graag in de toekomst weer een opleiding willen volgen. Het liefste zou hij nu al een cursus volgen waarbij hij zijn hersenen kan trainen. Zodat de overstap naar het echte leren voor hem niet te groot is. Zijn persoonlijk begeleider gaf aan dat hij kan kiezen uit de kookgroep of de cursus 'omgaan met je verslaving'. Dit is echter niet wat meneer voor ogen heeft.

We merken dat op het gebied van zingeving veel keuzevrijheid bestaat voor de cliënt. Alle organisaties geven ruimte om in gesprek te gaan met geestelijk verzorgers. Meestal komt een geestelijke verzorger met een bepaalde regelmaat op de afdeling en kunnen daarnaast individuele afspraken gemaakt worden. GGZ-instellingen hebben vaak een stilte ruimte op het terrein, waar bijvoorbeeld diensten worden gehouden. Bij RIBW's hebben cliënten meestal de mogelijkheid om met begeleiding een kerkdienst bij te wonen. Meestal wordt er ook begeleiding vanuit de kerk aangeboden.

### **Geestelijke verzorger**

Cliënten van een ggz-instelling kunnen gesprekken aanvragen met een pastoraal medewerker. Cliënten kunnen uit een katholiek, een protestants-christelijk geestelijke verzorger of een humanistisch raadvrouw. Binnen de ggz-instelling is er een stiltecentrum, daar worden de diensten gehouden. Per keer wisselt het wie de dienst voorziet (katholiek, protestants-christelijk geestelijke verzorger of een humanistisch raadvrouw). De geestelijke verzorgers komen ook bij ambulante cliënten, omdat ze deze cliënten dan al kennen vanuit de ggz-instelling.

Op het gebied van 'sociale contacten' zien we dat veel mogelijk is. Alle organisaties melden dat ze de sociale contacten overnemen als dit nodig is. Cliënten worden vaak gestimuleerd om contact op te nemen met familie en vrienden. Vooral bij de RIBW's hebben persoonlijk begeleiders de ruimte om mee te gaan naar familie. Drie RIBW's geven aan de gesprekken te oefenen met de cliënt. Om onderling de contacten goed te houden organiseren zeven organisaties huiskamergesprekken. Die gesprekken worden gevoerd onder leiding van een persoonlijk begeleider of verpleegkundige. In de gesprekken kunnen eventuele conflicten tussen cliënten besproken worden.

#### 4.4.2 Aansluiting

Het aanbod bij persoonlijke ontwikkeling blijkt bij 62% van de cliënten goed aan te sluiten; bij 33% gedeeltelijk, bij 5% niet.

Er is vooral een goede aansluiting bij wensen wanneer cursussen worden aangeboden die ingaan op de aandoening van een cliënt. Voorbeelden hiervan zijn de cursus 'omgaan met psychotische kenmerken', 'omgaan met verslaving', psycho-educatie, zelfhulpgroepen. Voor cliënten van RIBWS's sluit het behouden en ontwikkelen van vaardigheden goed aan, omdat zij veelal streven naar zelfstandig wonen. Deze vaardigheden zijn dan essentieel.

##### Zelfhulpgroep

Een ggz-instelling organiseert voor cliënten met een verslaving zelfhulpgroepen via Buitenveldert. Dit is tot stand gekomen omdat een cliënt van de afdeling via hen zelfhulpgroepen bijwoonde. Zijn ervaringen waren zo positief dat de afdeling contact opgenomen heeft met de stichting. Een ervaringsdeskundige heeft toen de zelfhulpgroepen opgezet voor de afdeling dubbele diagnose. Op dit moment is de evaluatie. Als blijkt dat cliënten positief zijn wordt volgend jaar weer gestart met een nieuwe groep.

Een gebrekkige aansluiting ontstaat wanneer het aanbod bij persoonlijke ontwikkeling vooral als standaardaanbod wordt aangereikt; met te weinig verbijzondering naar eigen interesses van de cliënt. De inhoud van een cursus of training, of het niveau, of de vorm (individueel versus groepsgewijs) zijn dan niet conform de wens van de cliënt.

##### Doorkijkje

Mevrouw is 25 jaar, ze heeft de diagnose 'borderline persoonlijkheidsstoornis'. Ze vertelt dat ze mee doet met een sociale vaardigheidstraining die wordt gegeven door haar psycholoog. Daarnaast krijgt ze een 'borderline vaardigheidstraining'. Die wordt gegeven in groepsverband. Mevrouw geeft aan dat het ze het moeilijk vindt om deze cursus samen met anderen te volgen. Daarom wilde ze eigenlijk stoppen met de cursus. Daarom heeft haar begeleider voor haar georganiseerd dat ze een individuele training krijgt.

#### 4.4.3 Ontwikkeling

In de begeleiding van cliënten gaan organisaties meer aandacht geven aan zingeving; hoe mensen betekenis kunnen geven aan het leven met een beperking.

Vanuit de herstelvisie wordt hieraan op diverse wijzen aandacht besteed. Organisaties werken bijvoorbeeld met ervaringsdeskundigen; ze worden ingezet op vrijwillige basis of ze zijn betaalde krachten van een team. Zij hebben diverse taken; onder meer het begeleiden bij dagactiviteiten, of als maatje functioneren voor bewoners. Ervaringsdeskundigen zijn soms aanwezig bij zorgplanbesprekingen, bij sollicitatiegesprekken met nieuwe medewerkers en bij intakegesprekken met nieuwe bewoners.

Eén organisatie heeft een ervaringsdeskundige aangenomen als 'herstelambassadeur'. Haar specifieke taak is te kijken of de locatie wel herstelgericht gewerkt.

Een andere organisatie zet ervaringsdeskundigen in om voor cliënten een sociale kaart op te zetten. Samen met de cliënt brengen zij in kaart welke bestaande contacten er zijn en op welke wijze cliënten hun sociale kaart kunnen vergroten.



Tot slot is er de tendens dat organisaties met herstelgroepen werken. Deze herstelgroepen worden gehouden onder leiding van een ervaringsdeskundige. Cliënten komen bij elkaar om ervaringen te delen en elkaar steunen. Bij de herstelgroepen worden onderwerpen besproken zoals gevolgen van medicatie of hoe de cliënt sociale rollen weer kan oppakken ondanks zijn beperkingen.

Naast het feit dat ervaringsdeskundigen voor herstel van andere bewoners zorgen, ervaren zij hun werk zelf ook als bijzonder positief.

Binnen onze verkenning hebben wij met enkele ervaringsdeskundigen gepraat die tevens bewoner zijn van de bezochte organisatie. Zij gaven aan dat het werk als ervaringsdeskundige zin geeft aan hun leven en dat zij zich hierdoor waardig voelen.

#### **Zinneprikkel**

Een werkgroep gericht op zingeving en integrale psychiatrie bestaat uit een aantal medewerkers van een RIBW en cliënten. Zij vinden het belangrijk dat er meer ruimte en aandacht wordt besteed aan zingeving en alternatieve behandelmethoden en zienswijzen. Daarom organiseren zij gratis workshops voor de cliënten van de RIBW. Voorbeelden van deze workshops zijn: antroposofie, zin ontdekken in je leven, spiritualiteit & filosofie en geloof, hoop en liefde. Daarnaast zijn er ook workshops waarbij concrete activiteiten worden gedaan zoals, bloemschikken, sieraden maken, Tai Chi en mantrazang.

#### **4.4.4 Samenvattend**

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.

### **4.5. Lichamelijke verzorging & gezondheidszorg**

In deze paragraaf beschrijven we het aanbod met betrekking tot lichamelijke verzorging en gezondheidszorg. Dit hebben we gedaan aan de hand van de volgende items: persoonlijke verzorging, gezondheidsonderzoek, therapie gericht op ziektebeeld en specifieke therapie.

#### **4.5.1 Aanbod**

Alle organisaties stimuleren de persoonlijke verzorging als zelfactiviteit van de cliënt; het tijdig opstaan, zich douchen, enzovoort.

Bij RIBW's wordt over het algemeen geen persoonlijke verzorging overgenomen, tenzij het woonvormen betreft voor ouderen. Andere woonvormen laten de reguliere thuiszorg langs komen als een cliënt dagelijks hulp bij de persoonlijke verzorging nodig heeft.

De manier waarop medicatie verstrekt wordt aan de cliënt is divers en op maat gesneden. Enkele voorbeelden zijn: medicatie naar de cliënt toebrengen, medicatie uitzetten voor de cliënt, de cliënt activeren om de medicatie op te halen bij een centraal punt of medicatie in eigen beheer waarbij begeleiding wel controleert.

Van de cliënten krijgt 61% therapie gericht op het ziektebeeld. In de gesprekken met de persoonlijk begeleiders hebben wij gevraagd om welke therapievormen het gaat. De meest genoemde antwoorden waren gesprekken met een psychiater en medicatie.

Daarnaast hebben we gekeken of cliënten specifieke therapieën volgen. Van alle cliënten volgt 11% een specifieke therapie, zoals PMT of fysiotherapie. Bij cliënten met een ZZP-B-pakket ligt het percentage hoger; 19% volgt een specifieke therapie.

Van alle cliënten krijgt 31% periodiek een gezondheidsonderzoek. Dit zijn vooral de cliënten van ggz-instellingen.

#### 4.5.2 Aansluiting

Het aanbod op gebied van lichamelijke verzorging en medische zorg sluit bij 65% van de cliënten goed aan bij behoeften en wensen; bij 30% van de cliënten gedeeltelijk; en bij 5% van de cliënten is de aansluiting slecht.

Als er een gebrekkige aansluiting is komt dat volgens persoonlijk begeleiders voornamelijk omdat de betreffende cliënten zich willen onttrekken aan de zorg; er is dan geen behoefte aan lichamelijke verzorging. Deze cliënten hebben de neiging zichzelf te verwaarlozen. Zij ervaren het als negatief dat zij worden aangezet om bijvoorbeeld te gaan douchen. In die situatie willen persoonlijk begeleiders niet helemaal met de wens van de cliënt meegaan. Een andere reden van gebrekkige aansluiting betreft de therapie. Persoonlijk begeleiders signaleren dat een deel van de cliënten behoefte heeft aan specifieke therapieën die de organisatie niet kan bieden. Voorbeelden van genoemde therapieën zijn: cognitieve gedragstherapie, speltherapie en muziektherapie.

#### 4.5.3 Ontwikkeling

Er is een brede tendentie dat ggz-organisaties meer aandacht geven aan de somatische kant van iemands zorgbehoefte, waar onder gezonde leefstijl. Zo creëren organisaties mogelijkheden om te sporten, letten zij op overgewicht en controleren ze op diabetes. Ook worden algehele periodieke gezondheidsonderzoeken uitgevoerd. Een ggz-instelling heeft bijvoorbeeld een 'metabole polikliniek' opgericht om cliënten te screenen, voor behandeling te verwijzen of soms te behandelen. Tevens houden organisaties zich bezig met de vraag hoe zij gezondheid als centraal thema binnen de organisatie kunnen nastreven. Ook kijken zij in hoeverre ze op een ontspannende manier kunnen bijdragen aan de gezondheid van hun cliënten. Zo biedt een instelling complementaire zorg aan, zoals aromatherapie en hotstone massages. Een verpleegkundige biedt deze complementaire zorg in ruil voor een onkostenvergoeding.

#### **'Gezond leven'-plan**

Bij een beschermd woonvorm constateerden groepsbegeleiders veel overgewicht bij met name oudere bewoners. In overleg met teamleider is geconcludeerd dat er een plan moest komen op het gebied van voeding en beweging. In dezelfde periode kreeg men een uitnodiging van het Trimbos Instituut om mee te doen aan het verbetertraject 'Niet alleen de geest, maar ook het lichaam'. Persoonlijk begeleiders hebben meegedaan aan workshops en zijn aanwezig geweest bij congressen om gedragsveranderingen te kunnen bewerkstelligen. Daarna is een verbeterteam opgesteld. Dit team bestaat uit: huisarts, fysiotherapeut, diëtiste, behandelaar, begeleider.

Bij het 'gezond leven'-plan wordt gekeken naar drie gebieden:

- Voeding. Een diëtiste geeft voorlichting aan cliënten. Dit kan in groepsverband of individueel. Als een groep net start is dat intensiever dan later in het programma (2 x per jaar). Cliënten kunnen tevens een individuele afspraak maken. Tevens wordt elk jaar bij de huisarts het BMI (Body Mass Index) gemeten.
- Beweging. De mogelijkheid om eens per week te zwemmen (onder leiding van begeleidster), eens per week te wandelen (onder leiding van vrijwilligster), eens per week te fitnessen (onder leiding van fysiotherapeut), eens per week yoga te oefenen (onder leiding van begeleidster) en eens per week in de huiskamer bewegen op muziek / gymnastiek (onder leiding van begeleidster).

- Welbevinden. Met vragenlijsten aan het begin van het project wordt gekeken naar wat iemand echt wil en wat iemand leuk vindt. Na een jaar wordt dit geëvalueerd. Resultaat is dat mensen door beweging beter in hun vel zitten.

De huisarts heeft vooral een adviserende rol in het verbeterteam. Het team kwam in het begin ongeveer elke maand bij elkaar, nu eens per kwartaal. Deze overleggen zijn gericht op het bewaken van het proces, niet om individuele situaties van cliënten te bespreken. Vaak is iemand van de bewonersraad aanwezig. Naast de overleggen is onderling veel contact tussen de leden van het verbeterteam. Een voorbeeld is dat als een cliënt een terugval heeft met veel negatieve symptomen. De persoonlijk begeleider, huisarts en behandelaar kijken in die situatie hoe ze de cliënt kunnen stimuleren om toch weer mee te doen met het 'gezond leven'-plan. Als een cliënt in een periode veel aankomt vindt contact plaats tussen de fysiotherapeut en diëtiste en begeleider.

Alle cliënten kunnen aan het plan mee doen. Dit wordt vervolgens opgenomen in het zorgplan. Daar zit het onderwerp gezondheid in. Op dat gebied worden dan de doelen gesteld. Bij evaluatie wordt gekeken of de doelen zijn behaald. Zo niet, waarom niet? Het ziektebeeld speelt dan vaak mee, dus wordt ook de link gelegd naar het behandelplan. Cliënten zijn niet verplicht om altijd overal aan mee te doen, maar er wordt wel serieus naar gekeken als iemand stopt. Vaak volgt dan een gesprek met behandelaar, begeleider en cliënt omdat het ziektebeeld dan waarschijnlijk speelt. Cliënten worden gemotiveerd om mee te blijven doen.

#### **Een beautymiddag voor ouderen**

Bij de afdeling ouderenpsychiatrie wordt er samengewerkt met leerlingen van de opleiding schoonheidsverzorging van een ROC. Deze leerlingen komen eens in de maand bij de afdeling ouderenpsychiatrie op bezoek. In het activiteitencentrum worden tuinstoelen neergezet om een beauty middag aan te bieden. De leerlingen van de opleiding schoonheidsverzorging verzorgen de huid en nagels van de cliënten. Op deze wijze kunnen zij hun vaardigheden oefenen. Het ROC doet dit kosteloos, omdat het voor hen een goede manier is om ervaring op te doen.

#### **4.5.4 Samenvattend**

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, waar onder een 'gezonde leefstijl'.

#### **4.6. Voeding**

In deze paragraaf beschrijven we het aanbod met betrekking tot voeding. Dit hebben we gedaan aan de hand van de volgende items: kan een cliënt kiezen wat hij eet, waar hij eet en met wie hij eet?

##### **4.6.1 Aanbod**

Van de cliënten kan 65% kiezen wat hij/zij eet. Drie organisaties hebben een centrale keuken waaruit het eten wordt besteld op basis van menulijsten. Bij drie organisaties koken de cliënten om de beurt, eventueel met ondersteuning. Drie organisaties koken op de locatie voor de cliënten. Cliënten hebben daarbij invloed op het menu. Bij één

organisatie kunnen cliënten kiezen of er voor hen wordt gekookt of dat zij zelf koken, eventueel met begeleiding (zie het kookproject).

Van de cliënten kan 34% kiezen waar hij/zij eet: op desgewenst een andere plek dan de locatie waar de cliënt woont. Alle ggz-instellingen hebben een restaurant waar cliënten kunnen eten.

Daarnaast hebben we gepeild of cliënten kunnen kiezen met wie ze eten. Iets meer dan de helft van de cliënten heeft deze mogelijkheid. Bij sommige organisaties is het gebruikelijk om samen te eten op een vast tijdstip. Bij andere organisaties is er de vrijheid om alleen op de kamer te eten of op een ander tijdstip. De meeste cliënten geven aan dat ze het fijn vinden om gezamenlijk te eten. Cliënten die een eigen appartement met keuken hebben, proberen toch vaak 'eetafspraakjes' te maken.

Eén organisatie kiest voor gezamenlijk eten bij alle maaltijden, inclusief de momenten voor koffie en thee. De reden hiervoor: cliënten eten en drinken beter als de begeleiding mee doet. Samen met de cliënten dekken zij de tafel en ruimen ze af. Voor cliënten is het niet verplicht om mee te eten, maar ze worden wel gestimuleerd. Ook is er in de ochtend en in de middag een koffie/thee-moment. In het verleden sloegen begeleiders dit wel eens over. Dit had als gevolg dat ook de cliënten niet meer gezamenlijk koffie of thee gingen drinken. Daarom doen begeleiders voortaan weer mee.

Een cliënt kan:	Percentage cliënten (N=185)
kieszen wat hij / zij eet	65%
kieszen waar hij / zij eet	35%
kieszen met wie hij / zij eet	58%

Tabel 7: Keuzemogelijkheden op het gebied van voeding

#### 4.6.2 Aansluiting

Voor 68% van de cliënten sluit het aanbod rond voeding goed aan bij de wensen van de cliënt; bij 25% van de cliënten is dat gedeeltelijk; en bij 7% van de cliënten niet.

Als het aanbod goed aansluit, komt dit vaak doordat cliënten geen zorg hoeven te dragen voor de maaltijd. Cliënten stellen die service zozeer op prijs dat de kwaliteit van het eten minder belangrijk is. Ook het feit dat sommige cliënten in de middag al warm eten vinden zij over het algemeen niet bezwaarlijk.

*"Alles is beter dan zelf koken." Cliënt*  
*"Koken vind ik al niet leuk. Maar het boodschappen doen is erger. Cliënt*

Wanneer het aanbod niet aansluit bij de wens van de cliënt, komt dit vaak doordat cliënten te weinig zeggenschap hebben over de voeding. Cliënten hebben soms een beperkte keuze in het avondeten. Daarnaast moeten cliënten vaak vroeg van te voren opgeven wat zij willen eten. Dat vinden zij moeilijk om in te schatten.

*"Elke dag kan ik kiezen uit drie warme maaltijden. Maar dat moet ik twee weken van te voren opgeven. Hoe weet ik nu waar ik over twee weken zin in heb? Als de zon schijnt, wil ik geen boerenkool meer eten." Cliënt*

#### 4.6.3 Ontwikkeling

Alle organisaties zijn bezig om cliënten meer te betrekken bij de warme maaltijd. Dit wordt gedaan door op de locatie zelf te koken in plaats van warme maaltijden vanuit een centrale keuken te bestellen. Hieraan zitten voordelen. Cliënten zijn op deze wijze meer betrokken bij de keuze van het eten. Tevens kunnen cliënten ondersteuning krijgen bij het koken waardoor ze leren koken of deze vaardigheid behouden. Ook komt naar voren dat cliënten het leuk vinden te helpen bij het koken door bijvoorbeeld kleine taken uit te voeren zoals het snijden van de groente, tafel dekken of helpen boodschappen.

Een andere ontwikkeling is dat steeds meer gelet wordt op gezondheid van de maaltijden. Cliënten krijgen bijvoorbeeld voorlichting over gezond eten, organisaties werken samen met diëtiste en doordat meer op de locatie wordt gekookt kan een gezonde en gevarieerde maaltijd gewaarborgd worden. Wat echter als knelpunt bij meerdere organisaties naar voren komt is dat de vergoeding die cliënten krijgen om zelf te koken erg minimaal is. Dit komt omdat organisaties kijken naar de prijs van een gemiddelde maaltijd als deze uit de centrale keuken wordt besteld. Dit bedrag krijgen zij uitbetaald als zij ervoor kiezen zelf te koken. Het bedrag blijkt vaak niet genoeg te zijn. Krapte aan geld is dan de aanleiding om een maaltijd te bestellen. Hierdoor worden cliënten niet gestimuleerd zelf te blijven koken.

#### **Het kookproject**

In eerste instantie werd bij een RIBW in een grote keuken beneden voor alle bewoners gekookt. Door de herstelvisie en de persoonlijke groei van een aantal bewoners hebben zij een plan gemaakt om een aantal bewoners zelfstandiger te laten koken. In het huis zijn 3 keukens aanwezig. Per keuken varieert de mate van zelfstandigheid van het koken. De keuken op de begane grond is voor cliënten die niet zelf willen koken. In deze keuken wordt er voor de cliënten gekookt door personeel. Elke donderdagavond besluiten de bewoners gezamenlijk wat ze de week erop willen eten. De keuken op de eerste verdieping is voor cliënten bedoeld die wel zelf willen koken, maar hier graag nog wat begeleiding bij willen hebben. De bewoners koken om de beurt. Degene die kookt mag beslissen wat er die avond gegeten wordt. De keuken op de derde verdieping is voor cliënten bedoeld die zelfstandig willen koken. Ook hier koken de bewoners om de beurt en beslist degene die kookt wat er op het menu staat. Los hiervan staat het boodschappen doen. Dagelijks worden er boodschappen gehaald voor het avondeten. Bewoners op de begaande grond mogen hierbij de begeleider ondersteunen of ondertussen hun eigen boodschappen halen. Daarnaast kunnen begeleiders de bewoners ondersteunen bij het boodschappen doen.

#### 4.6.4 Samenvattend

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 betrekking 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.

#### 4.7. Dagbesteding

Dagbesteding is van groot belang voor cliënten. Organisaties proberen voor alle cliënten een zinvolle dagbesteding te vinden. In de meeste gevallen is dit een dagbesteding binnen de organisatie. In enkele gevallen een dagbesteding buiten de organisatie, bijvoorbeeld als vrijwilliger of via de sociale werkvoorziening.

#### 4.7.1 Aanbod

Van de cliënten heeft 85% een dagbesteding. Veel genoemde soorten van activiteit zijn: werken in de groenvoorziening, zorgboerderij, lopende band werkzaamheden, creatief bezig zijn, of ontspannende activiteiten en sporten.

Wanneer cliënten geen dagbesteding hebben komt dit volgens persoonlijk begeleiders door de volgende redenen: omdat het niet lukt de cliënten te stimuleren tot een dagbesteding, omdat de cliënten voor een eigen daginvulling kunnen zorgen of omdat het huidige aanbod niet aansluit bij de wensen van de cliënt.

In principe zouden cliënten overal een dagbesteding kunnen volgen; bij de zorgorganisatie waar men woont of bij een andere zorgorganisatie. De bekostigingsregels stellen dat de cliënt mag aangeven waar hij/zij de dagbesteding wil genieten. Ze zijn daarom niet meer aangewezen op louter de faciliteiten van de verblijfsaanbieder. In de praktijk blijkt echter dat dit niet zo gemakkelijk gaat. Tussen zorgverleners kan onenigheid ontstaan waardoor contracten niet worden opgesteld.

Over het algemeen gaat de samenwerking tussen partijen bevredigend als beide partijen elkaar goed kennen en als veel cliënten naar de dagbesteding van de andere aanbieder gaan. Bij onbekende partijen of bij partijen waar het maar om een paar cliënten gaat, lijkt de samenwerking minder goed te verlopen.

*"De samenwerking met de sociale werkplaats gaat heel goed. De contracten worden goed gesloten en cliënten kunnen daar snel terecht. Bij andere partijen is het nog steeds moeilijk om cliënten van ons dagbesteding via hen te laten doen. Dan kost het heel veel moeite om de contracten op te stellen."* Persoonlijk begeleider

#### 4.7.2 Aansluiting

Bij 61% van de cliënten zien we de dagbesteding goed aansluiten bij behoeften wensen van de cliënt; bij 29% van de cliënten gedeeltelijk; bij 10% van de cliënten niet.

Een goede aansluiting ontstaat doordat de dagbesteding een aangename structuur geeft aan de dag of de week. Daarnaast omdat de activiteiten aansprekend zijn.

Het laatste kan ook te maken hebben met materiële zaken, bijvoorbeeld omdat de cliënt een vergoeding krijgt (bijv. 1 euro per uur).

Wanneer de dagbesteding niet aansluit, ligt dat meestal aan de volgende zaken: omdat het niveau van de dagbesteding niet past bij de cliënt, omdat het vervoer naar dagbesteding toe niet goed is geregeld, of omdat er in de weekenden / vakanties geen dagbesteding is.

De jongere doelgroep van de ggz (18 – 25 jaar) heeft moeite met het vinden van een geschikte dagbesteding. Zij willen een vorm van dagactiviteit buiten de instelling, mede doordat de aard van de gangbare activiteiten hen niet aanspreekt (werken met hout of metaal, werken in een groenvoorziening, creatief bezig zijn in het activiteitscentrum). Zij vinden het uitdagender om bezig te zijn met bijvoorbeeld vormgeving of fotografie. Daarnaast is er bij deze doelgroep de behoefte om niet geassocieerd te worden met de organisatie waar zij wonen. Een jonge cliënt vertelt dat zijn identiteit al zo sterk gebaseerd op 'patiënt zijn' dat hij op zoek is naar iets dat los staat van de instelling waar hij woont. Andere cliënten zijn op zoek naar een vorm van werk buiten de ggz, omdat zij graag geld willen verdienen. Met de dagbesteding die zorgorganisaties aanbieden verdienen zij niet of nauwelijks iets.

### **IPS**

Bij een ggz-instelling werken ze met de IPS-methode (Individuele Plaatsing en Steun-methode). De IPS-methode gaat er vanuit dat iedereen, ongeacht de status van zijn ziekte, een betaalde baan op opleiding kan hebben. Bij de organisatie wordt aan elk ambulante cluster een IPS'er gekoppeld. Dit is een medewerker die uit de commerciële wereld komt en over een groot netwerk beschikt. Het enige doel van de medewerker is dat hij cliënten helpt aan een betaalde baan. Als er een match is gevonden dan gaat de cliënt zo snel mogelijk aan het werk. Het idee achter deze methode is dat een cliënt niet eerst aan bepaalde eisen hoeft te voldoen. Hij hoeft geen nette kleding aan te trekken, hoeft niet zelfstandig op te kunnen staan. De cliënt gaat aan het werk en gaande weg wordt het gesprek met de cliënt aangegaan. Daarin wordt op het verschil in kleding en verzorging geattendeerd. Voordeel van deze methode is dat cliënten geprikkeld worden om te gaan werken waardoor zij eerder de dag starten. Voorheen moest een cliënt bijvoorbeeld eerst twee weken elke ochtend de wekker zetten om zodoende te leren opstaan. Nu krijgt de zelfstandigheid in het opstaan een eigen accent; de verzorging is ervan los geknipt.

#### **4.7.3 Ontwikkeling**

Voor sommige cliënten is de dagbesteding niet laagdrempelig genoeg. Er is behoefte aan een dagbesteding vanuit de locatie zelf waarbij genoeg begeleiding aanwezig is; bovendien een vorm van dagbesteding met een laag niveau.

Voor sommige cliënten is de stap om mee te doen aan dagbesteding buiten de woonvorm te groot. We zien de ontwikkeling dat organisaties voor deze cliënten de dagbesteding op de locatie organiseren. Meestal is dan de activiteitenbegeleider verbonden aan een locatie. Het geeft cliënten rust dat dit een vast persoon is en dat ze de andere deelnemers kennen. Hierdoor is er een sterke binding met de groep.

Als de dagbesteding op het terrein van de instelling plaatsvindt, worden cliënten opgehaald bij de woonlocatie. Op deze manier durven de cliënten activiteiten te ondernemen. Voorbeelden van activiteiten zijn in de tuin werken, dieren verzorgen of post rond brengen.

Een organisatie vertelde dat zij in het verleden dagbestedingactiviteiten op het terrein organiseerde. Zij hebben destijds de keuze gemaakt om die activiteiten stop te zetten. Het idee hierachter was dat cliënten dan een dagbesteding buiten het terrein van de instelling zouden vinden en daardoor meer in de maatschappij kwamen te staan. Dit heeft echter anders uitgepakt. Cliënten bleken niet in staat te zijn om een dagbesteding buiten het terrein te volgen. Hierdoor kwamen cliënten zonder dagbesteding te zitten. Nu zijn er activiteitenbegeleiders per locatie aangenomen om weer een dagbesteding te organiseren.

#### **4.7.4 Samenvattend**

Het merendeel van de cliënten heeft een vorm van georganiseerde dagbesteding. Dit is meestal een dagbesteding binnen de zorgorganisatie waar men woont. Hoewel het is toegestaan de dagbesteding bij een andere organisatie te volgen, blijkt in de praktijk de keuzevrijheid vaak nog beperkt te zijn.



Bij jongvolwassen cliënten in de ggz zien we de wens dat dagbesteding niet geassocieerd wordt met de zorginstelling. Hiervoor zijn andere activiteiten nodig dan de vaak gangbare soorten dagactiviteit; het accent moet komen liggen op 'ondersteund werk in de creatieve sfeer (ontwerpen, fotografie, enzovoort).

Er zijn ook cliënten die juist behoefte hebben aan eenvoudige dagbesteding die gemakkelijk toegankelijk is, bijvoorbeeld bezigheid op de woonlocatie. Organisaties bieden die aan.

#### **Supermarkt op de locatie**

Cliënten van een ggz-instelling hebben de mogelijkheid om met een busje vanaf de locatie naar de supermarkt buiten de instelling te gaan. Daar kunnen cliënten boodschappen halen. In overleg met de chauffeur wordt er een tijd afgesproken om weer terug te gaan naar de locatie. Voor de meeste cliënten is dit echter een te grote stap. Voor hen is er een supermarkt gecreëerd op de afdeling waar bewoners hun boodschappen kunnen doen. De visie erachter is dat de ggz zich inzet voor normalisering van de cliënt; zo normaal mogelijk functioneren en meedoen van mensen met een geestelijke aandoening. In plaats van een menulijst invullen en vervolgens een doos met eten krijgen, kunnen ze naar de eerste etage en daar de voedingswaren voor de broodmaaltijden ophalen. Dit heeft meerdere voordelen. Ten eerste is het een ontmoetingsplaats voor cliënten. Ze kunnen laagdrempelig in contact komen met andere cliënten en begeleiders. Ten tweede vinden cliënten een zinvolle invulling van hun dag. Een aantal cliënten werkt namelijk mee in de bediening van de klanten tijdens de openingsmomenten en het in orde maken van de bestellingen van de klanten. Anders cliënten werken mee in de voorbereiding door de bestellingen op te ruimen in de kast en koelkasten. Tot slot is het voor sommige cliënten een training naar het zelfstandig boodschappen doen.

### **4.8. Vrijtijdsbesteding**

In deze paragraaf bespreken we de vrijtijdsbesteding van de cliënten. Er is gevraagd naar de vrijtijdsbesteding in de avonden, weekenden en in de vakantie.

Opvallend is dat persoonlijk begeleiders – in vergelijking met andere leefdomeinen – vaak aangeven dat vrijtijdsbesteding niet belangrijk is voor cliënten.

#### **4.8.1 Aanbod**

Alle organisaties organiseren activiteiten voor de cliënten. De mate waarin dat gebeurt varieert. Twee organisaties melden dat ze uitsluitend op speciale dagen zoals landelijke feestdagen of eigen verjaardag, activiteiten organiseren. Andere organisaties bieden bijvoorbeeld eens in het kwartaal een gezamenlijk uitje of ze hebben een weekprogramma. Opvallend is dit: oudere cliënten van een locatie krijgen relatief veel activiteiten geboden. Als er activiteiten georganiseerd worden is dat meestal op locatieniveau. Daarnaast is er vaak een dagactiviteitscentrum waar cliënten doordeweeks en overdag naar toe kunnen. Alle organisaties geven aan in principe eens per jaar een bewonersvakantie te organiseren. Cliënten moeten daar over het algemeen zelf voor betalen of mee betalen.

#### **Borrelavond**

Medewerkers van een locatie van een ggz-instelling hebben geprobeerd op een originele wijze momenten te creëren voor bezoekers om elkaar te ontmoeten. Dit hebben zij gedaan omdat ze merkten dat bewoners het toch lastig vinden om bij elkaar op bezoek te gaan of elkaar aan te spreken in de ontmoetingsruimte. Twee keer in de maand is de bar van de locatie geopend. Dit is een bar gemaakt door



een van de bewoners bij zijn dagbesteding houtbewerking. Bewoners kunnen hier iets drinken (geen alcohol) en een hapje eten. Bij mooi weer verplaatsen ze de bar naar het terras. Bewoners kunnen meehelpen. Werkzaamheden zitten in het voorbereidende werk: voldoende frisdrank / maltbier regelen, evt. hapjes maken e.d. Tijdens de baravond bestaan werkzaamheden uit het bedienen van de barklanten en na afloop opruimen.

Apart hebben we gevraagd of er rond vrijetijdsbesteding samenwerking is met de reguliere welzijnsinstellingen. Alle ggz-instellingen gaven aan, geen structurele samenwerking te hebben. RIBW's richten zich iets meer op de wijk. Zo hebben twee RIBW's samenwerking met welzijnsinstellingen op het gebied van vrijetijdsbesteding. Een voorbeeld van een samenwerking is het organiseren van activiteiten rond de feestdagen (zoals "Creatief met Pasen"), zodat cliënten zich niet eenzaam voelen in deze dagen. Een RIBW creëert in buurthuizen samen met andere welzijnsinstellingen een aanbod voor zowel cliënten als buurtbewoners.

### **Buurthuis**

Een RIBW heeft een aanbod op het gebied van vrijetijdsbesteding bij een buurthuis specifiek voor cliënten van het de organisatie. Daarnaast is er aanbod via het cultureel maatschappelijk werk in het buurthuis bedoeld voor alle bewoners van de wijk. Daar wordt bijvoorbeeld sport/fitness gegeven, computercursus en yoga. Het idee is dat cliënten gemakkelijk de stap zetten naar het reguliere aanbod. Op deze wijze proberen ze integratie met de wijk te stimuleren.

Vrijwel alle organisaties werken met vrijwilligers. De vrijwilligers organiseren activiteiten als wandelen of spelletjesavonden. In sommige gevallen hebben cliënten een maatje. Veel cliënten staan op de 'wachtlIJst' voor een maatje. Persoonlijk begeleiders geven aan dat het moeilijk om maatjes te vinden voor ggz-clIënten.

### **4.8.2 Aansluiting**

Bij 65% van de cliënten sluit het aanbod aan bij hun wens inzake vrijetijdsbesteding; bij 28% is dat gedeeltelijk; bij 7% van de cliënten niet.

Als het aanbod wel aansluit, komt dit omdat er veel keuze is voor cliënten. Met name de organisaties die een dagactiviteitencentrum hebben, bieden veel bezigheden aan. Ook zien we dat het aanbod aansluit omdat organisaties op locatie kleinschalige activiteiten bieden. Uit de gesprekken met de cliënten komt naar voren dat zij hieraan veel waarde hechten. Kleine activiteiten zoals een filmavond of een bingo kunnen een groot verschil uit maken.

### **Doorkijkje**

Meneer woonde tot voor kort zelfstandig met begeleiding. Hij had een baan in de administratie. Toen zijn werk wegviel was ook de dagstructuur verdwenen. Hierdoor was hij genoodzaakt naar een RIBW te verhuizen. Meneer woont nu met 6 mensen op een verdieping. Juist met meerdere mensen wonen, doet hem goed. Hij heeft een vriend erbij gekregen. Die had hij voorheen niet. Zijn wens was om zich niet meer alleen te voelen. Dat is gelukt. Meneer heeft elke week een afspraak met zijn persoonlijk begeleider. Verder mag hij elke dag even bellen en iets over zijn dag vertellen. De regel is dat bewoners alleen mogen bellen als ze een directe vraag hebben.

Gezien het feit dat meneer hier zoveel baat bij heeft, is voor hem een uitzondering gemaakt. Zijn begeleidster heeft ook geregeld dat hij administratief werk kan doen via de sociale werkplaats. Dit deed hij voorheen ook. Hierdoor voelt hij zich volwaardig. Meneer had echter nog steeds het gevoel weinig zingeving in zijn leven te hebben. Uiteindelijk heeft zijn begeleidster geregeld dat hij nu een maatje is van een oude dame. Eens in de week bezoekt hij haar in het verzorgingstehuis en gaan ze bijvoorbeeld samen wandelen.

Als het aanbod niet aansluit bij de wensen van de cliënt is dat om diverse redenen. Ten eerste moeten sommige cliënten gestimuleerd worden om activiteiten te ondernemen, eventueel tegen de zin van de cliënt.

Ten tweede: organisaties hebben niet altijd voldoende personeel of tijd om bezigheden te bieden. Daarnaast komt het regelmatig voor dat de activiteitenbegeleiders niet op de avonden of in de weekenden werken.

Ten derde hebben sommige cliënten behoefte hebben aan vrijetijdsbesteding waarbij ze één op één begeleid worden. Terwijl dit juist vaak in groepsverband wordt georganiseerd. Tot slot vragen organisaties wel eens een eigen bijdrage voor uitjes of andere activiteiten. De meeste cliënten zijn vaak niet in staat om dit te betalen.

#### 4.8.3 Ontwikkeling

Organisaties geven aan de afweging te maken tussen enerzijds normalisatie en anderzijds wensgericht werken. Met normalisatie bedoelen ze een zo normaal mogelijke leefomgeving creëren voor de cliënt; waarbij ze niet elke avond een activiteit organiseren. Dit kan echter wringen met wensen van de cliënt. Veel cliënten zijn erg gesteld op die georganiseerde activiteiten.

Andere organisaties melden dat ze vanuit de herstelvisie niet een compleet aanbod van activiteiten willen bieden. Dan zijn immers de hulpverleners leidend in de zorg. Wat zij wel doen is vanuit de herstelvisie de cliënt ondersteunen bij de zoektocht naar een passende vrijetijdsbesteding.

*"Als cliënten bijvoorbeeld een filmavond willen dan zeggen we: leuk idee, hoe gaan jullie dat aanpakken? We gaan vragen stellen: welke film willen jullie zien? Wie gaat naar de winkels om een film te halen? Kan iemand dat alleen? Zo niet, dan gaan we uiteraard mee. Zo gaan wij te werk. Het initiatief moet van de cliënten komen. We gaan niet een hele avond voor ze verzorgen en doen alsof ze niets kunnen."* Persoonlijk begeleider

#### 4.8.4 Samenvattend

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.

Cliënten hechten veel waarde aan kleinschalige activiteiten op de locatie. We zien 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.

## 5. Conclusie

Vanaf het najaar 2009 hebben wij de invoering van de zorgzwaartepakketten verkend. Wat vinden zorginstellingen van de ZZP's, hoe pakken die organisaties het aan en wat merken cliënten ervan? Dat waren vragen die we ons stelden.

De eerste paragraaf van dit hoofdstuk is een samenvatting van bevindingen. Daarna geven we in paragraaf 2 de uitkomsten van enkele werkconferenties (juni 2010). In de derde en laatste paragraaf doen we enkele aanbevelingen.

### 5.1. Samenvatting van bevindingen

In deze paragraaf wordt een samenvatting gegeven van de bevindingen. Hierbij gaan we in op de kijk van organisaties op ZZP's en de aanpak van organisaties. Vervolgens beschrijven we wat de cliënt van de ZZP's merkt. Tot slot gaan we in op zorg rondom de individuele cliënt: hoe sluit de geleverde zorg aan op de gewenste zorg en welke ontwikkelingen zien we?

#### 5.1.1 Kijk op ZZP's

- De ggz-instellingen bevinden zich wat betreft de invoering van de ZZP's nog in een startfase. Vergeleken met andere sectoren is de ggz een jaar later gestart met de echte bekostiging naar ZZP's (2010). Nog niet alle organisaties kunnen antwoord geven op de vraag hoe zij invulling gaan geven aan de ZZP's.  
Bij een aantal organisaties zien we dat er een visie is op managementniveau, maar dat de plannen nog niet geïmplementeerd zijn op de werkvloer. Kortom: organisaties zijn nog zoekende en lopen daarbij tegen diverse knelpunten aan.
- De visie van organisaties op ZZP's varieert. Een deel van de organisaties ziet de ZZP's als een stimulans om op een nieuwe manier met de cliënt de dialoog aan te gaan over de zorg die zij ontvangen. De meeste organisaties daarentegen zien de ZZP's alleen als een andere wijze van bekostiging. De herstelvisie is een belangrijker leidraad voor de inhoudelijke vormgeving van de zorg.  
Het begrip herstel is erg actueel in de langdurende ggz. Herstel staat niet gelijk aan genezing, maar is leren zien waar eigen kwetsbaarheden en talenten liggen en met gebruikmaking daarvan weer baas worden over je eigen leven.<sup>1</sup> In het visiedocument langdurige zorg (2009) heeft ook GGZ-Nederland de ambitie geformuleerd om het herstelconcept als leidend principe te hanteren.
- Herstelvisie en zorgzwaartepakketten wringen op een aantal belangrijke punten. Kies je als uitgangspunt van de zorg de mogelijkheden van de cliënt of kies je als startpunt zijn/haar beperkingen? Deze simpele vraag zorgt voor verwarring bij zowel personeel als cliënt. Het geeft ook praktische knelpunten: cliënten met lichte beperkingen en veel ontwikkelingsmogelijkheden hebben relatief weinig uren begeleiding vanwege een laag ZZP, terwijl vanuit een herstelvisie juist extra ruimte moet bestaan om te investeren in die ontwikkeling.
- Voor organisaties kan het financieel verleidelijk zijn een hoog ZZP voor cliënten aan te vragen. Een hoog ZZP bevestigt cliënten echter in hun zorgafhankelijkheid, terwijl de herstelvisie juist het tegenovergestelde probeert te bewerkstelligen.
- Het systeem van de ZZP's – de set van pakketten – wordt over het algemeen geschikt geacht voor de diversiteit van cliënten. Maar er zijn uitzonderingen. Organisaties geven aan dat de hoogste ZZP's niet altijd toereikend zijn. Zij pleiten voor een extreme zorgzwaarte – net als in de GHZ-sector – om de meest complexe doelgroep binnen de ggz goed te kunnen bedienen en om bijvoorbeeld intensieve zorg ter voorkoming van separaties mogelijk te maken.

---

<sup>1</sup> [www.hee-team.nl](http://www.hee-team.nl)

Een ander knelpunt zijn de lage ZZP's. Instellingen of locaties stellen soms minimum eisen aan de hoogte van de ZZP's. Zij accepteren bijvoorbeeld geen cliënten met een ZZP 1 en 2, omdat die niet rendabel zijn. Gevolg hiervan zal zijn een verschuiving naar extramurale zorg. Dit laatste hoeft overigens geen probleem te zijn.

- Een specifiek aandachtspunt in het ZZP-stelsel is het onderscheid in B- en C-pakketten voor de langdurige ggz. Dat lijkt helder, maar in de praktijk wordt het nog steeds als diffuus ervaren. Feitelijk is vooral de locatie waar iemand verblijft doorslaggevend bij de keuze voor een B- of C-pakket.

### 5.1.2 Aanpak ZZP's

- Voor de RIBW's zijn de ZZP's – waarmee de cliënt meer regie heeft – een minder grote omslag dan voor ggz-instellingen. De visie en cultuur van zelfstandige RIBW's lijken meer aan te sluiten bij de ZZP's. Doordat behandeling en woonzorg gescheiden zijn, is er een minder groot risico dat het behandelperspectief doordringt in de dagelijkse zorg. Er is bovendien ruimte voor de cliënt om keuzes te maken bij woonbegeleiding en dagbesteding; die keuzeruimte is bij de RIBW's meer een vanzelfsprekendheid dan bij veel ggz-instellingen.
- De medewerkers zijn doorgaans voorgelicht over de ZZP's. De kennis op de werkvloer over de ZZP's is echter nog minimaal. Vooral persoonlijk begeleiders worden belast met het aanvragen van indicaties. Hierdoor gaat de positieve gedachte achter de ZZP's verloren, namelijk de cliënt centraal stellen. Dit heeft onder andere als gevolg dat de ZZP's ook bij cliënten nog niet zo leven.
- ZZP's vormen een ingewikkelde en abstracte materie voor cliënten. Zorginstellingen vragen zich af, of het de moeite loont hierover in gesprek te gaan met de cliënt. Het principe is goed maar niet voor de gemiddelde ggz-client, wordt wel gezegd. Sommige organisaties gaan bij voorbaat de uitleg over ZZP niet aan. Andere organisaties zien wel mogelijkheden om cliënten te informeren, maar melden dat het niet eenvoudig is.
- In het voorjaar van 2010 zijn er nog maar weinig organisaties die de locaties op basis van ZZP's bekostigen. Voor sommige organisaties geldt dat nog niet duidelijk is wat de ZZP's betekenen voor locaties. Andere organisaties wachten bewust met herverdeling van middelen, omdat niet alle locaties kostendekkend zijn. Het is voor hen van belang dat zij flexibel het geld kunnen verdelen over locaties die financieel beter of slechter draaien.
- Hoewel organisaties de individualisering van de zorg op zich een goed idee vinden, is er weinig animo om dit principe door te trekken naar een indeling van het ZZP op basis van uren en minuten per cliënt. Twee organisaties brengen wel in beeld hoe de zorgtijd per cliënt wordt ingevuld. Andere organisaties maken afspraken over de zorg middels het zorgplan.
- Cliënten raken meer en meer betrokken bij hun zorgplan: plannen worden vaker vanuit de cliënt geschreven (in ik-vorm), cliënten zijn aanwezig bij de zorgplanevaluatie, het zorgplan wordt opgesteld aan de hand van levensbrede domeinen die voor de cliënt van belang zijn. Deze ontwikkeling is echter meer te danken aan de opkomst van de herstelvisie dan aan de komst van de ZZP's.

### 5.1.3 Wat merkt de individuele cliënt?

- We zien dat de rol van de cliënt langzamerhand verandert. Het management geeft aan dat cliënten steeds meer worden gezien als onderhandelingspartner. Op de werkvloer is dit echter nog niet het geval. Dit heeft twee oorzaken. Ten eerste zijn cliënten niet goed op de hoogte van de ZZP's. Ten tweede zijn zij niet altijd in staat – of worden zij niet in staat geacht – deze nieuwe rol op zich te nemen.
- De onderhandelingspositie van cliënten heeft een keerzijde. Het ZZP geeft immers ook de grenzen van de zorg aan. Zorgaanbieders kunnen zakelijker optreden en ook "nee" verkopen als een cliënt meer vraagt dan waarop men volgens het ZZP recht heeft. Niet alle cliënten zijn even welkom, want ze zijn niet allemaal even 'rendabel'. Ook bestaat het gevaar dat door de nieuwe zakelijkheid de persoonlijke invulling van de zorg en de persoonlijke benadering in het geding komen.

- Een belangrijk gevolg van de invoering van de ZZP's is dat organisaties hun personeel flexibeler gaan inzetten. Met flexibel personeel worden bijvoorbeeld invalkrachten of medewerkers met een tijdelijk contract bedoeld. Personeel efficiënt inzetten gebeurt door functiedifferentiatie; woonbegeleiders nemen deels het werk van verpleegkundigen over. Sommige instellingen zetten ook ervaringsdeskundigen of laaggeschoolden in als gastheer of gastvrouw.
- Invoering van de ZZP's zal in de toekomst waarschijnlijk betekenen dat meer diensten voor eigen rekening van de cliënt komen. Een voorbeeld hiervan is de was die cliënten of zelf moeten gaan doen of waarvoor ze moeten gaan betalen. Die ontwikkeling kan voor de cliënt enerzijds nadelig zijn (minder service, of service met eigen betalingen), anderzijds ook voordelen brengen (meer zelfstandigheid, minder zorgafhankelijk).

#### *5.1.4. Zorg rondom de individuele cliënt*

- 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 lager dan bij de VG- en V&V-sector. Een duidelijke verklaring hebben wij niet.
- De keuzevrijheid in het zorgaanbod lijkt voor cliënten niet te zijn toegenomen. Een verklaring hiervoor kan liggen in het gegeven dat de ZZP's bij de meeste organisaties nog niet zijn geïmplementeerd op de werkvloer. Ook vernieuwing in het zorgaanbod lijkt nauwelijks tot stand te zijn gekomen, althans niet als gevolg van de ZZP's.
- Een ontwikkeling die wel een gevolg is van de ZZP's is functiedifferentiatie. Hierdoor krijgen cliënten soms begeleiding van zowel verpleegkundigen als woonbegeleiders als gastvrouwen.
- Een deel van de doelgroep wil het liefst een minimum aan bemoeienis. Zij willen liever minder begeleiding en dagbesteding dan waarop ze vanuit hun ZZP recht hebben. Voor medewerkers is dat vaak een dilemma. Vaak zetten ze de beschikbare zorgtijd toch in om in contact met de cliënt te houden en hem of haar proberen te activeren.
- 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. Tevens merken we dat het volgen van dagbesteding bij een andere organisatie dan waar men verblijft in de praktijk nog vrij moeilijk is. Ten slotte is de maximale ruimte binnen ggz-pakketten van vier of vijf dagdelen per week dagbesteding voor sommige cliënten te laag. Waarom geen negen dagdelen zoals bijvoorbeeld in de VG-pakketten. Organisaties lossen dit soms op door dagdelen toe te voegen van cliënten die minder dagbesteding afnemen dan waarop ze recht hebben.

## **5.2. Signalen uit de werkconferenties**

Begin juni 2010 zijn twee werkconferenties georganiseerd; één voor cliënten- en familieorganisaties en cliëntenraden en een andere voor bestuurders en managers van zorginstellingen. Tijdens de werkconferenties zijn de belangrijkste bevindingen uit de drie sectoren gepresenteerd. In deze paragraaf geven we de reacties weer.

### *5.2.1 Werkconferentie met cliënten- en familieorganisaties en cliëntenraden*

In de werkconferentie voor vertegenwoordigers van cliënten en familie is per sector gediscussieerd over de bevindingen. Aan de ggz-deelnemers is gevraagd om drie

actiepunten te benoemen die wij mee moesten geven aan de managers tijdens de werkconferentie van 9 juni. De volgende punten zijn genoemd:

- Informatievoorziening aan cliënten over de ZZP's is wel degelijk mogelijk; maar dat vereist een aanpak waarbij het ZZP wordt ingevuld in relatie tot de kwaliteit die de cliënt op verschillende levensgebieden wil bereiken.
- Voorlichting heeft het meest effect als deze één op één wordt gegeven. Het is tevens van belang dat medewerkers van organisaties zelf goed geïnformeerd en geschoold worden over de ZZP's. Ook kan de cliëntenraad betrokken worden bij de voorlichting. Daarnaast moeten cliënten kunnen beschikken over onafhankelijke ondersteuning bij het gesprek over de invulling van het ZZP.
- Welzijnsactiviteiten zijn van groot belang voor cliënten. Die activiteiten zijn relatief gemakkelijk te organiseren en hoeven niet veel geld te kosten. Denk bijvoorbeeld aan de inzet van gastvrouwen of ervaringsdeskundigen. Kleine activiteiten kunnen de kwaliteit van leven van cliënten sterk verbeteren.
- Ggz-organisaties kunnen meer over de muren van hun eigen instelling heen kijken. Samenwerking met maatschappelijke voorzieningen, bijvoorbeeld in het kader van de Wmo kan herstel en participatie van cliënten helpen bevorderen. Dit geldt vooral, maar niet alleen, voor cliënten met lichte of milde beperkingen.

### 5.2.2 Werkconferentie bestuurders en management

In de werkconferentie voor zorginstellingen waren bestuurders en managers aanwezig. Ook hier zijn de bevindingen uit de drie sectoren gepresenteerd, waarna discussies zijn gevoerd aan de hand van stellingen. Enkele resultaten uit de discussies:

- De vertegenwoordigers van zorgorganisaties zien niet het risico van 'upcoding' (cliënt onnodig in een hoger ZZP indelen). Ze vinden het positief dat organisaties zelf de indicaties kunnen stellen; de verwachting is dat de bureaucratie daardoor afneemt. Doordat het CIZ steekproefsgewijs controleert zal er geen 'upcoding' plaatsvinden.
- Het zorgplan moet als basis dienen voor het gesprek over de invulling van het ZZP. Geïsoleerde voorlichting over de ZZP's heeft weinig zin, want dat is te abstract.
- Voorlichting over de ZZP's – door overheden en cliëntenorganisaties – moet gebaseerd zijn op realistische verwachtingen. Daarbij moet zo min mogelijk gepraat worden over uren en minuten, wel over de kwaliteit van zorg in relatie tot levensgebieden.

*"Je moet je richten op het zorgplan, maar cliënten hebben ook recht op uitleg over hun ZZP's."*  
Medewerker zorgaanbieder

*"Door zelf indicaties aan te vragen word je niet verleid om een hoog ZZP aan te vragen. Het is juist andersom. Personeel moet worden gestimuleerd goed toe te zien op de zorg die nodig is. Ze zijn niet gewend om bij een toenemende zorgvraag een hogere indicatie aan te vragen."*  
Medewerker zorgaanbieder

- De zorginstellingen bevestigen dat er een tendentie is om personeel op afdelingen flexibeler in te zetten. Dit gebeurt bijvoorbeeld door te werken met gastvrouwen, vrijwilligers of ervaringsdeskundigen. Men waarschuwt echter voor doorslaan. Te veel flexibiliteit en te veel wisselingen in het personeel gaan ten koste van het teamgevoel; bovendien hebben cliënten behoefte aan vertrouwde gezichten en continuïteit.

*"Er zitten ook nadelen aan het inzetten van tijdelijk personeel. Cliënten hechten zich namelijk aan medewerkers. Als je teveel tijdelijk personeel hebt, gaat dat ten koste van de cliënten. Daarnaast is het belangrijk om een teamgevoel te hebben. Dat lukt ook niet met tijdelijk personeel."* Medewerker zorgaanbieder

- Organisaties zijn positief over de grotere transparantie die ontstaat door de ZZP's en de zorgzwaartebekostiging. Er is echter een cultuuromslag nodig en er ontstaat discussie hoever men met de transparantie wil gaan. Organisaties zijn niet gewend om de ingezette zorg per cliënt als zorgtijd te preciseren, en vinden dat ook voor de toekomst onwerkbaar. Er moet enige ruimte blijven om te variëren in zorgtijd die men aan cliënten besteedt.
- Zorgkantoren hanteren verschillende eisen wat betreft de verantwoording van zorg. Dit werkt verwarrend. Er moet uniformiteit komen. Het is onwenselijk dat zorgkantoren van organisaties gaan eisen om de zorgtijd per cliënt te registreren.

### **5.3. Aanbevelingen**

- 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>2</sup>). Voorlichten over de ZZP's in uren en minuten is hierbij van ondergeschikt belang. Het ZZP kan wel als kader dienen.
- De ZZP's geven aan cliënten een nieuwe rol waarin zij de regie voeren over hun zorg. Niet alle cliënten zijn in staat om deze nieuwe rol op zich te nemen. Goede onafhankelijke cliëntondersteuning is gewenst; die is in de GGZ nog niet overal vanzelfsprekend beschikbaar. Daarnaast moeten mensen uit de persoonlijke omgeving (familie, vrienden) desgewenst de mogelijkheid krijgen om de cliënt te ondersteunen.
- De positie van de cliënt kan versterkt worden door goede informatievoorziening over mogelijkheden met ZZP's. Wat is er mogelijk met een bepaald ZZP? Wat zijn *best practices*? Voorbeelden van vernieuwende invullingen van ZZP's kunnen de cliënt op weg helpen, maar mogen niet functioneren als een keurslijf. Uiteindelijk staat de keuzevrijheid van de individuele cliënt voorop.
- 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.
- Zorginstellingen kunnen meer dan nu samenwerken met maatschappelijke organisaties, bijvoorbeeld op het gebied van dagbesteding en werk. Zo kunnen herstel en deelname aan de samenleving bevorderd worden. De Wmo kan een kader zijn om deze samenwerking vorm te geven. Dit kan ook helpen om de druk op het ZZP-budget te verlichten.

Over het stelsel van de ZZP's zijn aanvullende standpunten ingenomen.

- De mogelijkheid van extreme zorgzwaarte 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.

---

<sup>2</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

- Wanneer lage ZZP's niet voldoende kostendekkend zijn, ligt een verschuiving naar extramurale zorg voor de hand. Dit kan gunstig zijn voor de cliënt; en het geeft een impuls tot vermaatschappelijking. Er is tegelijk een risico op vereenzaming. Zo is het van belang dat voor deze cliënten groepsactiviteiten en dagbesteding beschikbaar blijven.
- Ook bij hogere ZZP's kan extramuralisering het perspectief zijn; de cliënt heeft een eigen woning en krijgt daar de zorg. Een voorwaarde is dat zorginstellingen gericht inzetten op behandeling en rehabilitatie. Goede zorg in de samenleving is daarbij een voorwaarde, denk aan (F)ACT. De overheid dient bestaande financiële prikkels voor intramurale zorg om te zetten in prikkels voor herstelgerichte zorg en extramuralisering.
- De spanning die cliënten en hulpverleners ervaren tussen ZZP's en herstelgerichte zorg verdient serieuze aandacht. Er is landelijk debat nodig over de vraag hoe die spanning kan worden weggenomen. Met ruimte voor aanpassing van voorlichtingsmateriaal (gebruikersgidsen) en indicatieproces.





